



# CEREBETIA

Centro de psicología y  
Escuela de Formación

# DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN TEA PARA PROFESIONALES

**Impartido por:**  
**Ismael Candelas Pacheco**

[www.escuelacerebetia.com](http://www.escuelacerebetia.com)

## **CEREBETIA © Todos los derechos reservados**

CEREBETIA ostenta la titularidad del presente curso, con contenido audiovisual y escrito. Todos los derechos de propiedad industrial e intelectual sobre este curso están legalmente reservados, por lo que el acceso al mismo o su utilización, por parte del alumno/a, no debe considerarse, en forma alguna, como el otorgamiento de ninguna licencia de uso o derecho sobre cualquier activo.

Los alumnos/as del curso únicamente podrán realizar un uso privado, personal y/o profesional de los contenidos de éste. Está absolutamente prohibido, el uso del curso, ya sea en el formato audiovisual o escrito, de alguno de sus elementos con fines comerciales o ilícitos, así como la distribución del material sin autorización.

No se podrán realizar actos de reproducción, modificación, distribución o comunicación pública del curso sin el previo consentimiento por escrito CEREBETIA, quedando prohibida la reproducción de los contenidos del curso, salvo que esté se cite la procedencia.

CEREBETIA no asumirá ninguna responsabilidad derivada del uso por terceros del contenido del curso y podrá ejercitar todas las acciones civiles o penales que le correspondan en caso de infracción de estos derechos por parte del alumno/a.



# CEREBETIA

Centro de psicología y  
Escuela de Formación

# DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN TEA PARA PROFESIONALES

**Impartido por:**  
**Ismael Candelas Pacheco**

[www.escuelacerebetia.com](http://www.escuelacerebetia.com)



# DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN TEA PARA PROFESIONALES

---

## ÍNDICE

<b>1. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA?.....</b>	<b>4</b>
1.1 Entendiendo el TEA. Teorías.....	6
1.1.1 Cognición social.....	6
1.1.2 Teoría de la mente.....	6
1.1.3 Teoría del déficit en función ejecutiva.....	7
1.1.4 Teoría del déficit en coherencia central.....	8
1.1.5 Disfunción del hemisferio derecho.....	8
1.2 Criterios diagnósticos.....	9
1.3 Señales de alerta por áreas.....	11
1.3.1 Lenguaje.....	12
1.3.2 Relación social.....	12
1.3.3 Contacto visual, señalización y otros gestos.....	13
1.3.4 Ficción e imaginación.....	13
1.3.5 Intereses poco habituales o restringidos y/o comportamientos rígidos y repetitivos.....	13
1.4 Diferencias, similitudes y comorbilidades del TEA con otros diagnósticos.....	14
1.4.1 Trastornos del neurodesarrollo.....	15



1.4.2 Trastornos motores.....	20
1.4.3 Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastornos relacionados.....	21
1.4.4 Trastornos de ansiedad.....	21
1.4.5 Trastornos depresivos.....	23
1.4.6 Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	23
1.4.7 Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados.....	24
1.4.8 Trastornos de la personalidad.....	25
1.4.9 Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.....	25
1.4.10 Problemas médicos de atención clínica.....	27
1.5 Características y perfil TEA relacionadas con el sexo.....	27
<b>2. EVALUACIÓN.....</b>	<b>34</b>
2.1 Historia Clínica.....	37
2.1.1 Historia clínica en adultos.....	38
2.1.2 Historia clínica en niños.....	50
2.1.3 Historia clínica en adolescentes.....	51
2.2 Evaluación con pruebas estandarizadas.....	52
2.2.1 Pruebas de cribado.....	52
2.2.2 Pruebas específicas para evaluar TEA.....	54
2.2.3 Evaluación de la inteligencia.....	55
2.2.4 Evaluación de la conducta adaptativa.....	57
2.2.5 Evaluación de habilidades lingüísticas.....	58
2.2.6 Evaluación de comorbilidad del TEA con Trastornos de Salud Mental.....	59
2.2.7 Evaluación de calidad de vida.....	61
2.2.8 Evaluación médica.....	61
2.3. Informe de evaluación y devolución de información.....	62



<b>3. INTERVENCIÓN.....</b>	<b>64</b>
3.1 Tratamientos recomendados y con evidencia para niños.....	64
3.1.1 Intervenciones con un enfoque psicopedagógico o experimental.....	64
3.1.2 Intervenciones con un enfoque familiar.....	66
3.1.3 Intervenciones con un enfoque conductual.....	67
3.2 Habilidades y técnicas para la práctica clínica.....	68
3.2.1 Fomentar autonomía en hábitos, rutinas y cuidados.....	68
3.2.2 Intervención en conducta.....	76
3.2.3 Intervención en comunicación.....	82
3.2.3.1 Comunicación expresiva.....	83
3.2.3.2 Comunicación receptiva.....	92
3.2.4 Habilidades afectivo sociales.....	98
3.2.5 Habilidades cognitivas.....	101
3.2.6 Alteraciones sensoriales.....	106
3.3 Intervención con adolescentes.....	108
3.4 Intervención con adultos.....	111
3.5 Intervenciones con un enfoque médico.....	115
<b>4. BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA PERSONAL Y FAMILIAR.....</b>	<b>117</b>
4.1 Bienestar familiar.....	120
4.2 Bienestar personal.....	122
<b>5. DUDAS MÁS FRECUENTES QUE MANIFIESTAN LAS FAMILIAS A LOS PROFESIONALES.....</b>	<b>124</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>128</b>



## 1. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA?

El TEA es un **trastorno de origen neurobiológico** que afecta a la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades en dos áreas principalmente: la **comunicación e interacción social** y la **flexibilidad del pensamiento y de la conducta**. Este conjunto de alteraciones son un factor de riesgo para la persona, afectando al desarrollo infantil y a su vida en general. Dichas alteraciones se producen porque hay un trastorno neurológico crónico de base, si bien pueden estar presentes estas alteraciones neurobiológicas y no afectar a la vida de esta persona, en este caso no sería considerado Trastorno del Espectro Autista ya que la característica principal de un trastorno es que afecte e incapacite a la persona en alguna esfera de su vida.

La forma en la que estas alteraciones se manifiestan varía mucho de un niño a otro, de ahí que se hable de un “espectro” o “continuo de trastornos”, es decir, existen diferentes maneras en las que los síntomas de este tipo de trastornos aparecen, y la gravedad de los mismos varía de unos casos a otros. Por tanto, el concepto engloba desde casos más graves a casos más leves y de muy buen pronóstico. En ocasiones, el niño puede presentar también algunas características inusuales, como una gran sensibilidad a algunos estímulos auditivos, táctiles (tejidos, texturas...), olfativos y gustativos; mostrar un repertorio muy restringido de intereses y comportamientos que limitan la variedad de las actividades y de las conductas cotidianas de la persona; y otros problemas de salud asociados como epilepsia, discapacidad cognitiva, problemas del movimiento, alteraciones oculares y auditivas, hiperactividad, ansiedad, insomnio y otros. Además, a partir de la adolescencia, pueden empezar a manifestarse otros trastornos de salud mental asociados como el trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad, trastornos del estado de ánimo, entre otros diagnósticos, así mismo las limitaciones cognitivas puede afectar a habilidades tales como la atención, comprensión, memoria, capacidad de aprendizaje, comunicación, toma de decisiones, etc.

**La detección de TEA en niños se puede iniciar al final del primer año**, pudiéndose observar dificultades en el área comunicativa y social. Al final del primer año también se observa más dificultad para dirigirse a estímulos sociales, como mirar a la cara o responder al nombre, también realizan una menor cantidad y variación de gestos para regular la interacción social. Esto es debido a que **componentes genéticos de la corteza cerebral** que coinciden con epilepsia y discapacidad **no desaparecen**, estas estructuras embrionarias que en los primeros años desaparecen en un desarrollo típico, en el caso de niños con TEA no desaparecen y coinciden con los primeros síntomas a los 6 meses, empezando a mostrar alteraciones sensoriales y psicomotrices visibles después del primer



año de vida. Durante el desarrollo de las diferentes áreas cerebrales existirán **ventanas evolutivas** más intensas que coincidirán con determinados aspectos del autismo, esto es por lo que el autismo no se presenta igual a los 3 meses, que a los 15 años que a los 20. Un ejemplo de ello es la adolescencia donde existe mayor comorbilidad de trastornos junto al autismo, empeorando su cuadro, ya que existe una eliminación sináptica del área prefrontal.

Entre los **12 - 24 meses** es el periodo de tiempo donde la comunicación social se empieza a desarrollar, sin embargo en niños con TEA a partir del año el área emocional muestra importantes **limitaciones para atender al malestar mostrado por otra persona** y contagiarse de esa emoción, dirigen **menos vocalizaciones, gestos** a otros y es **menos frecuente que inicien conductas de atención conjunta** (dirigir la atención sobre la propia actividad, entregar objetos, mostrar cosas, señalar o compartir). Suele ser habitual que se observe un **retraso en adquisición del lenguaje receptivo y expresivo, dificultades para imitar**; tendencia a la rotación, **giro e inspección visual de los objetos con más frecuencia** de lo que respecta a su edad cronológica, **interaccionando con partes de objetos o realizando la misma acción de forma repetida**.

A los **18 meses** los déficits sociales y comunicativos son los que más claramente diferencian a los niños con TEA. El uso de la mirada, la no respuesta al nombre y las dificultades para dirigir sonrisas a otra persona son rasgos específicos del TEA. Suelen mostrar falta interés por sus iguales, poca variedad de expresiones emocionales y no suelen atender a una persona con una emoción intensa, por ejemplo si una persona muestra dolor, no se contagiaría de su estado emocional, ni mostraría una expresión facial adecuada a esta situación.

Entre los **24-36 meses** emerge el juego y su sociabilidad por ello podemos observar que entre los 18 y 24 meses el 72% de los chicos con TEA presentan movimientos repetitivos con objetos y el 50% presentan movimientos repetitivos con todo el cuerpo.

Es a partir de los **4 y 5 años** cuando se desarrolla la cognición social, y cuando la evaluación de estas habilidades nos mostraría un déficit en los niños con TEA, influyendo esto de forma determinante en su adolescencia y adultez.

El TEA puede tener **tres cursos evolutivos**: mostrar síntomas claros antes del año, mostrarlos posterior al año u observarse un enlentecimiento del desarrollo o regresión.

En resumen podemos decir que en estos primeros años de desarrollo los niños con TEA mostrarán un patrón de alteraciones en las habilidades de reciprocidad social y de la comunicación, junto con alteraciones de los intereses así como comportamientos estereotipados y repetitivos.



## 1.1 Entendiendo el TEA. Teorías

Ante la falta de conocimiento sobre la causa orgánica exacta del TEA se han desarrollado explicaciones que abordan las características y el funcionamiento de las personas con diagnóstico, siendo estas las más aceptadas :

### 1.1.1 Cognición social

Es una parte de la psicología social que involucra los procesos psicológicos que permiten al individuo aprovechar sus relaciones sociales. Estos procesos incluyen:

- Estilo atributivo: sesgo al pretender realizar un nexo causal de un suceso o situación.
- Percepción social: contextualización de la información que se extrae en un ámbito social para una correcta interpretación.
- Percepción e interpretación de emociones tanto faciales como verbales.

### 1.1.2 Teoría de la mente

Es un proceso muy relacionado con la cognición social y es la capacidad de entender e interpretar los pensamientos y emociones de los demás, sirve para atribuir estados mentales a sí mismo y a los demás. Estos estados mentales comprenden los deseos, emociones, creencias, intenciones, pensamientos y conocimientos, entre otros. El descubrimiento de la mente por el niño significa hacerse consciente de que las personas, incluido él mismo, tienen mente y dentro de los estados o elementos de esa mente están las creencias, deseos, sentimientos y pensamientos, con base en los cuales realizan sus acciones.

Las investigaciones acerca de la Teoría de la Mente señalan que los niños de entre 3 y 5 años, en su desarrollo cognitivo, social y emocional, adquieren la habilidad de reflexionar y comprender los comportamientos, intenciones, pensamientos y sentimientos de los demás. Se define la Teoría de la Mente como un subsistema cognitivo compuesto por un soporte conceptual y unos mecanismos de inferencia, que cumple la función de predecir e interpretar la conducta. Conceptos como desear, creer, pensar e intentar, entre otros, provocan que el niño pueda dar orden y unificar la diversidad de comportamientos de los otros niños y, además, puede anticiparlos haciendo uso de la inferencia. La Teoría de la Mente estaría compuesta justamente de un sistema de conceptos que representan



estados mentales y unos mecanismos de inferencia que permiten predecir y explicar conductas en función de las reglas de interconexión entre los elementos del sistema.

Para entender las conductas de las otras personas, y las nuestras propias, tenemos que ir más allá de la mera observación externa, tenemos que “ponernos en el lugar del otro” para llegar a comprender las razones que le han llevado a actuar de determinada manera, comprender los deseos que han impulsado su conducta, las creencias que han guiado sus acciones o los planes que dirigen su comportamiento. Sin esa capacidad para ponernos en “ el lugar del otro” las conductas ajenas serían imprevisibles, carentes de sentido y, en general, imposibles de comprender. También les resulta muy difícil comprender las bromas, las metáforas y otros actos de habla indirectos típicos de la comunicación social. Dicha capacidad, considerada como metacognitiva, nos ayuda a descifrar si alguien está interesado en lo que le contamos, o si está utilizando una ironía, indirecta o tratando de gastarnos una broma. También nos ayuda a comprender que los demás no cuentan con toda la información que nosotros tenemos sobre un tema y a ser capaces, por tanto, de comunicarnos de una manera eficaz.

Las personas con TEA tendrán dificultades para formar metarrepresentaciones (capacidad de pensar e imaginar el estado mental de otra persona), lo que les impide comprender el juego de ficción o simbólico, por lo que se quedarían con representaciones primarias (del mundo real). Igualmente, la metarrepresentación sería fundamental para reconocer e interpretar las emociones.

Gran parte de nuestra intervención irá destinada a mejorar sus inferencias y la interpretación del mundo que les rodea.

### 1.1.3 Teoría del déficit en función ejecutiva

Las funciones ejecutivas son un conjunto de operaciones cognitivas responsables de una serie de estrategias de resolución de problemas con el propósito de alcanzar una meta. Estas están mediadas por los lóbulos frontales y son encargadas de realizar tareas de atención, memoria de trabajo, planificación, organización, ejecución, finalización, evaluación de tareas y actividades e inhibición de respuestas inadecuadas. La disfunción ejecutiva puede, en gran medida, explicar porque personas plenamente capaces en otros ámbitos de sus vidas presentan dificultades a la hora de vivir de manera independiente, con grandes retos para planificar, cambiar su atención de una tarea a otra o evitar la perseveración en actividades que les generan frustración. Esto conlleva:

- Déficit en la organización de una tarea o resolución de problema.
- Déficit en atención, en mostrar atención selectiva a estímulos de interés.



- Déficit en motivación en el aprendizaje.
- Resistencia a interrumpir una conducta en el momento adecuado (inhibición de respuesta).
- Dificultad de generalización: suelen presentar dificultades para resolver una situación nueva, presentando frustración y abandono de la tarea.
- Suelen preferir un razonamiento concreto en lugar de abstracto, con tendencia a procesar algo literalmente pese a tener una inteligencia adecuada a su edad cronológica.
- Problemas en la memoria de trabajo: dificultades para recordar pasos que siguen a la ejecución de una actividad.
- Rigidez mental: carencia de flexibilidad para adoptar diferentes perspectivas sobre la misma situación en diferentes momentos. Suelen tener preocupación por temas específicos, restringiendo la capacidad para centrarse en otras actividades y monopolizar las conversaciones con sus temas de interés.
- Déficit en control conductual: escaso control del rendimiento mientras realiza una actividad.

## 1.1.4 Teoría del déficit en coherencia central

La coherencia central hace referencia al procesamiento de la información de manera global y contextual, por ejemplo cuando leemos una historia y retenemos aspectos significativos y generales. Las personas del espectro autista poseen un procesamiento centrado en detalles, partes de un objeto o historia, se olvidan de la imagen o estructura global, no integrando la información del contexto para buscar un sentido general y coherente, poseyendo un significado descontextualizado.

## 1.1.5 Disfunción del hemisferio derecho

El TEA tiene una serie de rasgos centrales compatibles con la disfunción en el hemisferio derecho. Este hemisferio se encarga del procesamiento de la información viso-espacial y de numerosos aspectos de la comunicación no verbal. Este hemisferio derecho procesa mejor la información táctil y visual, por ello una disfunción de este conlleva:

- Dificultad para comprender la comunicación no verbal (entonación, volumen del habla, gestos, ademanes faciales y corporales).
- Presencia de respuestas emocionales exageradas o poco coherentes con el contexto.
- Dificultad para adaptarse a situaciones nuevas (rigidez).
- Limitadas habilidades de organización viso-espacial.
- Bajo rendimiento en tareas que requieran integración de la información viso-motora.
- Pocas habilidades de relación social.



Esta teoría explicaría la superioridad del CI Manipulativo frente al CI Verbal en personas con TEA.

## 1.2 Criterios diagnósticos

Teniendo en cuenta las características principales del TEA y los resultados obtenidos de las diferentes pruebas, nuestro diagnóstico siempre estará marcado por los criterios expuestos en el DSM-V. El autismo no es una enfermedad mental, por ello debemos de prestar atención al punto D, ya que se puede coincidir en criterios diagnósticos pero que no altere el funcionamiento del día a día, y la persona tenga buena calidad de vida. El DSM V refleja los siguientes puntos a tener en cuenta para establecer un diagnóstico de TEA:

**Tabla I. CRITERIOS DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL DSM 5**

***Trastorno del espectro autista***

- A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado:
- Deficiencias de reciprocidad socioemocional, que puede presentarse desde aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, a una disminución para compartir intereses o emociones, hasta una falta total en la iniciación de la interacción social.
  - Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la interacción social; la presentación va desde una baja integración de la comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, a déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual.
  - Interferencias para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollos (aparte de con los cuidadores); la presentación va desde dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y para hacer amistades, hasta la falta aparente de interés en las personas.



- B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos:
- Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva (como una estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva o frases idiosincrásicas).
  - Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios).
  - Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad u objeto (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes).
  - Hiper o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos).
- C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades.
- D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.

*Fuente: American Psychiatric Association, 2014.*

En ocasiones podemos escuchar que existen diferentes tipos de TEA, pero nada más lejos de la realidad. En el DSM V solo se reflejan tres grados diferentes dependiendo de la cantidad de apoyo que necesitarán estas personas en el día a día:

Grado 1: la persona necesita poco apoyo. Muestra alteraciones significativas en el área de comunicación social, y en al menos un contexto tendrá dificultad para desenvolverse de forma autónoma.

Grado 2: en este caso la persona necesita de más apoyos, ya que muestra dificultades de iniciación en su interacción social y las respuestas son reducidas o atípicas. Además, su



relación con el entorno se verá limitada por inflexibilidad o dificultades de cambio de foco de atención.

Grado 3: en este grado la persona tiene alta necesidad de apoyo, ya que hay ausencia de comunicación social con gran interferencia en su vida diaria por su inflexibilidad y dificultad de cambio de foco de atención.

Otra alternativa en la cual guiar nuestro diagnóstico TEA es el CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades). En cuanto a determinar el diagnóstico mediante el CIE 11, tenemos que saber que existen algunas diferencias con del DSM V, por ejemplo el CIE 11 distingue el diagnóstico TEA sin Trastorno del Desarrollo Intelectual con leve alteración, sin alteración o con alteración de lenguaje funcional y el Trastorno del Desarrollo Intelectual con leve alteración, sin alteración o con alteración de lenguaje funcional. También se diferencian en que el CIE 11 no considera las alteraciones sensoriales como criterio diagnóstico específico del TEA.

El profesional podrá elegir entre uno u otro, no existiendo uno mejor que otro. Existe mayor uso del DSM V por parte de psicólogos, ya que es un documento específico para alteraciones relacionadas con salud mental o neurodesarrollo y el análisis es más detallado que en el CIE 11 cuyo documento recoge alteraciones y enfermedades en general. También deberemos de tener en cuenta que los resultados obtenidos en determinadas pruebas como por ejemplo el ADOS-2 están diseñados en base a los criterios del DSM IV.

## 1.3 Señales de alerta por áreas

De forma esquemática detallaremos a qué signos de alerta deberemos de estar atentos en cada una de las áreas de desarrollo ante una la sospecha de TEA en una persona:

### 1.3.1 Lenguaje

- Retraso del lenguaje (en emisión de balbuceos o palabras, menos de diez palabras a la edad de 2 años).
- Regresión o pérdida de uso del lenguaje.
- Lenguaje inusual (si existe), que puede incluir:
  - No presentar vocalizaciones.



- Entonación rara o inapropiada.
  - Frecuente repetición de palabras y frases hechas (“ecolalia”).
  - Referencia a uno mismo por su nombre o “usted” o “él/ella” más allá de los 3 años.
- 
- Reducción y/o uso poco frecuente de lenguaje para la comunicación, como por ejemplo el uso de palabras sueltas, aunque sea capaz de hacer oraciones.
  - Retraso o ausencia de respuesta a su nombre cuando se le llama, a pesar de que su audición sea normal.
  - Reducción o ausencia de respuesta a las expresiones faciales o a las emociones de otras personas.
  - Respuesta negativa a las interacciones sociales de los demás.
  - Rechazo de las caricias iniciadas por el padre o cuidador.

## 1.3.2 Relación social

- Mostrar reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal.
- Reducción o ausencia de interés social en los demás, incluidos sus iguales. Si se acerca a los demás, puede hacerlo de forma indebida.
- Reducción o ausencia de sonrisa social en respuesta a los demás.
- Reducción o ausencia de imitación.
- Reducción o ausencia de juego social con los demás. En niños muy pequeños es habitual que tengan preferencia por jugar solos, pero deberemos de estar atentos a si tolera el juego en paralelo, acepta modificaciones de su juego o si está pendiente y tiene curiosidad por el juego que están haciendo otros niños aunque no participe en estos juegos.
- Mostrar un escaso o nulo disfrute de las situaciones que le gustan a la mayoría de los niños (ej. las fiestas de cumpleaños).
- Mostrar una escasa o inexistente capacidad para compartir la diversión.
- Escasas o inexistentes miradas referenciales.

## 1.3.3 Contacto visual, señalización y otros gestos

- Uso reducido o inexistente de gestos y expresiones faciales a la hora de comunicarse (aunque puede colocar la mano de un adulto sobre los objetos).



- Gestos, expresiones faciales, orientación corporal, contacto visual (ej. mirar a los ojos de la gente cuando se habla) y términos conversacionales usuales en comunicación social escasos o poco integrados.
- Reducido o inexistente uso social del contacto visual (siendo su visión normal).
- Reducción o ausencia de atención, apreciada por la falta de:
  - Movimiento ocular.
  - Seguimiento de un punto señalado (mirar hacia donde otra persona señala).
  - Uso de la señalización para mostrar objetos o para demostrar interés.

### 1.3.4 Ficción e imaginación

- Falta o escasez de imaginación y variedad en los juegos simulados.

### 1.3.5 Intereses poco habituales o restringidos y/o comportamientos rígidos y repetitivos

- Movimientos estereotipados y repetitivos (ej. agitar las manos, mecer el cuerpo estando en pie, girar sobre sí mismo o chasquear los dedos).
- Jugar a juegos estereotipados o repetitivos (ej. abrir y cerrar puertas).
- Intereses muy restringidos o poco habituales.
- Rigidez e inflexibilidad conductual (ej. insistencia excesiva en seguir la propia agenda).
- Resistencia al cambio y reactividad emocional extrema a los cambios.
- Hiper o hiposensibilidad a estímulos sensoriales (ej. texturas, sonidos y olores).
- Reacciones excesivas ante el sabor, olor, textura o apariencia de los alimentos o manías extremas con la comida.

En la web [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) podéis encontrar información sobre el desarrollo infantil, videos de estimulación, guías, manuales y cuestionarios que os pueden facilitar la tarea de detectar alteraciones en el desarrollo.



## 1.4 Diferencias, similitudes y comorbilidades del TEA con otros diagnósticos

A día de hoy la difusión y la popularización de trastornos como el TDHA o el TEA, tiene muchos aspectos positivos para las personas diagnosticadas y para el avance e investigación, ayudando a conocer más sobre este perfil de neurodesarrollo, pero por otro lado fomenta una falsa percepción de conocimiento en profesionales y personas, conllevando malinterpretaciones o confusiones diagnósticas, ya que este conocimiento suele ser superficial. El TEA conlleva una serie de características que engloba muchas áreas de la vida de la persona, por lo que obviamente compartirán y tendrán aspectos comunes con otros diagnósticos. A lo largo de la vida de la persona con TEA puede cursar éste junto a otros trastornos, siendo los más frecuentes: discapacidad intelectual, déficit de atención e hiperactividad, trastornos del lenguaje, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, problemas médicos y de coordinación motora.

Con datos de 2019 la prevalencia de TEA en consultas externa de psiquiatría fue de 18,9% y con síntomas subdiagnósticos de 5-10%. En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos encontramos: con TCA (7,9%), Anorexia Nerviosa (6,7%), Bulimia Nerviosa (2,7%), Trastorno por Atracón (1,4%), Psicosis (9,4%), Trastorno Bipolar (7,5%), ARFID (12% - 30%), adicción a sustancias (8,3%), algún trastorno psiquiátrico (54,8%-80%), TDAH (8%), Trastorno de ansiedad (20%), Trastorno del sueño (13%), Trastorno depresivo (11%), Trastorno de conducta (12%), TOC (9%), Trastorno Bipolar (5%) y Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia (4%). Este porcentaje de comorbilidad con Trastornos de Salud Mental correlaciona con los datos de suicidio en población TEA, siendo más frecuente en personas con TEA, especialmente en mujeres, siendo el 11-66% de las personas con TEA que tienen ideación suicida (17% población general y 59% con psicosis), entre el 1-35% tiene intentos autolíticos, un 0,31% de mortalidad debido al suicidio (0,04% en población general) y es un 20% más frecuente que tenga pensamientos sobre la muerte. Este alto porcentaje se ha asociado a síntomas depresivos, tratamiento con antidepresivos, alexitimia, autolesiones, falta de ocupación, camuflaje de síntomas, problemas de salud mental y necesidades no cubiertas.

Diferenciaremos entre aquellos perfiles de personas que muestren patrones TEA pero exista una explicación médica conocida y otros en los que no existe causa médica conocida.

Entre los primeros existen diferentes **trastornos con causa genéticamente demostrada** que pueden mostrar conductas y características asociadas con el TEA como por ejemplo el Síndrome de Rett, Síndrome de West, Síndrome X frágil, Esclerosis Tuberosa, Neurofibromatosis, Parálisis Cerebral, Síndrome Prader-Willi, Síndrome de Angelman, el Síndrome de Williams entre otros, si bien estos



diagnóstico se obtienen a través de pruebas genéticas y suelen mostrar un fenotipo (características físicas visibles) y unos patrones de conducta muy concretos que les permite diferenciarlos de las personas con TEA.

Si bien, como hemos comentado existen **otros diagnósticos sin causa genética** que se pueden confundir con el TEA. Antes de meternos con ellos conviene recordar qué es (o era) el Síndrome de Asperger:

- Síndrome de Asperger: está nomenclatura que ya solo se mantiene en nombres de asociaciones o en la prensa escrita dejó de existir. Actualmente las personas que pudieran coincidir con esta categoría diagnóstica se enmarcan dentro del TEA. Este diagnóstico se consideraba como un tipo de autismo en el que las habilidades mentalistas, socio comunicativas, sociales e interpersonales están alteradas, ligado a cierta rigidez y un número limitado y obsesivo de intereses, baja coordinación motora, con un lenguaje aparentemente normal (alteraciones en el uso del lenguaje y prosodia) y cierta competencia intelectual. En la actualidad hay un infradiagnóstico en estas personas, ya que a veces se puede confundir con trastornos de personalidad o trastorno pragmático del lenguaje, pasando su conducta social desapercibida a medida que se hacen adultos o identificándose socialmente como personas “peculiares”. Ésta sería la forma más frecuente de manifestación de TEA en mujeres adultas, ya que en edades tempranas el desarrollo es similar en mujeres y en hombres con TEA.

## 1.4.1 Trastornos del neurodesarrollo

- Discapacidad intelectual. Como hemos comentado anteriormente existe un porcentaje de personas con TEA que tienen Discapacidad Intelectual, siendo los aspectos emocionales y sociales los que inclinarán nuestro diagnóstico para un lado o para otro. Diferentes estudios muestran diferentes porcentajes de comorbilidad siendo la horquilla del 40-70% de niños con TEA que presentan una discapacidad intelectual asociada. Las personas que cumplen criterios del TEA y además tengan un nivel cognitivo muy bajo con un desarrollo del lenguaje muy pobre pueden ser difíciles de diferenciar de personas con Trastorno de Discapacidad Intelectual. La Discapacidad Intelectual, o la antiguamente llamada Inteligencia Límite, a menudo coexisten con el autismo. Los individuos con discapacidad intelectual pueden exhibir varias características que a menudo se asocian con el autismo, en particular los movimientos estereotipados. Este diagnóstico diferencial será relevante, ya que el 25% de los niños que se diagnosticaron de discapacidad intelectual no cumplen esta categoría diagnóstica en edad adulta, esto puede ser porque las dificultades en atención repercuten en sus aprendizajes de



forma significativa. Respecto al diagnóstico diferencial DI vs. TEA es importante saber que el ADOS -R no discrimina bien por debajo de 15 meses de edad cognitiva y el ADI-R por debajo de 18 meses. En estas situaciones deberemos de prestar mucha atención **a la afectación en la sociabilidad y comunicación no verbal donde en el TEA está más afectada que en la DI**, analizándolo desde la frecuencia y la intensidad de la sintomatología y no desde la existencia o no de las dificultades sociales.

- Altas capacidades. La conducta peculiar y los intereses obsesivos de un alumno con TEA se pueden confundir con un diagnóstico en altas capacidades, sin embargo **las personas con altas capacidades suelen mostrar un desarrollo más precoz del lenguaje, mayor creatividad y originalidad para resolver situaciones.** Además su conducta adaptativa estará menos afectada.
- Trastorno Pragmático del lenguaje o de la Comunicación Social. Estas personas muestran una alteración del uso, contenido y/o forma del lenguaje, si bien, no muestran alteraciones en habilidades mentalistas, sensoriales, conducta adaptativa y comunicación no verbal como las personas con TEA. Esta categoría, de reciente creación, en la práctica clínica y a nivel científico no está claro que funcione como una categoría diagnóstica diferente al TEA. Debido a la frecuente confusión en estas categorías diagnósticas analizaremos bien en qué consiste el Trastorno de la Comunicación Social. Una persona que curse este diagnóstico mostrará:
- Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, siendo ésta apropiada al contexto social (saludar y compartir información, etc.).
  - Deterioro de la capacidad para cambiar su comunicación, de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha (ej. hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto).
  - Dificultades para evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
  - Dificultades para seguir las normas de conversación y narración (ej. respetar el turno en la conversación).
  - Dificultades para expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido.
  - Dificultad para saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.



- Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (ej. hacer inferencias) y comprender significados no literales o ambiguos del lenguaje (ej. expresiones idiomáticas, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).

Las deficiencias anteriores causarán limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación. Al igual que en el TEA, los síntomas aparecen en las fases iniciales de desarrollo. **A diferencia del TEA en estas personas no se darán conductas estereotipadas, ni en el lenguaje ni en la conducta.**

- Retraso madurativo. Esta nomenclatura es la más usada para diagnosticar a niños y niñas cuyo desarrollo no corresponde al adecuado a su edad cronológica. En el DSM V se identifica como Retraso Global del Desarrollo, siendo los criterios de diagnóstico de este que tenga lugar en niños menores de 5 años, que estén afectadas 2 o más áreas de desarrollo y que tenga un carácter provisional. En la mayoría de los casos se usa este diagnóstico cuando se tienen dudas o se considera que el niño es pequeño para ponerle un diagnóstico del impacto que tiene el TEA. Para diferenciarlo del TEA, un **retraso madurativo no tiene porque conllevar dificultades ni en su interacción social, ni en su conducta adaptativa o capacidad para compartir.** Además, de **no mostrar alteraciones en la comunicación no verbal.** En ocasiones hay una tendencia en interpretar el Retraso Global del Desarrollo como trastorno, siendo en ocasiones un signo de alerta de existencia de TEA.
- Trastornos de la Comunicación. Hace referencia a aquellas personas cuya dificultad reside exclusivamente en el lenguaje, pudiendo comunicarse mediante gestos. Se diferencia del TEA en que **las habilidades de comunicación no verbal están más preservadas, no están alteradas sus capacidades de interacción social con el medio, capacidades cognitivas, motrices, sensoriales, reciprocidad emocional, capacidad para compartir, tienen una mejor comprensión de lenguaje, no existen alteraciones en la pragmática y no se observan conductas estereotipadas ni rituales verbales.**
- El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H). es el término utilizado para referirse al trastorno que comporta un déficit de la atención en un grado suficiente para generar dificultades en el aprendizaje. Se definen tres tipos de TDA-H: (1) con predominio de falta de atención, (2) con predominio de hiperactividad-impulsividad, y (3) el tipo combinado.



Tanto niños los con TEA como con TDA-H suelen ser movidos, impulsivos, inatentos, con frecuencia tienen problemas de aprendizaje, TICS y problemas conductuales, esto hace que a veces estos diagnósticos se puedan confundir, sumado a la posible confusión con otros trastornos parecidos al TDA-H como el Trastorno de Aprendizaje, Tourette o Trastorno Negativista Desafiante.

A diferencia del TDA-H, **los problemas conductuales asociados al TEA suelen estar provocados por problemas de comunicación, rigidez, falta de respuesta social, alteración sensorial, desregulación emocional y dificultades de comprensión social.**

Las estereotipias motoras, muy frecuentes en el autismo, no son en modo alguno exclusivas de dicho trastorno, pueden estar incluidas en un contexto conductual asociadas a la hiperactividad motora propia del TDA-H. Estas manifestaciones pueden estar relacionadas con alteraciones de las vías mesolímbicas que contienen dopamina. Las estereotipias de los niños hiperactivos que más se aproximan a las propias de los TEA son: aleteo de manos, rascar o pellizcar con los dedos, balanceo de la cabeza y repetición monótona de sonidos. Los niños con TDA-H pueden mostrar patrones de conducta obsesivos, relacionados con poca flexibilidad mental y mala tolerancia a los cambios. Sin embargo el TEA está más relacionado con patrones más rígidos a nivel cognitivo y conductual y tienen más estereotipias y alteraciones sensoriales.

Los problemas de lenguaje son muy frecuentes en el TDA-H y en ocasiones es el primer motivo de consulta por parte de los padres, mostrando algunas de las características propias de los TEA: ecolalias, pobre capacidad expresiva y deficiente comprensión verbal. También el lenguaje puede estar afectado a nivel prosódico o en la modulación del volumen expresivo.

Otras veces el niño con TDA-H, en su forma disatencional, en lugar de ser extremadamente charlatán, es sumamente callado; aproximándose al mutismo selectivo. Igualmente la comunicación derivada de la gesticulación no verbal puede ser muy limitada o inapropiada en el TDA-H.

También es frecuente que en niños con TEA que la focalización de la atención sea muy débil y así mismo su actividad física sea alta debido al cambio constante de estimulación sensorial o necesidad de cambio de estímulos.



Otra de las características de los niños/as con TDA-H, es su falta de habilidad para la interacción social, a ello se le puede sumar una cierta ingenuidad y una carencia de empatía. Se ha observado que en niños con diagnóstico de TDA-H existe una elevada proporción (65-80%) de dificultades significativas para la interacción social y la comunicación. Los aspectos donde esto se pone más en evidencia son la empatía y la relación con los compañeros; lo cual ocurre a partir de dificultades para la comunicación no verbal y el mantenimiento de una conversación debido a su dificultad de inhibición.

**El nexó neurocognitivo entre TEA y TDA-H** quizás resida en las dificultades de la **función ejecutiva** que ha sido descrito en ambos trastornos. A continuación se resumen algunos síntomas observados en pacientes con lesiones frontales, que se observan de forma muy acusada tanto en personas con TEA como en el TDA-H. Los síntomas relacionados con lesiones frontales serían:

- Ausencia de empatía. Pobre afectividad.
- Conducta estereotipada.
- Perseveraciones.
- Rutinas.
- Intereses restringidos.
- Reacciones catastróficas ante cambios del entorno.
- Conductas compulsivas.
- Reacciones emocionales inapropiadas y repetitivas.
- Falta de originalidad y creatividad.
- Dificultades en focalizar la atención.
- Poca habilidad para organizar actividades futuras.

Por ello, nos inclinaremos por un diagnóstico TEA si en las primeras fases del desarrollo existe alguna alteración en la adquisición de hitos del desarrollo. Además, analizaremos las características cualitativas de sus interacciones sociales, interpretación de la comunicación no verbal, aspectos relacionados con la reciprocidad emocional y habilidades mentalistas para saber si se trata de TEA o TDAH. Con el tiempo suele ser frecuente que niños diagnosticados de TDA-H reciban diagnóstico de TEA cuando los síntomas sean más claros. Recientes análisis detallan que aquellos niños que recibieron diagnóstico TDA-H no solo obtuvieron de forma tardía el diagnóstico TEA, sino que tuvieron que ver a más profesionales y no recibieron tratamiento precoz.



- Trastorno específico del aprendizaje. Cómo abordaremos durante el curso, una de las dificultades de niños con TEA es la de adquirir aprendizajes de forma espontánea, generalizarlos y realizar aprendizajes por modelado o por ensayo-error. Como hemos visto en el resto de trastornos, **la diferencia con el diagnóstico TEA se producirá en sus habilidades mentalistas, conducta adaptativa, aspectos sociocomunicativos, entre otros.**

## 1.4.2 Trastornos motores

Dentro de esta categoría diagnóstica encontramos subcategorías:

- Trastorno por movimientos estereotipados, que se caracteriza por la frecuente realización de manierismos motores (estereotipias). No se diagnosticará el Trastorno por movimientos estereotipados si el niño cumple los criterios para uno de los trastornos generalizados del desarrollo.
- Trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC) se define como una marcada alteración en el desarrollo de la coordinación motora que interfiere significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria y no es debida a una enfermedad médica general. Si bien el TDC puede existir de forma aislada, con elevada frecuencia se halla asociado a adultos verbales con capacidades cognitivas preservadas.
- Síndrome de Gilles la Tourette (ST) viene definido por la presencia de tics múltiples motores y vocales con una evolución crónica. Los tics motores pueden ser simples y complejos. Los tics simples involucran únicamente a un grupo muscular y tienen un inicio y final súbitos. Los tics complejos son prolongados, afectan diversos músculos, pueden aparecer a modo de ecolalia y palilalia, pueden ser conductas obsesivo-compulsivas, conductas motoras anormales y estereotipias. Debemos de tener en cuenta que uno de los criterios diagnósticos del TEA incluye rituales y movimientos motores o verbales repetitivos por lo que si este aspecto se puede explicar por un diagnóstico TEA no tendría sentido otorgar otra categoría diagnóstica adicional. Estas categorías suelen confundirse con la categoría diagnóstica TEA ya que también en este suelen ser frecuentes las alteraciones en la conciencia del cuerpo, psicomotricidad, equilibrio, dificultades en detectar señales de hambre, dolor y optar por una instrumentalización del adulto en lugar de hacer sus propios movimientos.



## 1.4.3 Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastornos relacionados

Se presenta en niños con intereses y conductas inusuales. Sin embargo, las habilidades sociales están conservadas, así como el lenguaje y las habilidades comunicativas.

Si aparecen déficits en las habilidades sociales o en las habilidades de comunicación, pero son diferentes cualitativamente de las que se encuentran en el autismo.

Las personas con TOC son perfeccionistas, con atención al detalle rutinario, ideas fijas, repetitivas e inflexibles, que consideran sus rituales como egosintónicos.

Síntomas TEA, como la fijación en rutinas, patrones ritualizados, resistencia al cambio, desregulación emocional, rigidez cognitiva e intereses altamente restrictivos y fijos podrían interpretarse como obsesiones y compulsiones propias de un TOC, pero **en TEA no hay presencia de cogniciones ansiosas y las compulsiones no tienen el objetivo de disminuir la ansiedad relacionada con un pensamiento obsesivo. En TEA suelen ser compulsiones que tienen un refuerzo sensorial** y que les sirve para liberar tensión o relajarse. Otra diferencia versará sobre el contenido de las compulsiones, ya que en TOC están relacionadas con el orden, repetición, posición..., pueden implicar a la familia y estar asociados a un alto nivel de ansiedad.

## 1.4.4 Trastornos de ansiedad

Se ha considerado como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil. Su comorbilidad con el TEA es mucho mayor de la que sería de esperar por el azar con una comorbilidad del 20%, aunque estudios recientes la sitúan entre un 50-70%. Si bien, existe más probabilidad de cursar ansiedad más intensa si la persona usa pocas palabras, tiene mayor número de estereotipias y si se es mujer, cursando una ansiedad crónica con episodios más agudos e intermitentes.

Al igual que en los trastornos depresivos, existe un amplio solapamiento de síntomas. El niño con ansiedad suele mostrar un estado permanente de preocupación o aprehensión, difícil de controlar con modificaciones del entorno. En TEA estos síntomas de ansiedad son específicos del trastorno asociado a rutinas, fobias frecuentes, fobia a juicios sociales, obsesiones... por ejemplo, las experiencias sensoriales con sonidos apenas perceptibles para los demás o la evitación de estímulos temidos pueden provocar cambios en el estado de ánimo de la persona, relacionándose con trastornos de ansiedad, siendo esto habitual en el 90% de las personas con TEA, incluso estos



disparadores pueden ser internos, por ejemplo, un recuerdo intenso y vivido de una experiencia pasada negativa podría generar un comportamiento desconcertante o inexplicable y manifestarse de forma súbita como un ataque de pánico, con reacciones desproporcionadas a la situación. Otro de los aspectos precipitantes de episodios de ansiedad en TEA es la exposición a la incertidumbre de que aparezcan estímulos sensoriales desagradables para él o situaciones no estructuradas o impredecibles.

Esta ansiedad en personas con TEA es discapacitante ya que conlleva:

- Pobres oportunidades en la vida, producidas por la evitación (en mayor medida) de nuevas personas, tareas, entornos y/o materiales.
- Incremento de los rituales y las conductas repetitivas de sí mismo.
- Incremento de los comportamientos rígidos e inflexibles (aumento de la dependencia de las reglas o guiones establecidos).
- Mayor resistencia a las transiciones o cambios.
- Incremento de la demanda de rutinas y de control de la situación.
- Evitación o retirada de situaciones sociales o de determinados espacios que eran habituales para la persona.
- Mayor afán perfeccionista, baja tolerancia a la frustración y/o crisis cuando las cosas no van “como se esperaba”.
- Búsqueda de tranquilidad y seguridad constante mediante un discurso o preguntas repetitivas y/o conductas de comprobación.
- Aparición de problemas de conducta o incremento en su frecuencia, duración e intensidad (aparición o incremento de autolesiones).
- Menor asistencia a clases, trabajo o centro.
- Inflexibilidad mental.
- Mayor dificultad para buscar soluciones.
- Dificultades de alexitimia asociada a una falta de reconocimiento y expresión emocional que conlleva problemas para reconocer factores asociados a la ansiedad, con síntomas físicos importantes.

→ El Mutismo selectivo se confunde a veces con el autismo y otros trastornos relacionados con el desempeño social. En el mutismo selectivo está conservada la capacidad para hablar del niño en algunas situaciones, pero el niño permanece mudo en otras. El historial y la



presentación del trastorno es bastante diferente del autismo, aunque se pueda dar el caso de que algunos niños con autismo sean a veces mudos, este mutismo nunca tiene naturaleza "electiva".

## 1.4.5 Trastornos depresivos

En la mayoría de los casos de TEA hay signos clásicos de depresión con cambios claros de humor, apetito, sueño y de pensamientos y acciones suicidas. Aparece con más frecuencia en el sexo femenino, y no siempre la propia persona tiene porque identificarlos. El diagnóstico de la depresión puede no ser evidente, ya que la persona podría tener una gama limitada de expresiones emocionales y un historial de afectividad plana. Por otro lado, se puede confundir la sintomatología TEA con trastorno depresivo por la escasa expresividad facial o gestual, así como los pensamientos repetitivos de muerte (que pueden tener una función de relajación). Los aspectos depresivos que más se suelen apreciar en las personas con TEA son la falta de autoestima, estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones,, ausencia de sonrisas (en personas que expresaban claramente su disfrute tanto gestual como facial), evitación del contacto visual (en personas que previamente sí lo mantenían), pérdida de interés en actividades o amistades (apatía), resistencia a participar en actividades que se realizaban con interés y motivación, agitación, inquietud, hiperactividad o deambulación, enlentecimiento motor y movimientos más pausados, desarrollo o incremento de estereotipias, aparición o incremento de problemas de conducta o autolesiones, ideación suicida, aparición o incremento de pensamientos recurrentes constantes sobre acontecimientos pasados negativos relacionados con alteraciones emocionales, escaso interés en entretenerse con sus "cosas", aislamiento, disminución o incremento del sueño (resistencia a ir a la cama, despertares nocturnos, muchas horas de sueño, mucho tiempo de permanencia en cama o dificultad para permanecer despierto durante el día) y falta de interés afectivo-sexual (en personas que previamente sí mostraban interés).

## 1.4.6 Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La esquizofrenia ocasionalmente aparece en la primera infancia. Normalmente hay un historial de desarrollo previo relativamente normal, pero con la aparición de alucinaciones e ilusiones características, típicas de la esquizofrenia. Sin embargo, una ausencia de desarrollo social típico es a menudo parte del historial premórbido.

El trastorno esquizoide de la personalidad se caracteriza por un relativo aislamiento, con la capacidad de relacionarse normalmente en algunos contextos. Sin embargo, los trastornos de la personalidad, no se diagnostican antes de los 18 años de edad según los criterios actuales. Las



características propias del espectro del autismo (dificultades de empatía y comprensión social) podrían solaparse o confundirse con síntomas de un Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia, por ejemplo:

- Miedo al recordar experiencias sensoriales negativas.
- Excitación, euforia o las reacciones ante el recuerdo intenso de una experiencia positiva (situación o sensación) que podrían ser interpretadas como síntomas psicóticos.
- Retraimiento social.
- Pobre comunicación no-verbal.
- Aplanamiento afectivo.
- Limitaciones en la comunicación social.
- Lenguaje idiosincrásico.
- Discurso aparentemente incoherente.
- Gramática peculiar.
- Comportamiento social inapropiado.
- Desregulación emocional.
- Crisis muy agudas con alteración del pensamiento con ideas de contenido autorreferencial o persecutorio explicado por vivencias previas o por el estrés asociado a la falta de comprensión de los estados mentales o intenciones de otras personas.
- Experiencias pseudoalucinatorias (voces que no saben de dónde vienen o miradas que no saben identificar qué ven).
- Ideas fijas y repetitivas con razonamiento ilógico encadenado, asociados en gran medida a factores estresantes y en contextos con alteraciones emocionales marcadas.

## 1.4.7 Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados

Nos referimos a cambios en el humor o en el estado de ánimo (fluctuar entre feliz e irritable, pasar de la euforia al enfado a lo largo del día independientemente de las circunstancias, desregulación emocional...). Personas con estas características muestran una menor tolerancia a la frustración, asociándose con hiperactividad, actividad exagerada o desmesurada, actividad durante la noche (no concilia el sueño o se despierta muy temprano, con energía a pesar de la falta de sueño), también la persona puede sentir que es capaz de hacer o lograr más cosas por encima de sus posibilidades (asume nuevas tareas o se compromete con trabajos o encargos que no son realistas).



Existe incremento de la frecuencia y/o intensidad de estereotipias verbales, preguntas perseverantes, discurso repetitivo y rituales (pueden volverse más rápidos o desorganizados), incremento de la preocupación e insistencia en sus actividades o temas de interés, incapacidad para seguir reglas y límites previamente comprendidos, mayor intrusión en la interacción con otras personas (desinhibición), aumento obvio en los intereses sexuales, alucinaciones y/o delirios congruentes con el estado de ánimo.

## 1.4.8 Trastornos de la personalidad

→ Trastorno de la Personalidad Límite. Las personas con este trastorno se caracterizan por descontrol emocional, cognitivo y perceptivo, conductas impulsivas como autolesiones físicas, alimentarias, y con tendencia a usar la agresividad para regularse.

En TEA estas situaciones pueden estar relacionadas con situaciones sociales estresantes, por el deseo de agradar o por sus relaciones dependientes. Suelen ser inocentes, no tienden a la manipulación, aunque pueden engañar para conseguir lo que quieren, existe historial de alteraciones del neurodesarrollo desde la infancia, disminución de expresividad facial, disminución de la comunicación no verbal, disminución en reciprocidad social, alteración en la identificación social, rigidez cognitiva, alteraciones sensoriales, alteraciones estereotipadas del lenguaje y alteraciones en la cognición social (atención al detalle, alteración en la comprensión social, alteración de la teoría de la mente de segundo orden). Aspectos relacionados con la identidad y diversidad de género también podrían interpretarse erróneamente como un trastorno límite de personalidad.

→ Trastorno de la Personalidad Evitativa. Se caracteriza por la aparición de ansiedad al enfrentarse a situaciones sociales. Si bien se diferencia del TEA en que esas habilidades sociocomunicativas existen en algún contexto.

## 1.4.9 Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

→ Pica. Consiste en ingerir cosas no comestibles, es frecuente que aparezca en niños con TEA con niveles cognitivos bajos.

→ Trastorno por rumiación. Es un trastorno gastrointestinal que consiste en la regurgitación de lo ingerido y puede aparecer en personas con diagnóstico TEA. Estaría enmarcada como otra acción más de la búsqueda de estimulación sensorial, en este caso la oral.



- Trastorno por atracones. Está relacionado por una falta de identificación de sus sensaciones de saciación (hiperpercepción de sus sensaciones internas), regulación emocional o por escasez de estrategias para generar actividades o juegos por sí mismo. En TEA no está relacionado con situaciones sociales, ni alteraciones en la percepción de su imagen corporal.
- Anorexia y bulimia. Nos referimos a pensamientos fijos, constantes repetitivos e inflexibles, alteraciones cognitivas relacionados con el miedo a engordar, rumiaciones respecto al peso, alimentación o ejercicio, rigidez cognitiva asociada con restricciones alimentarias, extremo ejercicio u objetivo de peso incompatible con la vida. Esta sintomatología no ocurre exclusivamente durante el curso de anorexia o bulimia nerviosa u otro trastorno mental, sino que también pueden cursar en TEA. Diferentes estudios estiman que un 23% de adultos diagnosticados de TCA coincidían con criterios de diagnóstico TEA, por lo que la comorbilidad de estos trastornos suele ser alta.
- Trastorno de la conducta alimentaria tipo evitación/restricción (ARFID). Es una alteración alimentaria que se muestra con aparente falta de interés en la comida o por comer, no existe preocupación por la comida o dieta, existe preocupación por las consecuencias negativas de comer pero sin miedo a engordar. Se evita comida basada en características sensoriales (textura, color) y existe un persistente fallo nutricional y/o energía asociada. Este patrón de conducta no sólo tiene lugar durante el curso de anorexia, bulimia nerviosa u otro trastorno mental. Además de lo anterior para ser diagnosticado de ARFID al menos debe cumplir uno de los siguientes criterios:
  - Significante pérdida o ganancia de peso o fallo en crecimiento.
  - Significante deficiencia nutricional.
  - Dependencia de suplementos orales.
  - Interferencia marcada en el funcionamiento psicosocial.

Alrededor de un tercio de las personas diagnosticadas con ARFID estarían asociadas al TEA.

## 1.4.10 Problemas médicos de atención clínica

La esperanza de vida en población con TEA es de 12 años menos que en la población sin diagnóstico TEA. Las personas con autismo tienen un mayor riesgo de experimentar condiciones asociadas con la salud física y mental, esto puede ser debido a que su comunicación no-verbal (expresión facial, prosodia y gestos) pueden no coincidir con lo que la persona está contando.



También puede existir dificultad para identificar y diferenciar cuándo lo que sienten o piensan “es normal”. Sus dificultades para verbalizar y describir sentimientos, sensaciones o cambios en el estado de ánimo, conllevan que les sea complicado explicar a otra persona el tipo de dolor, malestar o emoción que sienten, ésta interocepción alterada (proceso que implica la percepción e interpretación, consciente o inconsciente del estado corporal interno) conlleva que se tenga una menor conciencia de sus sensaciones corporales (sensaciones como el hambre, la sed o el dolor), no identificando la tensión corporal o no sabiendo identificar de dónde viene un dolor o de cuánta intensidad es, de hecho la frecuencia de los episodios de sinestesia es mayor en las personas en el espectro del autismo, aunque pueden no ser identificados.

Este estado pobre de salud también se debe a que muchas personas con autismo encuentran barreras y desigualdades en el acceso a la atención sanitaria ya que su compromiso y satisfacción con los servicios suele ser menor, por lo que es habitual un pobre resultado en los tratamientos.

## 1.5 Características y perfil TEA relacionadas con el sexo

La literatura científica tradicional manifiesta que se diagnostica a una mujer con TEA por cada cuatro hombres, esta diferencia es debida a la falta de instrumentos diagnósticos adaptados a las características de TEA en mujeres y al sesgo de género de los profesionales que evalúan. A menudo, la confirmación diagnóstica para ellas se retrasa significativamente más que en el caso de los hombres, además, las niñas y mujeres reciben más frecuentemente diagnósticos equivocados o alternativos al TEA. El 75,5% de mujeres diagnosticadas de TEA recibieron un diagnóstico de alerta de trastorno de personalidad límite, trastorno alimentario, psicótico, emocional y de identidad de género. Podemos observar algunas diferencias y similitudes entre los hombres y mujeres con TEA:

- Los comportamientos repetitivos y los intereses restringidos en mujeres pueden ser menos intensos y observables que en el caso de los hombres, y además, estos comportamientos e intereses pueden parecer más ajustados socialmente, funcionales y similares a los de sus iguales, menos excéntricos y llamativos que los que normalmente se reportan con más frecuencia en sus pares varones. En las primeras fases de la vida, estos comportamientos, tanto en chicas como en chicos, tienen la misma frecuencia de conductas repetitivas, pero a diferencia de estos, es a partir de los seis años cuando ellas empiezan a controlarlos.
- Las mujeres pueden ser más propensas y eficaces que los hombres para enmascarar o “camuflar” sus dificultades.
- Las mujeres muestran mejores habilidades sociales, imitación social y mejores habilidades lingüísticas, capaces de tener conversaciones recíprocas, aunque muestran conductas



repetitivas verbales. Tienen más conductas de atención conjunta a nivel social, sin embargo esto no significa que se relacionen de forma recíproca. Esta mejor integración de la comunicación verbal y no verbal conlleva que tengan mejores habilidades comunicativas no verbales que los varones con TEA (por ejemplo: contacto ocular más apropiado).

- Hay una menor presencia de conductas estereotipadas en mujeres que en hombres.
- Las mujeres muestran un menor número de dificultades conductuales que los hombres, al menos en el contexto social.
- El juego de las chicas es más imaginativo, tienen un juego simbólico más preservado pero con tendencia a la rigidez.
- Las mujeres tienen mayor flexibilidad cognitiva que los hombres.
- Las mujeres disponen de una mejor empatía, memoria autobiográfica y teoría de la mente que ellos.
- El desarrollo del lenguaje de ellas es más óptimo que el de los hombres diagnosticados con TEA.
- Debido a la tardanza en el recibimiento del diagnóstico, el acceso a tratamientos precoces por parte de las chicas es menor que el de los chicos.
- Para que desarrollen TEA las mujeres tiene que existir mayor carga genética que en los hombres.
- Tanto en mujeres como en hombres con diagnóstico TEA también se observan disfunciones ejecutivas a la hora de manejar el tiempo (problemas al manejar las horas) o hacer muchas actividades cuando les marcan un tiempo determinado.

En concreto deberemos de prestar más atención a niñas si muestran:

- Escasa iniciativa social o espontaneidad en la comunicación.
- Conductas de búsqueda sensorial o autoestimulación inusuales.
- Umbrales de dolor distintos a sus iguales (ej. que no se quejan cuando se lastiman o se quejan en exceso).



- Son “adoptadas” o “amadrinadas” en cierto modo por otras niñas que las modelan y guían. Esto conlleva que tengan menos probabilidad de recibir victimizaciones en la infancia y en el contexto escolar, ya que están cuidadas por compañeros en la infancia, sin embargo cuando van creciendo son ignoradas y aisladas del grupo.
- El grado de victimización sexual en chicas con TEA es tres veces más alta que en sus iguales hasta los 18 años.
- Suelen tener amistades exclusivas y excluyentes, reducidas en número, con obsesiones con otras niñas/niños y adultos de la escuela.
- Desinhibición o conductas inapropiadas hacia desconocidos, como contar secretos o hacer preguntas que trascienden la intimidad de los demás.
- Presentan síntomas en el desarrollo desde su primera infancia en sus habilidades sociocomunicativas, intereses, conducta y adaptación sensorial. Teniendo dificultades para hablar en público o jugar en grupo.
- Tendencia a buscar lugares tranquilos, silenciosos y aislados en situaciones sociales o en momentos libres.
- Suelen imitar a sus iguales de forma mecánica y poco espontánea.
- Las crisis de angustia, llantos y berrinches son de forma extensa y sostenida ante situaciones que tal vez resultan inexplicables o exageradas.
- Juegan con muñecos, personajes u objetos simbólicos (ej. cocinitas), pero dedicando la mayor parte del tiempo a organizar los objetos y preparar la escena, sin jugar de forma imaginativa.
- Aparentemente están integradas en el grupo de iguales por estar físicamente próximas, pero sin participar activamente en él. Tienen relaciones sociales de aparente normalidad, pero con dificultades para intimar o mostrar complicidad social.
- Excesiva complacencia, falta de comprensión de las bromas de sus pares y/o recepción de burlas por parte de otras niñas.
- Algunas pueden mostrar muy buen comportamiento y aparentar timidez o inhibición, rasgos que son culturalmente aceptados y sesgados como esperables para



niñas y que no llaman la atención de docentes, ni clínicos. Mientras que otras niñas TEA serán especialmente desinhibidas, pero su conducta social, si la observamos con atención, resultará inapropiada, rara o invasiva en el contexto.

- Dificultades de aprendizaje.
- Cuando son bebés no lloraban, o demandaban pecho de forma muy frecuente sin succionar.
- Dificultad para comprender las horas.

En cuanto a las mujeres adultas con posibilidad de ser diagnosticadas de TEA, deberemos prestar atención si muestran:

- Iniciativa, motivación y deseo social, pero con dificultades para hacer amistades profundas o íntimas. Suelen tener más iniciaciones sociales inapropiadas y más riesgo de desinhibición con adultos, con una respuesta social más unilateral.
- Dificultades para el manejo de los turnos de conversación.
- Camuflaje de síntomas. Estas son estrategias conscientes e inconscientes destinadas a paliar y compensar dificultades en el ámbito social. Consisten en tres mecanismos clave: *compensación o ecolalia social* que consiste en realizar conductas para compensar y paliar dificultades sociales (adoptar las conductas de personajes de películas y libros y reproducirlas en sus contactos sociales), *enmascaramiento* cuyo objetivo es ocultar determinadas características de su conducta social (ej. forzar el contacto ocular con alguien aunque no se quiera), y *asimilación*, que consiste en intentar adaptarse a un grupo modificando sus características personales (ej. inventarse una personalidad concreta para encajar en un grupo de personas).
- Dificultades para llevar a cabo conductas prosociales espontáneas (ej. consolar o pedir disculpas y resolver conflictos) o por el contrario hacerlo en exceso.
- Dificultades para gestionar el error, manejar desacuerdos, aclarar malentendidos y autorregular la conducta en situaciones que aparentemente no revierten la misma gravedad para los demás.
- Mayor pasividad social, interpretada como timidez.



- Mayor posibilidad de realizar autolesiones, conductas suicidas y consumo de tóxicos.
- Incapacidad de reconocer las necesidades de personas allegadas cuando no son muy evidentes.
- Dificultades para gestionar una vida independiente. Es frecuente que tengan dificultad para decidir qué hacer con su tiempo, manejarlo y orientarse en él.
- Historial de vulnerabilidad a situaciones de acoso, engaño y abuso. En ellas son frecuentes vivencias de relaciones nocivas, abusos, rechazos, con el doble riesgo de sufrir victimización emocional (40% vs. 26%), victimización física (8,4 % vs. 5,7%) y con más probabilidades de sufrir un asalto sexual.
- Alteraciones sensoriales que interfieren en la consecución de metas cotidianas relacionadas con el área laboral y de desarrollo profesional, así como en la autonomía e interacción social. En ocasiones tratan de reservarlas para la intimidad, como por ejemplo balancearse. Estas alteraciones suelen responder al contacto físico y sonidos mostrándose hipersensible a estímulos brillantes y texturas. Ante estos estímulos se autorregulan, aunque pueden tener reacciones explosivas, bloqueos y llantos.
- Llanto frecuentemente.
- Inflexibilidad ante cambios de rutinas no anticipados.
- Sensación de cansancio cuando hay encuentros o relaciones sociales que se alargan, incluso con personas conocidas (familiares o amigos).
- Algunos de los diagnósticos erróneos o incompletos más frecuentes que las mujeres reciben de manera previa a la confirmación del diagnóstico de TEA son: Discapacidad intelectual, Trastornos del estado de ánimo o depresión, Trastornos de personalidad: no especificado, esquizoide, límite o esquizotípico, Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, Trastornos de ansiedad generalizada o social, Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Trastorno bipolar, Trastorno por tics o síndrome de Tourette, Mutismo selectivo, Síndrome de fatiga crónica, Trastornos del sueño, Trastornos de la identidad de género, etc. El Trastorno Límite de Personalidad tiene una prevalencia de 5,9% en chicas diagnosticadas de TEA. Para diferenciarlo es necesario analizar el desarrollo, teniendo en cuenta que en el TLP el desarrollo no está afectado y en las mujeres con TEA suelen mostrar dificultades de aprendizaje entre otros. Encontramos similitudes en TCA y



TEA, teniendo patrones similares de conductas de trastorno alimentario como la hiperselectividad alimenticia o comer compulsivamente cuando están enfadadas.

- Alteraciones en el funcionamiento interpersonal (empatía por los demás, problemas con la confianza y con la intimidad).
- Discrepancia entre su edad y su emocionalidad.
- Toma decisiones de riesgo y dificultad para decidirse en situaciones conflictivas.
- No suelen asistir a sitios de ocio en grupo, como por ejemplo asistir a bares o participar en fiestas patronales o del pueblo.
- Suelen tener mejor relación con los hombres. Entre mujeres, las habilidades de relación son más complejas o al menos las mujeres con TEA las perciben así. El bullying entre mujeres es por medio de la exclusión, siendo más frecuente el abuso psicológico y la carga mentalista, siendo esto complejo de manejar para una persona con TEA. Muchas mujeres con TEA en sus biografías afirman que su vida hubiera sido más fácil si hubiesen sido chicos. Uno de estos aspectos que dificultan su exposición al exterior es la toma de decisiones para vestirse. Muchas mujeres con TEA prefieren llevar el pelo muy corto o vestir con ropa holgada debido a necesidades sensoriales, ya que no toleran llevar ropa sintética, ropa ajustada, pulseras, abalorios, adornos.
- No suelen identificarse ni como heterosexuales ni homosexuales.
- Dificultades gastrointestinales y dermatológicas.
- Patrones de gustos e intereses similares al resto de población, pero se diferencian en la intensidad y donde ponen el foco. Suelen tener colecciones fundamentalmente en la intimidad y de cosas atípicas.
- Principales intereses: música, leer, escribir, animales, idiomas, orden, dibujar, psicología y comportamiento humano, moda, animales, actores, cantantes, temática manga.
- Suelen tener alta autoexigencia y perfeccionismo.
- Intransigencia y/o alto sentido de la justicia social.
- Altruismo y cierto interés social que enmascara sus dificultades sociales, con intereses restringidos con una cualidad más social.



- Hiperlexia, capacidad para manejar el lenguaje con mucha riqueza, debido al modo en el que priorizan la información.
- Rigidez cognitiva, más que conductual.
- Pasividad o excesiva reactividad emocional ante injusticias o hechos que, en apariencia, no revierten tanta gravedad.
- Excesiva emocionalidad e inestabilidad en sus vidas.
- Suelen esconderse durante largos periodos de tiempo, sobretodo después de un episodio explosivo.
- Tendencia a ser hipoactivas con un funcionamiento muy enlentecido.
- Alteraciones en la cognición social y síntomas nucleares de autismo no visibles como atención al detalle, dificultades de comprensión social y alexitimia.

La edad media de diagnóstico en mujeres es de 23 años, con una media de obtención de diagnóstico de 11 años desde la primera evaluación y un marcado infradiagnóstico en todas las edades.

En la evaluación diagnóstica de TEA en mujeres nos podemos encontrar dificultades para conseguir información sobre la historia del desarrollo por la presencia de estrategias de camuflaje, por la dificultad que pueden tener los informadores para responder a preguntas específicas directas sobre el desarrollo y la poca validez de los cuestionarios autoinformados y poco adaptados a la sintomatología TEA en mujeres, por lo que deberemos utilizar otras vías de recopilación de información como la entrevista clínica, realizar visitas a las adultas en varias ocasiones y en varios contextos, recoger informes, telefonar a informadores que la conozcan desde pequeños, evaluar la cognición social, el reconocimiento emocional propio, empatía, habilidades mentalistas, comprensión social y procesamiento de información.

En la valoración puede fluctuar su estado de ánimo, relacionado con la rigidez cognitiva y desregulación emocional, pueden llegar a tener crisis ansiedad, enfado con evaluador o episodios que parecen psicóticos.

Debemos de tener en cuenta que puede existir discrepancia entre la presentación clínica, su funcionamiento social y laboral, su cognición social y la conducta visible relacionado con el camuflaje.



Muchas de ellas llegan a los equipos de valoración a través de servicios sociales, viviendo prácticamente en la indigencia.

En la valoración diferencial tendremos que tener en cuenta que en el ADOS-2 deberemos dar más peso a la reciprocidad comunicativa, la pragmática y la desinhibición, incluso tendremos que bajar el límite de criterios debido a la escasa muestra de mujeres que participaron en la estandarización de la prueba, por ejemplo en conductas repetitivas, que posiblemente nos dará por debajo en los criterios diagnóstico.

## 2. EVALUACIÓN

Antes de hablar de cómo realizar una valoración de TEA es necesario entender el contexto actual de los diagnóstico de TEA. La prevalencia en España se sitúa en 1,6%, de los cuales 0,8% corresponde a personas con criterios claros y otro 0,8% a criterios parciales. La prevalencia en edad infantil se encuentra en escalada llegando en algunas zonas a 2,64% como en Corea, 2,93% Nueva Jersey o 3,62% en Carolina del Sur. En España encontramos también grandes diferencias dependiendo de la formación de los profesionales, el trabajo de asociaciones de TEA en determinadas zonas geográficas y la saturación de los servicios sanitarios y servicios sociales, entre otras.

En cuanto a las diferencias de sexo, en los diagnósticos infantiles no existe excesiva diferencia entre hombres y mujeres, sin embargo en edad adulta encontramos una prevalencia de 42,3% en hombres y 35,2% en mujeres con discapacidad intelectual, pero si nos vamos a los datos de personas diagnosticadas TEA sin discapacidad intelectual encontramos una gran diferencia, una prevalencia en hombres de 1,9% y en mujeres de 0,2%, estos datos se pueden observar actualizadamente en el mapa interactivo de la prevalencia mundial:

[www.prevalence.spectrumnews.org](http://www.prevalence.spectrumnews.org)

La mitad de los diagnósticos suelen llegar después de los 5 años y teniendo en cuenta la gran evidencia que existe sobre lo positivo de intervenir en edades tempranas es un dato importante a tener en cuenta.

En la evaluación no solo será nuestro objetivo poner un diagnóstico de TEA, ya que las personas con síntomas de autismo no tienen porque cumplir todos los criterios, tener algunos de ellos ya es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental a lo largo de su vida,



por lo que deberemos de estar atentos a la sintomatología que curse la persona aunque no cumpla todos los criterios para un diagnóstico TEA.

Según la literatura científica actual, el evaluador debe de estar atento especialmente a tres situaciones que se pueden dar en la práctica clínica:

- 1) **Diagnóstico diferencial entre Discapacidad Intelectual y TEA en menores de 15 meses de edad cognitiva.**
- 2) **Diagnóstico diferencial entre diferentes trastornos del neurodesarrollo, personalidad y TEA** en niños, adolescentes y adultos con adecuadas capacidades cognitivas.
- 3) **Diagnóstico TEA en mujeres.**

La dificultad que nos encontramos en estos tres supuestos es la falta de instrumentos estandarizados en los que podamos apoyarnos para establecer el diagnóstico.

Existen otra serie de **factores de la persona a evaluar que aumentan la posibilidad de realizar un diagnóstico falso negativo** en personas con síntomas más sutiles: personas sin comorbilidad en edad temprana, con retraso evolutivo, comorbilidad con epilepsia, dificultades en psicomotricidad fina y/o gruesa, discapacidad intelectual, prematuros, mutismo selectivo, TDA-H, sexo femenino con comorbilidades en adolescentes y adultas, edad adulta, minorías étnicas, madres y padres negadores de síntomas y madres o padres con rasgos TEA.

Debido a la falta de pruebas diagnósticas TEA en los supuestos anteriormente descritos, será muy importante entender la evaluación como una recogida de información que necesitamos para entender lo que le ocurre a la persona y su afectación funcional en todo su entorno. **La evaluación consta de dos procesos:**

- *Historia clínica y recopilación de información sobre factores socioambientales.* La evaluación diagnóstica debe comenzar con una historia clínica detallada para establecer la trayectoria de desarrollo del individuo, la historia médica, el nivel de desarrollo y los factores familiares o sociales pertinentes.
- *Evaluación con pruebas estandarizadas.* Se realizará la verificación de la sintomatología del autismo, una evaluación del nivel de desarrollo y de sus habilidades lingüísticas expresivas y físicas/sensoriales (audición y visión, exploración neurológica, etc.) y la valoración de dificultades emocionales o de comportamiento.



Las características de nuestra evaluación dependerá del nivel de detección o diagnóstico en el que nos encontremos. Siguiendo la **guía de buena práctica para la detección temprana** se establecen 3 niveles para la detección o diagnóstico de TEA:

- **Nivel 1 - vigilancia de desarrollo:**

Esta vigilancia se produce en los **centros de atención primaria y escuelas infantiles**. Se usan diferentes pruebas y cuestionarios para testear el desarrollo, entre ellas la tabla de desarrollo Haizea-LLevant donde se especifica los principales hitos de desarrollo hasta los 58 meses en las áreas: postural, lenguaje, manipulativa y socialización.

Otra de las pruebas a administrar es el Cuestionario del bebé y el niño pequeño CSBS-BP (6-24 meses), el cual a través de preguntas a la familia evalúa aspectos importantes en el desarrollo de niños con TEA, como las emociones, mirada, gestos, el uso de objetos y lenguaje.

Otras pruebas de screening serían el CAST (4-11 años), DP-3 (0-12 años), MCHAT R/F (16-30 meses) y Q-CHAT (18 meses-4 años). El pasaje de estos cuestionarios se pueden administrar a la familia directamente o en forma de entrevista.

- **Nivel 2 - detección específica**

Se lleva a cabo en **centros de salud mental infantil, pediatría y neurología**. La diferenciación del autismo de otros trastornos del desarrollo se realiza en este nivel de la evaluación diagnóstica, cuando usando los datos reunidos a partir de las diferentes evaluaciones, los profesionales deben determinar la posible existencia de trastornos concurrentes. El diagnóstico diferencial del autismo incluye la consideración de discapacidad intelectual no asociada con autismo, trastornos evolutivos específicos (ej: lenguaje) y otros diagnósticos psiquiátricos.

En esta fase puede ser fácil confundir TEA con otros diagnósticos si el niño o la niña tienen bajo cociente intelectual entre los 18 y 24 meses.

Además de las pruebas de cribado anteriormente descritas, también se puede administrar otras específicas como es el SCQ, que va desde los 4 años en adelante, esta se compone de dos partes: referente a las características actuales (cuando se administra el cuestionario) y otra que se centra en los primeros años del desarrollo.



En esta fase debemos estar muy atentos a los predictores del desarrollo del lenguaje: emociones, mirada, comunicación, gestos, sonidos, palabras, comprensión y uso de objetos.

## - Nivel 3 - diagnóstico y evaluación

Esta fase se llevará a cabo en **servicios interdisciplinarios especializados y centros dedicados a intervención.**

La evaluación consistirá en recopilar la historia clínica del niño, realizar una evaluación psicológica y por último complementar con una evaluación biomédica (dependiendo del protocolo sanitario se harán unas pruebas u otras, las más frecuentes suelen ser pruebas de genética, potenciales auditivos y electroencefalograma).

## 2.1 Historia Clínica

Los elementos clave para realizar una historia clínica para la evaluación de TEA son:

- Antecedentes familiares, tanto de la familia nuclear como extensa. Además de recoger si ha habido problemas similares y/o problemas del neurodesarrollo en la familia.
- Edad de los padres.
- Existencia de hermanos y hermanas.
- Datos pre/perinatales:
  - Embarazo y parto.
  - Administración materna de medicamentos ( anterior al parto).
  - Peso al nacer.
  - Puntuaciones APGAR, cribado perinatal de trastornos sensoriales, hormonales y/o metabólicos.
- Historia evolutiva: hitos del desarrollo motriz, comunicativo y social.
- Aspectos como dormir, comer y control de esfínteres.
- Preocupaciones o primeros comportamientos extraños observados por los cuidadores.
- Antecedentes médicos: enfermedades médicas y/o genéticas; dificultades auditivas, visuales o sensoriales; problemas neurológicos.
- Datos familiares y psicosociales.



- Funcionamiento del niño en el entorno familiar, escolar o social.
- Desafíos encontrados y apoyos aportados.
- Situación de la familia.
- Consultas y tratamientos anteriores.
- Resultados de consultas anteriores, revisión de informes, evaluaciones o intervenciones disponibles por parte de los recursos sociales, sanitarios y/o educativos.

## 2.1.1 Historia clínica en adultos

Debido a la complejidad del diagnóstico en adultos por la limitada existencia de pruebas diagnósticas disponibles, será fundamental realizar un buen análisis de la historia clínica, por lo que a continuación dedicaremos una parte a abordarla y a cómo podemos obtener información relevante para nuestra evaluación:

- Información ofrecida por la propia persona. Debemos saber que el comportamiento de las personas puede variar enormemente en función del momento del día o del contexto, por lo que será muy útil disponer de diferentes fuentes de información objetiva, contando siempre con el consentimiento previo de la persona. Dedicaremos tiempo a hablar con la persona sobre su percepción de lo que sucede, utilizando los medios que sean necesarios (ej. pictogramas, imágenes, tablet/ ordenador, juegos de rol, dibujos...). Nos podremos ayudar también de autoinformes. Para la aplicación de autoinformes, es importante conocer el nivel de comprensión y expresión de emociones (ej. “¿Sabes a qué me refiero cuando digo nervioso?. Dime un momento en el que estuviste nervioso”) y dar las explicaciones apropiadas cuando sea necesario. Para algunas personas serán más fáciles las respuestas de elección (si/no) que las preguntas abiertas. Otras personas preferirán el uso de apoyos visuales en lugar de respuestas verbales. Si la percepción y expresión emocional se ve comprometida, los resultados deben interpretarse con mucha cautela.
- Información de personas con un vínculo cercano (familiares, amigos, pareja, allegados y diferentes profesionales). Las personas cercanas podrán proporcionar información sobre los comportamientos/síntomas, sobre cómo responden o se adaptan a los mismos, así como las estrategias que ofrecen a la persona para mejorar su bienestar. A veces podrá haber desacuerdo entre los diferentes informantes, siendo importante para comprender mejor a la



persona contemplar el mayor número de visiones posible, recopilando información de los diferentes contextos (en forma de narrativas e informes).

- Observación. Si es posible, y de manera programada, podemos acompañar a la persona en diversos entornos y en diferentes situaciones, ya que ofrecerá una visión más exacta sobre cuáles son las necesidades y cuáles son las alternativas y recursos más viables para darles respuesta. A partir de estas experiencias se podrán ofrecer más ejemplos de otras posibles situaciones.
- Grabaciones. En caso de que la observación no sea posible, y para poder analizar con detenimiento lo que puede estar sucediendo, es muy recomendable poder disponer de grabaciones de los comportamientos que generan preocupación. Estas grabaciones deben contar con el consentimiento y autorización expresa por parte de la persona y/o su familia.
- Herramientas/instrumentos. En función de cada demanda, utilizar las pruebas específicas que se estimen oportunas, no como instrumento diagnóstico, sino de manera complementaria y con prudencia en la interpretación de los resultados (ej. escalas y cuestionarios específicos). Llevaremos un análisis funcional de las conductas que nos preocupan, para ello serán de utilidad diferentes registros y herramientas para la recogida, organización y análisis de la información (ej. autorregistro ABC -antecedente, comportamiento, consecuencia-, el "Scatter-plot" para recoger información y el "BBAT-Brief Behavioural Assessment Tool" para realizar el análisis funcional).
- Entrevista. Llevaremos a cabo una recogida de información sobre su preocupación actual. Será importante recoger información sobre los cambios en el comportamiento, actitud o estado de ánimo de la persona de más de 15 días, ya que esta alteración de su conducta puede deberse a diferentes motivos. El cambio en el comportamiento o conducta habitual de una persona recibe el nombre de "exageración de base". Este término hace referencia a que se deben considerar aquellas manifestaciones que suponen un cambio sobre la conducta habitual de la persona. Por ejemplo, si la persona ha presentado rituales desde la infancia y estos siguen estables o sin cambios, no se atribuirá esta conducta a un problema de salud mental. Sin embargo, los comportamientos habituales pueden exacerbarse durante períodos de estrés o malestar emocional, lo cual debe ser tenido en cuenta a la hora de realizar una valoración del estado emocional y mental de la persona. Por otro lado, también puede darse



una reducción de la inflexibilidad habitual de la persona, mostrándose más tolerante, menos exigente o con una disminución o ausencia de sus rutinas habituales (ej. no solicitar la corrección de una fecha que está mal señalada en un calendario, mientras que lo habitual sería que insistiese hasta conseguirlo). Será fundamental recoger la máxima información posible y registrarla de manera estructurada, de cara a poder compartirla con otros equipos profesionales cuando sea necesario y evitar que la persona y su familia tengan que repetir la misma información en futuras ocasiones. Los puntos que recogeremos serán los siguientes:

1) Motivo de consulta y dificultades actuales:

Recogeremos el principal motivo de consulta y la información de la persona sobre las dificultades actuales, para ello será importante solicitar permiso a la persona para hablar de sus preocupaciones y facilitar los medios necesarios para que pueda expresar con sus propias palabras lo que está experimentando y el significado o sentido que le da a lo que está sucediendo.

*(Ej. “¿Cuál es el motivo de que estemos hoy aquí?”, “¿Qué ocurre?”, “¿En qué te/osa podemos ayudar?”, “Cuéntame o cuéntanos”...).*

2) Información relevante según el caso:

Posteriormente podemos recopilar la información que pueda ser relevante según cada caso: perfil cognitivo, perfil sensorial, comunicación, habilidades sociales, relaciones, motivación social, intereses, rutinas e inquietud ante el cambio. Esta información ayudará a discernir si se trata de un problema de salud mental y facilita el planteamiento de posibles intervenciones, estrategias o apoyos.

*(Ej. ¿El comportamiento/síntomas están asociados a una emoción negativa o temerosa, irritabilidad o síntomas fisiológicos de ansiedad?, ¿Se trata de un comportamiento nuevo o, en alguna medida, ya lo presentaba previamente?, ¿En qué grado ha aumentado la frecuencia/intensidad de ciertos comportamientos previos?, ¿Está relacionado con algún entorno, persona o estímulos concretos?).*

3) Expectativas:

Nos ocuparemos de abordar la demanda, valorando la preocupación en el momento actual, las atribuciones y las expectativas al respecto.



*(Ej. ¿Por qué se solicita ayuda ahora?, ¿Por qué crees que ocurre lo que te está preocupando?, ¿Cómo crees que se puede solucionar este problema?, ¿Qué te gustaría que hiciésemos para ayudar?, ¿Qué te gustaría obtener aquí?).*

#### 4) Describir con exactitud el comportamiento problemático o los síntomas:

Con la información proporcionada por la persona y todos los datos aportados (ej. registros, diarios personales o informes), describiremos de la manera más concreta posible en qué consisten los síntomas o comportamientos que preocupan.

*(Ej. ¿Qué es lo que hace o no hace la persona?, ¿Puede describirse lo que sucede de manera que cualquier persona supiese exactamente a qué se refiere?).*

#### 5) Curso de comportamiento problemático o los síntomas:

Se pueden utilizar entrevistas semiestructuradas y registros que recopilen información sobre cuándo y cómo aparecieron los comportamientos, cambios y síntomas que preocupan y los factores que pudieron o pueden precipitarlos o agravarlos. Una vez identificados preguntaremos sobre la evolución o cambio de estos comportamientos o síntomas.

*(Ej. ¿Desde cuándo ocurre el comportamiento o síntomas que preocupan?, ¿Cómo empezó?, ¿Qué ocurrió exactamente?, ¿Qué estaba pasando en la vida de la persona?, ¿Pasó algo relevante días, semanas o meses antes?, ¿Qué pasó justo en el momento?, ¿Hubo momentos/periodos durante los cuales el comportamiento fue más intenso o problemático?, ¿Había ocurrido en otras ocasiones?, ¿Conoce a otras personas/familiares que le haya ocurrido algo similar?).*

#### 6) Impacto del comportamiento problemático o síntomas:

Valoraremos el impacto que supuso en la vida de la persona y en su entorno y cómo fue la capacidad de adaptación por parte de todos, anotando los cambios que se tuvieron que realizar a raíz de la aparición de los comportamientos o síntomas.

Centrándonos en el impacto actual de estos comportamientos o síntomas, abordaremos preguntas sobre la situación actual de estas conductas.

*(Ej. ¿En qué ha afectado todo esto?, ¿Cuánto interfieren los comportamientos o síntomas en el funcionamiento diario de la persona y de quienes están a su alrededor?, ¿El impacto o peor funcionamiento está presente en uno o en varios entornos?, ¿Qué cosas cambiaron en el día a día?, ¿De qué manera afectó a horarios, trabajo o relaciones?, ¿Cómo*



*¿fueron y son vividos estos cambios por parte de las diferentes personas?, ¿Cómo se maneja y afronta esta situación en la familia y en otros contextos de la persona?, ¿Qué expectativas hay?, ¿Los cambios se consideran duraderos o transitorios? En una escala de 1-10, ¿en qué punto de gravedad se sitúa este problema?).*

## 7) Valoración de riesgo:

Valoraremos el riesgo potencial y la manera en que puede afectar o dañar a la propia persona, a quienes le rodean o al entorno (ej. descuido personal, autolesión o suicidio, explotación y acoso por parte de otros, daño a otros o actividad ilegal).

*(Ej. ¿Qué tipo de riesgos puede haber?, ¿Se presentaron estas conductas previamente?, ¿Cómo fueron estas conductas y qué consecuencias tuvieron?, ¿La persona tiene ideas de muerte recurrentes o pensamientos sobre el suicidio?, ¿Ha intentado alguna vez hacerse daño intencionadamente?, ¿Existe algún factor estresante que puede influir?, ¿Qué recursos pueden ayudar a la persona en esos momentos?).*

Para recopilar esta información se pueden utilizar escalas específicas para la evaluación de riesgos, de los desencadenantes, los momentos en que los comportamientos o síntomas se presentan con mayor frecuencia e intensidad.

*(Ej. ¿Cuándo es más probable que ocurra el comportamiento o síntoma?, ¿Qué puede suceder previamente?, ¿Qué sucede en esos momentos?, ¿Dónde se encuentra la persona?, ¿Qué día de la semana o momento del día es?, ¿Con quién está?, ¿Le agradan o le importan estas personas?, ¿Cómo la tratan?, ¿Qué está haciendo la persona?, ¿Y los demás?, ¿Por qué la persona no disfruta de estos momentos?, ¿La persona está a solas?, ¿Por qué la persona no está bien sola?).*

En función de la valoración, le ayudaremos a buscar la ayuda o apoyo apropiado, no debemos de olvidar que además de un diagnóstico las personas se tienen que “llevar” algo que mejoren su día a día.

## 8) Análisis del contexto donde no aparece el comportamiento problemático o síntomas:

En caso de ser necesario, solicitar si pueden darnos información objetiva o hacer un análisis funcional sobre las conductas que preocupan. Por otro lado también es necesario saber cuáles son las excepciones de su comportamiento, indagando y recopilando información detallada sobre lo que sucede (ej. lugares, momentos, circunstancias) cuando los comportamientos o síntomas no se presentan.



(Ej. *¿En qué momentos o situaciones los comportamientos /síntomas no están?, ¿Cuántas veces en el último mes no se presentó el comportamiento/síntomas?, ¿Qué sucede en esos momentos?, ¿Dónde se encuentra la persona?, ¿Qué día de la semana o momento del día es?, ¿Con quién está?, ¿Le agradan o le importan estas personas?, ¿Cómo la tratan?, ¿Qué está haciendo la persona?, ¿Y los demás?, ¿Por qué la persona no disfruta de estos momentos?, ¿La persona está a solas? ¿Por qué se cree o por qué dice la persona que se siente bien?, ¿Por qué le pueden ayudar estos momentos?*).

## 9) Estrategias e intentos de mejora:

Seguramente la persona ha mostrado estos comportamientos o síntomas durante mucho tiempo y haya desarrollado estrategias de manejo que en alguna ocasión fueron útiles para la persona o para las personas de su entorno, por ello pediremos que identifiquen los momentos en que la persona o su entorno consiguieron manejar los comportamientos o síntomas de manera positiva y los mecanismos de afrontamiento utilizados.

(Ej. *Hasta hoy, ¿qué funcionó o resultó útil en el pasado para que la persona se sintiese mejor?, ¿Qué hizo exactamente la persona y/o los que estaban a su alrededor?, ¿De qué manera influyó?, ¿Se volvió a intentar?, ¿Qué puede dar tranquilidad a la persona?*).

## 10) Establecer jerarquía de prioridad en la intervención

En general, las personas pueden presentar más de una dificultad que requiera de consulta, por lo que es necesario priorizar la intervención en términos de gravedad, urgencia e interés de la persona y de su familia haciendo una jerarquía de preocupaciones y establecimiento de objetivos.

(Ej., *¿Por dónde te gustaría empezar?, ¿Qué resulta más urgente?, ¿Qué sería más fácil de atajar?*).

## 11) Explorar motivación al cambio:

Exploraremos su motivación, disposición y expectativas para el cambio. En ocasiones, a pesar de los desafíos que deben enfrentar (pensamientos, sentimientos o dificultades que les gustaría superar), las personas pueden bloquearse a la hora de iniciar los cambios, por ello es importante comprender esto y ofrecer un encuentro en otro momento, tomando el tiempo necesario para establecer una alianza y relación de confianza con la persona. Se pueden utilizar técnicas como la “entrevista motivacional” para facilitar la aceptación, manejar las resistencias y apoyar la autodirección de la persona.



*(Ej. El día que nos despedamos podemos preguntarle ¿qué te gustaría contar el próximo día?).*

Durante la entrevista es posible que se muestren emociones (ej. miedo o irritabilidad) y cambios en la comunicación (ej. tartamudeo o mayor velocidad del discurso) que no sean habituales en la persona sino que respondan a la incomodidad de la situación. Asimismo, también es posible que no se observe ninguno de los comportamientos o síntomas referidos, aunque sí se experimenten en otros entornos o contextos, observando de esta manera la importancia que tiene el entorno y su adaptación en estos. Para valorar la etiología de los comportamientos o síntomas, en caso de detectar posibles factores desencadenantes en el entorno, primero se realizarán los cambios y modificaciones en el entorno que se consideren y, después, se volverán a evaluar dichos comportamientos o síntomas, de cara a saber si esta intervención fue suficiente o si es preciso incorporar otro tipo de apoyo o si se debe realizar otro tipo de evaluación.

## *12) Funcionamiento en el día a día:*

Si en una primera entrevista hemos abordado la sintomatología y preocupaciones que mostraba, en una **segunda entrevista podemos abordar aquellos aspectos de su funcionamiento en el día a día** tanto a nivel conductual como emocional (funcionamiento habitual-línea base). Será necesario conocer cómo es el funcionamiento, actitudes, expresión emocional y comportamiento habitual de la persona (nivel de energía, actividades, hábitos, habilidades y destrezas, comunicación y lenguaje, relaciones, etc.) para valorar la situación actual, la persona tendrá que describir lo que hace durante un día cualquiera, desde que se levanta hasta que se acuesta (ej. horarios, actividades, personas con las que está... “¿Cómo es un “día normal” en tu vida?”). Valoraremos el nivel de ocupación diaria, la estructura y organización del día, el tipo de actividades que realiza y el acceso a actividades gratificantes. En esta descripción pueden contemplarse los cambios que se dieron desde el inicio de los comportamientos o síntomas. Es positivo contar con registros y evaluaciones previas sobre el comportamiento y estados de ánimo de la persona, sobre todo en el caso de personas con Discapacidad Intelectual asociada, recopilando diferentes registros y evaluaciones que ayudarán en la evaluación (ej. registros de problemas de conducta, incidencias o evaluaciones de calidad de vida).

- Historia clínica de salud personal y familiar. Conocer el historial de salud de la persona y de su familia podrá orientar sobre una posible vulnerabilidad, facilitando la realización de



evaluaciones más específicas y orientando en un posible diagnóstico diferencial. Para ello recopilaremos información sobre los antecedentes de la familia nuclear y extensa sobre trastornos del neurodesarrollo (ej. retrasos evolutivos del lenguaje, dificultad atención, dificultad hiperactividad), síndromes genéticos y problemas de salud física y mental, antecedentes médicos, enfermedades médicas o genéticas de la persona, dificultades motoras y sensoriales (especialmente, auditivas y visuales), trastornos neurológicos (ej. epilepsia o dispraxia). Incorporaremos los resultados de las revisiones médicas realizadas, historia evolutiva y de desarrollo de la persona, información sobre el desarrollo motriz, comunicativo y social, así como información sobre el sueño, la alimentación o el control de esfínteres. La información desde los primeros años hasta la actualidad podrá ayudar a comprender la situación actual. Es posible que la persona haya realizado consultas y tratamientos anteriores, por lo que necesitaremos obtener información e informes sobre diagnósticos previos y la respuesta de la persona a diferentes tratamientos o intervenciones, qué recursos usa o usó la persona, y obtendremos información de los recursos sanitarios, sociales, laborales y educativos a los que asista la persona si esta nos autoriza. Por último intentaremos entender en qué momento personal se encuentra, preguntando sobre el conocimiento de su condición; cuándo y cómo la persona sospechó tener el diagnóstico de TEA (ej. en la infancia de manera temprana o después de un largo recorrido por diferentes servicios, fruto de un proceso diagnóstico o como un comentario sin mayor explicación por parte de un o una profesional) ayudará a comprender su percepción sobre su condición. En caso de no conocer el diagnóstico hasta la edad adulta, valoraremos el impacto que pudo tener en la persona (ej. creencias distorsionadas, sentimientos de ira, tristeza o de estar “fuera de lugar”, interpretación y atribuciones de experiencias pasadas, aceptación o rechazo ante el diagnóstico, tratamientos en base a diagnósticos erróneos, etc.).

- Historia personal y familiar. El conocimiento de la persona y los diferentes entornos y contextos en los que se maneja en su día a día será fundamental a la hora de plantear lo que puede estar afectando a su bienestar. Empezaremos recopilando información sobre su situación familiar y los diferentes entornos de referencia para la persona, el rol y desempeño de la persona en cada uno de los entornos, desafíos encontrados y apoyos de que dispone. Sabemos que los adultos con TEA tienden al aislamiento y tienen una red social muy reducida con poco apoyo, por lo que necesitaremos información sobre la familia y redes de apoyo, por ello un recurso como el genograma familiar puede ser útil para visualizar las personas relevantes en la vida de la persona, los diferentes apoyos con que cuenta en los diferentes círculos de privacidad o círculos sociales, así como la intensidad y privacidad de dichas



relaciones. La cultura familiar, será importante ya que es muy relevante para averiguar el funcionamiento diario de la persona, esto incluye la información sobre los hábitos, rutinas y dinámicas propias de la familia (ej. estilo más introvertido o extrovertido, amplias o limitadas redes sociales), costumbres, valores, creencias, religión e interpretación sobre lo que está sucediendo (ej. lenguaje que utilizan para describirlo y respuestas que dan). Esta información facilitará un planteamiento acorde con la historia de la persona y las actuales circunstancias. Muchas mujeres con TEA acuden a los diferentes recursos comunitarios rozando la indigencia, y la situación laboral tanto de mujeres como hombres suele ser muy pobre, por lo que evaluaremos sus condiciones de vida, cómo es la vida de la persona, dónde y de qué manera vive, ya que permitirá detectar posibles problemas psicosociales, considerando las relaciones actuales y pasadas, las circunstancias financieras o cualquier otro acontecimiento que pueda resultar estresante y estar influyendo en la situación actual. También es frecuente que tengan pensamientos rumiativos sobre sucesos negativos vividos como traumáticos, por lo que recopilaremos eventos o experiencias del pasado, valorando los eventos que pudieron resultar estresantes o potencialmente traumáticos para la persona (ej. alguna pérdida, cambio de actividades, recursos o personas de apoyo, acoso escolar o laboral, situaciones de abuso, contenciones físicas...). Deberemos registrar todos los cambios que hayan sucedido en los diferentes entornos, por mínimos que parezcan y valorar una posible asociación entre las experiencias vividas y el estado emocional, pensamientos o miedos actuales

(Ej. ¿Hubo algún cambio o situación novedosa en la vida de la persona?, ¿Alguna circunstancia que recuerde?, ¿Ha ocurrido algo que fue desagradable, estresante o traumático?, ¿Ha pasado algo que le hizo tener pesadillas?, ¿Sucedió algo en lo que después no quería pensar e intentaba evitar situaciones que se lo recordasen?).

- Valoración del estado de salud (examen físico completo). En caso de sospecha de un problema de salud mental, la primera opción que se debe descartar es la existencia de un problema de salud física, puesto que podría provocar síntomas que pueden ser interpretados como psiquiátricos o agravar un problema de salud mental previo. Indagaremos sobre el estado de salud y bienestar general de la persona, cuando una persona no se siente bien es frecuente presentar un cambio en su humor o un comportamiento diferente.

(Ej. ¿Puede la persona estar enferma?, ¿Está cómoda?, ¿Se está respondiendo a un posible malestar físico?, ¿Padece de estreñimiento?, ¿Puede tener un dolor dental?, ¿Algún dolor de otro tipo?, ¿Tiene alergias?, ¿Tiene historial de condiciones médicas?, ¿Está



tomando alguna medicación?. Si se autolesiona, ¿de qué manera?, ¿Cómo es su apetito?, ¿Duerme bien?).

Durante la entrevista se pueden observar posibles signos de ansiedad como la calvicie secundaria por tirones de cabello o las lesiones cutáneas debidas a rascarse la piel. Además, podrán observarse otros signos que sugieran evaluaciones específicas como puede ser la evaluación de tiroides, en base a la presencia de una tiroides palpable o el cabello fino; la evaluación de un posible síndrome genético, en base a características físicas; así como efectos secundarios a medicaciones, en base a la observación de ataxia de la marcha o dificultad para caminar y distonía o movimientos involuntarios.

En la evaluación del estado de salud, si el médico lo considera, se podrá realizar una exploración física completa y un examen médico riguroso, en función de cada caso, para descartar: problemas de audición y visión, enfermedades tiroideas, dolor de cabeza o migrañas, condiciones de origen cardiogénico (para diferenciar de epilepsia), infecciones (urinarias, dentales, otitis, por helicobácter pylori...), problemas gastrointestinales (estreñimiento, reflujo...), déficits nutricionales, intolerancias alimentarias, alergias y trastornos endocrinos y metabólicos, posible epilepsia no diagnosticada (o actividad epileptiforme subclínica), etc.

Será positivo valorar circunstancias como la privación del sueño, el consumo de alcohol u otras drogas, la fatiga o el estrés, igualmente, puede revisarse la coincidencia de posibles comportamientos o síntomas con momentos que impliquen cambios bruscos de temperatura (ej., la ducha o las comidas) o la exposición a pantallas o luces intensas o parpadeantes.

También debe considerarse el potencial efecto epileptógeno de antidepresivos y antipsicóticos, contemplando la posibilidad de que una crisis epiléptica fuese interpretada como un problema de conducta y, al ser tratada con antipsicóticos para la “mejora conductual”, incremente su frecuencia. Si la epilepsia ya está diagnosticada tendremos que revisar los registros de crisis (analizar los días y momentos en que se dan con mayor frecuencia) y el historial de medicación, valorando posibles efectos secundarios y el cumplimiento del tratamiento farmacológico (ej. descartando posibles suspensiones en el fin de semana para poder consumir alcohol).



Cualquier problema médico, así como los efectos secundarios de fármacos que puedan afectar al estado de ánimo de la persona deben ser tratados previamente antes de abordar un proceso de salud mental. Las medicaciones pueden causar efectos secundarios o reacciones paradójicas, ser incompatibles entre ellas o requerir de una determinada pauta o consideración en su administración. Debemos de conocer las medicaciones y posologías actuales y sus posibles efectos secundarios, revisar las medicaciones que estuvo tomando la persona, contrastando esta información con el inicio de los síntomas y con los registros diarios, si se dispone de ellos (ej. registros de conductas, sueño o defecaciones), registrar todos los cambios en relación a la posología y al modo de administración (ej. horarios o tomas con las comidas), considerar también posibles respuestas idiosincrásicas a la medicación y recopilar información para conocer cómo es el hábito de la persona en relación a la toma de medicación y registrar el uso de complementos alimenticios, vitaminas o preparados con hierbas y plantas, de cara a valorar su posible repercusión o interacción.

Otros aspectos a tener en cuenta para la realización de historia clínica en adultos y que debemos evaluar es si existen las siguientes características:

- Alteraciones en la percepción (hipo, hipersensorial).
- Alteraciones en el reconocimiento y expresión emocional (alexitimia). Severa falta de expresividad facial relacionada con una grave desregulación y alteración emocional con pocas competencias para gestionar respuestas emocionales.
- Alteraciones en la empatía (reconocimiento emocional en otras personas).
- Autoestima baja. Generalmente, las personas con TEA presentan una visión o creencias negativas sobre sí mismos.
- Alteración en el reconocimiento de sus propios pensamientos (pensamientos todo-nada) y reconocimiento de los pensamientos en las otras personas (empatía cognitiva, cognición social).
- Posibles dificultades en la integración de información social múltiple (malinterpretación de la información).
- Posibles dificultades en el procesamiento segmentado de información: dificultades en la abstracción y generalización.



- Posibles dificultades de pensamiento concreto (atención en el detalle).
- Alteración en la memoria episódica autobiográfica (rumiaciones obsesivas repetitivas sobre un suceso pasado relacionados con cuadros emocionales que incrementan con ansiedad y estrés).
- Dificultades en la función ejecutiva: rigidez cognitiva, dificultades de flexibilidad cognitiva, dificultades de organización, planificación y atención al detalle.
- Descontento con su identidad, el reconocimiento y la aceptación de una identidad diferente a la esperada socialmente o un posible sentimiento de frustración al respecto, aunque la mayoría no tienen conflicto con su género y lo viven de forma fluida, no siendo más de un 60% heterosexuales, sobretodo en el sexo femenino.
- Mayor variabilidad psicoafectiva y de transexualidad sin disforia. No se sienten mal con su cuerpo, ni con su identidad, sienten menos presión social que las personas transgénero sin TEA.
- Alteraciones de la conciencia de uno mismo: desarrollo de la autoconciencia de su propio cuerpo, de la diferenciación de la otra persona, de su propia identidad, de la percepción y expresión emocional, del reconocimiento y conciencia de sus cogniciones.
- Discrepancias entre capacidad cognitiva y funcionamiento.
- Dificultad en iniciar o mantener relaciones sociales con altos niveles de ansiedad cuando se llevan a cabo. Tendencia al aislamiento y a una pérdida de red social.
- Problemas para obtener o mantener un empleo.
- Mala gestión del tiempo libre, ya que en el 25 % de los adultos con autismo sin discapacidad intelectual no tienen actividad de ningún tipo durante el día, incluso menos que aquellos comórbidos con discapacidad intelectual.
- Conducta estereotipada (rígida y repetitiva) en el pasado o en el presente, ya que suelen desaparecer o disminuir con la edad.
- Resistencia al cambio.
- Intereses restrictivos.



- Experiencias de acoso, intimidación o victimización, como el bullying o el abuso físico, sexual, emocional o financiero, los cuales pueden tardar en identificarse debido a posibles sentimientos de vergüenza o culpabilidad.
- Contactos actuales o previos con servicios de discapacidad o salud mental.
- Historia de alteración del neurodesarrollo incluyendo TDAH, alteración del aprendizaje o trastorno mental.
- Aceptación y comprensión del autismo, tanto por parte de la propia persona como por parte de los demás .
- Sintomatología durante eventos vitales estresantes, cuál es su topografía.
- Camuflaje de síntomas. Estrategias conscientes e inconscientes destinadas a paliar y compensar dificultades en el ámbito social (copiar conductas de personajes de libros y televisión, copiar conductas de personas de su círculo social, forzar una determinada forma de ser).
- Comorbilidad con otros trastornos.

## 2.1.2 Historia clínica en niños

Como hemos comentado anteriormente deberemos de estar atentos a las características del desarrollo dependiendo de la edad del niños, por ejemplo en el primer año prestaremos atención a alteraciones sensoriales y su psicomotricidad, ya que los síntomas en comunicación social son sutiles en esta etapa.

En el segundo año pondremos el foco en alteraciones en comunicación social, comunicación no verbal, interés social, iniciaciones y respuesta a atención conjunta al nombre, contacto ocular y conductas estereotipadas, aunque puedan no ser visibles.

A partir de los 2 años las conductas estereotipadas se consolidan en el diagnóstico de TEA, así como las dificultades en el lenguaje

## 2.1.3 Historia clínica en adolescentes

Es posible que en estas edades se haya producido una mejora de síntomas en la esfera de la comunicación social. Aún así observaremos dificultades debido al incremento de la demanda



académica, social y de autonomía en el manejo del tiempo libre, siendo consciente de las diferencias con sus compañeros. Por ello debemos recopilar información sobre su cognición social.

Suelen mostrar victimización de todo tipo, destacando ser víctimas de bullying, por ello suelen poner el foco en los episodios de su memoria más traumáticos, rumiando sobre ello y produciéndose una desconfianza social.

Aquellos que no siguen en la educación ordinaria no suelen encontrar recursos de continuidad profesional, produciéndose un aislamiento y refugiándose en su interés, teniendo conciencia de no cumplir con las expectativas familiares.

En esta edad suelen sucederse cambios corporales junto con el desarrollo psicoafectivo, siendo de vital importancia el cuidado de sus cuerpos, desarrollándose su identidad y la aceptación de uno mismo.

Suele ser frecuente la dependencia de nuevas tecnologías, conflictos con la identidad de género, sexual y conflictos con el desarrollo de su cuerpo. Por otro lado solo una minoría consume tóxicos. Todas estas conductas están marcadas por las dificultades de comprensión social, empatía y procesamiento de la información, dificultades que les producen gran estrés y crisis agudas emocionales. Si previamente a estas edades no han obtenido diagnósticos previos de TEA se suelen producir errores diagnósticos, desarrollando problemas de salud mental que se cronifican.

## 2.2 Evaluación con pruebas estandarizadas

La evaluación tendrá diferentes componentes: cribaje, evaluación específica de los síntomas de autismo, de la capacidad intelectual (aspectos cognitivos), evaluación o cribado del lenguaje, de la conducta adaptativa, sintomatología no TEA (comorbilidad del neurodesarrollo, psiquiátrica o médica), calidad de vida y exploración médica (ej. consejo genético).

En la evaluación encontraremos algún hándicap, además de la existencia de pocas pruebas específicas para la evaluación de TEA, debemos de tener en cuenta la escasa validez de los instrumentos autoinformados por adolescentes y adultos, siendo estos una ayuda pero no deberá tener mucho peso en nuestro diagnóstico. No hay instrumentos perfectos, puede ser que encontremos discrepancias entre los datos obtenidos en las diferentes pruebas pero no hay que descartarlas, ya que la discrepancia nos da información, por ejemplo sobre la acomodación de



síntomas o la percepción de padres que no observan todas las dificultades. Nuestro objetivo con la valoración será evaluar cómo la persona entiende las relaciones interpersonales, entender su forma de pensar y de relacionarse con el mundo; y determinar si esos patrones son un factor de riesgo, como la sintomatología TEA.

Podéis encontrar una relación detallada de diferentes pruebas de evaluación en la siguiente dirección: <https://aetapi.org/wp-content/uploads/2016/02/diagnostico.xls>

## 2.2.1 Pruebas de cribado

Inicialmente analizaremos qué pruebas de cribado nos aportan más información. En esta parte de la evaluación usaremos cuestionarios autoinformados por la familia. Recordamos que es importante ser cautos con los cuestionarios administrados a familiares y profesionales o autoinformes, ya que se ha demostrado que no tienen mucha validez, pueden servirnos para hacer un análisis cualitativo y tenerlo en cuenta, pero no se puede sostener un diagnóstico en este tipo de pruebas.

Podemos encontrar varios bancos de pruebas de cribado:

- Banco de instrumentos y metodologías en salud mental:  
<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>
- Catálogo de guías de práctica clínica del sistema nacional de salud (SNS):  
<https://portal.guiasalud.es/gpc/>
- Web de Equipo de Orientación Educativa de Madrid (EOEP):  
<https://www.educa2.madrid.org/web/centro.eoep.alteracionesdesarrollo.madrid>.

Algunas pruebas de cribado de TEA son:

- Modified Checklist for Autism in Toddlers (MCHAT R/F). Rellenada por madres, padres o cuidador/a. Evalúa a niños entre **16-30 meses**. La duración para rellenar el cuestionario es de menos de 10 minutos. Se puede obtener gratuitamente en la siguiente dirección [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R\\_F\\_Spanish\\_Spain.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf). Existe una variación de la prueba que se adapta al formato de entrevista.
- Quantitative – Checklist for Autism in Toddlers (QCHAT). Cuestionario a rellenar por madres, padres o cuidador/a. Engloba a niños entres los **18 - 36 meses**. Está compuesto de 25



elementos tipo Likert. Se administra en menos de 10 minutos. Es una modificación de la versión M-CHAT.

- Escalas de Comunicación y Comportamiento Simbólico (CSBS/DP). Puede ser rellenas por madres, padres o cuidador/a. Evalúa a niños de **6-24 meses** y el tiempo necesario para su realización es de menos de 10 minutos. Proporciona un perfil estandarizado de puntos fuertes y débiles en habilidades comunicativas distribuido en tres áreas, medios comunicativos, lenguaje expresivo y desarrollo simbólico.
- Agés & Stages Questionnaires (ASQ-3). El ASQ-3 es un conjunto de cuestionarios de hitos del desarrollo madurativo infantil, con 30 preguntas para cinco áreas: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y área personal-social, con los que se puede testear el desarrollo de niños de **0 - 60 meses**.
- Cuestionario de comunicación social (SCQ). Usada para evaluar niños **a partir de los 4 años y de 2 años de edad mental**. La prueba consta de dos formas: forma A en referencia a toda la vida pasada de la persona con un objetivo diagnóstico, y forma B referido a los últimos 3 meses y cuyo objetivo será evaluar mejora. Evalúa problemas de interacción social, dificultades de comunicación y conducta restringida, repetitiva y estereotipada.
- Childhood Autism Spectrum Test (CAST). Prueba de screening administrada a familias o cuidadores de niños de **4 a 11 años**. Consiste en ítems de respuesta cerrada (SI/NO).
- Tabla de desarrollo Haizea-LLevant. Es un instrumento de detección o cribado, cuya finalidad es detectar dificultades o riesgos con respecto al desarrollo cognitivo, lingüístico, social y motor. Consta de dos tablas, en una se reflejan los hitos del desarrollo acorde a una edad y área determinada y otra en la que se detallan signos de alerta. Aborda a niños de **0 a 5 años**.

## 2.2.2 Pruebas específicas para evaluar TEA

Entre las pruebas específicas para verificar los síntomas de autismo encontramos el **ADI-R** que es una entrevista a padres y la prueba de observación **ADOS-2**. También existen otras posibilidades como la escala de observación **CARS-2** o **ACACIA**, una prueba similar al ADOS-2.

- Entrevista Diagnóstica de Autismo-Revisada (ADI-R). Es una entrevista estructurada para familias que sondea características de autismo, abordando vínculos sociales, comunicación, y



conductas ritualizadas o perseverantes. Se puede usar para evaluar a **niños de edad mental de más de 24 meses**. El tiempo necesario para realizarla es entre 90-150 minutos.

- La Escala de Observación Diagnóstica del Autismo–Genérica (ADOS-2). Es una valoración semi-estructurada que aborda **niños de 12 meses de edad mental en adelante** y consiste en la observación de cinco módulos de 14 actividades. Cada módulo incluye actividades dirigidas a evaluar la interacción social recíproca, el juego, la conducta estereotipada, los intereses restringidos y otras conductas, evaluando desde los niños en edad preescolar no verbales hasta las personas verbales adultas. Su administración lleva aproximadamente de 40 a 60 minutos. **Para su utilización es necesario entrenamiento y formación previa**. Es la prueba más usada para obtener información de cara a elaborar un diagnóstico, si bien es complementaria, ya que esta prueba tiene una sensibilidad del 62%, dejándose un 38% fuera de diagnóstico, por ello se suelen relajar criterios, sobretodo en perfiles de personas infradiagnosticadas, como niños con desarrollo cognitivo correspondiente a su edad cronológica, adultos sin discapacidad intelectual y mujeres. Por ello se recomienda bajar el punto de corte de dos puntos en la parte de dimensión social, comunicación y conductas estereotipadas. En adultos debemos de estar atentos y no ofrecer ayudas durante la aplicación de esta prueba debido a la rápida capacidad de aprendizaje que pueden tener las personas con TEA con las capacidades cognitivas preservadas. Por otro lado es necesario tener en cuenta que esta prueba no discrimina bien entre niños o personas con Discapacidad Intelectual con edad mental menor a 15 meses de edad.
- ACACIA. Valora la competencia comunicativa, social e interpersonal en niños y adolescentes con bajo nivel de funcionamiento y comunicación no verbal a través de un guión estructurado de interacción. Ofrece datos para la diferenciación diagnóstica entre autismo con discapacidad intelectual y discapacidad intelectual sin autismo. Está dirigida a niños y niñas con escasas o nulas competencias en nivel de lenguaje expresivo funcional, **desde los dos años y con una edad global de desarrollo inferior a 3 años**.
- CARS-2. Es un cuestionario estructurado de 15 ítems completado después de recopilar información de una variedad de personas y situaciones, pudiendo usarse también como un instrumento de observación clínica. Cada uno de los 15 ítems consta de una escala de puntuaciones que indican la tipología e intensidad de su conducta. Existen diferentes versiones: **CARS 2 ST** destinado a personas **menores de 6 años de edad** y aquellas con dificultades de comunicación o coeficientes intelectuales estimados por debajo del promedio, **CARS2-HF** una alternativa para evaluar a **personas verbalmente fluidas desde 6**



**años de edad** con puntajes de coeficiente intelectual superiores a 80 y **CARS2-QPC** destinada a **niños de más de 2 años**, a rellenar por padres y profesores sin puntaje que recopila información para complementar con las calificaciones de CARS2ST y CARS2-HF.

- Faux Pas Test. Diseñado para niños de entre **7 y 11 años**. Consta de una serie de historias en las que posteriormente una vez contadas, el niño tiene que responder a determinadas preguntas sobre la historia. Las puntuaciones obtenidas nos dan información sobre su sensibilidad social y de cómo se relaciona socialmente. También **existe una versión para adultos**.
- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI). Está escala destinada a **adolescentes y adultos**, diferencia entre empatía cognitiva y afectiva, desgranando las puntuaciones en cuatro: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y angustia personal. El análisis cualitativo será importante teniendo en cuenta que la parte de fantasía hace referencia a la identificación de la persona con personajes de películas, ficticios, novelas... y cómo estas pueden ayudar al enmascaramiento de los síntomas en sus relaciones sociales.

## 2.2.3 Evaluación de la inteligencia

Entre las opciones para valorar la inteligencia encontramos :

- Inventario de desarrollo de Battelle, (BDI-2). La administración de este test está enfocada para valorar el desarrollo general. Engloba a niños desde su nacimiento **hasta los 7 años y 11 meses**. Evalúa cinco dominios globales: personal-social, conducta adaptativa, motor, comunicación y habilidades cognitivas; divididos en 13 sub-dominios. El pasaje de la batería completa conlleva unos 60- 90 minutos, mientras que la prueba de cribado dura entre 10-30 minutos.
- Escala de rendimiento Leiter internacional (Leiter-3). Es muy útil usarla cuando la persona no tiene habla. Es completamente no verbal, ya que está diseñada para personas con retraso cognitivo, con problemas de audición o de habla, o con autismo. Carece de prejuicios culturales y abarca **desde los 3 años hasta la edad de 75 años**. Cubre 2 áreas principales: inteligencia cognitiva-fluida y atención-memoria organizada en 10 sub-pruebas, además hay una escala de evaluación socio-emocional complementaria. La aplicación dura entre 20-45 minutos.
- Escala Bayley de desarrollo infantil. Se suelen utilizar para **niños con un desarrollo infantil desfasado o para niños con edad mental inferior a los 3 años y 5 meses**. Proporcionan



información relevante para conocer el nivel de desarrollo y para elaborar programas de apoyo. La escala completa cubre 5 dominios: cognitivo, lenguaje, motor, socio-emocional, comportamiento adaptativo y una versión de cribado que cubre las habilidades cognitivas, de lenguaje y motrices. El pasaje de la escala completa lleva unos 30-90 minutos.

- Test Brunet-Lézine. Valora cuatro áreas de desarrollo distribuido en niveles de desarrollo del niño **desde 1 hasta 30 meses**. Tiene materiales prácticos, con tareas fáciles de entender y un número de pruebas que ayudan a que el peque acumule poco cansancio.
- Escalas Wechsler. Son **varias escalas ajustadas a la edad de evaluado**. La Escala de inteligencia de preescolar y primaria Wechsler está destinada a niños verbales y comprende a dos grupos de edad: de 2 años y 6 meses a 3 años 11 meses, y de 4 años a 7 años y 7 meses. Genera un coeficiente intelectual global y proporciona tres puntuaciones primarias: índice de comprensión verbal, índice espacial visual para el primer grupo de edad e índice de velocidad de procesamiento para los niños más mayores. El tiempo de aplicación es de 30-45 minutos para el modulo más joven y 45-60 minutos para el mayor.

Para niños a partir de los 6 años y hasta los 16 años y 11 meses hay otra versión de la Escala Wechsler V, siempre y cuando la persona tenga lenguaje (necesario no sólo para la ejecución de muchas subpruebas, sino también para comprenderlas). Genera un coeficiente intelectual global que representa la capacidad intelectual general del niño. También proporciona cinco índices primarios: el índice de comprensión verbal, el índice espacial visual, el índice de razonamiento fluido, el índice de memoria de trabajo y el índice de velocidad de procesamiento. El tiempo de pasaje es de 45-65 minutos dependiendo de las subpruebas que se pasen.

También hay una versión para adultos verbales, Wechsler IV, en concreto para edades de 16-90 años de edad. Genera un coeficiente intelectual global y hay cuatro índices que representan los principales componentes de la inteligencia: índice de comprensión verbal, índice de razonamiento perceptual, índice de memoria de trabajo e índice de velocidad de procesamiento. El tiempo que se necesita para realizarla es de 60-90 minutos .

- Merril-Palmer Scale. Se aplica a niños de **18 a 78 meses**. Hay una parte de aplicación individual y otra de autoinforme dirigida a padres o tutores. Utiliza unos materiales muy atractivos para las personas con TEA. Evalúa las áreas: cognitiva, motora, adaptación, lenguaje, la comunicación, y comportamiento socioemocional. El tiempo de pasaje es alrededor de 45 min.



- McCarthy. Batería de tareas atractivas que evalúa habilidades cognitivas y psicomotoras distribuidas en seis escalas para **niños de 2 años y 5 meses a 8 años**. Muy utilizada en el campo educativo.
- Batería ABC de Kauffman. Batería para el diagnóstico de la inteligencia en un rango de edad de **2 años y 5 meses hasta 12 años y 5 meses**. Aporta resultados con trascendencia educativa y es fácil de aplicar.

## 2.2.4 Evaluación de la conducta adaptativa

En cuanto al testeo de habilidades o conducta adaptativas podemos usar:

- Sistema de Evaluación de Comportamiento Adaptativo (ABAS-II). Aborda a personas desde el **nacimiento hasta 89 años**. Existen diferentes versiones para niños de 0 a 5 años, de 5 a 21 años y de 16 a 89 años. Se compone de un formulario para padres o tutores (0 a 5 años), otro formulario para maestros o tutores (2 a 5 años), un formulario para padres (5 a 21 años) y otro formulario para maestros (5 a 21 años). También tiene un formulario para adultos. Abarca los ámbitos conceptual, social y práctico, evaluando 11 áreas de habilidades de adaptación con una duración de 15-20 minutos. Está disponible en tres formatos: online, software e impreso en papel.
- Escala de Conducta Adaptativa de Vineland (VABS III). **Está destinada para las personas con trastornos del neurodesarrollo y comprende desde el nacimiento hasta los 90 años**. El formulario para profesores comprende a niños de **3 a 21 años**. La administración de las tres áreas obligatorias dura unos 30 minutos (20 minutos para el formulario de entrevista y 10 minutos para el formulario de padres, cuidadores, profesores). Existen tres versiones disponibles de las escalas Vineland: un formulario de reconocimiento, usado como herramienta de diagnóstico y clasificación para niños y adultos, un formulario ampliado para usar con fines de planificación educativa, siendo la más usada en personas con TEA, y una edición para ser usada por profesores. Ofrece una estimación del desarrollo adaptativo en los dominios de socialización (relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, y habilidades de imitación), actividades de la vida diaria (habilidades personales, domésticas y comunitarias), habilidades motrices (motricidad gruesa y fina), comunicación (comunicación receptiva, expresiva y escrita) y dos áreas opcionales: habilidades motrices y conductas de inadaptación, con habilidades ordenadas evolutivamente en cada área. La administración se puede hacer de forma digital o en papel y se obtienen puntuaciones estandarizadas,



percentiles, niveles adaptativos y edades equivalentes. Es una prueba muy usada para valorar el cambio y la efectividad de la intervención realizada.

- I.C.A.P. Consta de 77 ítems y evalúa destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas para la vida personal y destrezas de la vida diaria. Es rellenada por una persona muy cercana al niño o al adulto. Abarca a personas de **0 a 40 años** y su aplicación dura alrededor de 30-45 minutos.

## 2.2.5 Evaluación de habilidades lingüísticas

Las habilidades lingüísticas será otro aspecto relevante a valorar para hacer diagnóstico diferencial en TEA. Entre otras pruebas encontramos:

- Test Peabody. El objetivo de esta prueba es evaluar el vocabulario receptivo y realizar un screening de aptitudes del lenguaje. Se puede pasar **desde los 2 años en adelante.**
- Escalas Reynell de Desarrollo del Lenguaje. Proporcionan información tanto cuantitativa como cualitativa del lenguaje comprensivo y del expresivo. Se aplican a niños de **1 a 7 años.**
- Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA). Analiza de forma muy detallada los procesos de comunicación que influyen en el aprendizaje, está acompañada por material visual y abarca desde los **3 a los 10 años.**
- Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisada PLON-R. Abarca de los **3 a los 6 años** y evalúa el lenguaje desde todos sus niveles: uso, sintaxis-morfología, fonología y contenido.

## 2.2.6 Evaluación de comorbilidad del TEA con Trastornos de Salud Mental

La comorbilidad de Trastornos de Salud Mental con TEA es muy frecuente. Un gran handicap para evaluar esta comorbilidad es la inexistencia de instrumentos diagnósticos o de screening en salud mental para personas diagnosticadas de autismo. Después de una buena historia clínica, veremos las dificultades y desde ahí decidiremos qué instrumentos usaremos dependiendo de la edad, género o posibles comorbilidades.

A través de la historia clínica y de las pruebas estandarizadas exploraremos sintomatología, como por ejemplo la tristeza, apatía, perfeccionismo, sentimientos de inferioridad, una pobre



autopercepción, agotamiento, ansiedad o miedos excesivos. La diferente expresión del malestar debe considerarse de diferentes formas, ya que en el caso de las personas adultas en el espectro del autismo con discapacidad intelectual asociada o con mayores dificultades de comunicación presentarán más características conductuales que manifestaciones a nivel cognitivo, pudiendo observarse la aparición o incremento de los problemas de conducta como expresión de un problema de salud mental, por ejemplo este malestar emocional se manifestará con autolesiones, irritabilidad o agresión en lugar de tristeza (apatía, anhedonia, alteraciones de sueño y alimentación).

- Suicide Behaviours Questionnaire Revised (SBQ-R). El instrumento SBQ-R está compuesto por 4 ítems con una escala Likert y evalúa comportamientos suicidas, así como la frecuencia, probabilidad y su severidad. La adaptación española está dirigida a **niños de 12 a 19 años**.
- Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD). Dirigida a niños/as entre **6-18 años** y debe ser rellenada por las madres y padres. Esta escala, que dispone de adaptación española, está diseñada específicamente para evaluar la ansiedad en personas diagnosticadas de TEA. Consta de 24 ítems tipo de Likert donde la madre, padre o cuidado/a de niños/as de 6 a 18 años contestarán con puntuaciones de 0 a 4 según la frecuencia en la que aparezca ese ítem en la conducta de su hijo/a. Se puede acceder a ella gratuitamente en: [ncl.ac.uk](http://ncl.ac.uk)
- Cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ). Se usa para detectar probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños/as de **4 a 16 años**. Consta de 25 ítem que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una. Dichas escalas hacen referencia a: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. La quinta escala hace referencia a los comportamientos positivos (escala de conducta prosocial). Las cuatro escalas que miden conductas problemáticas conforman, a su vez, una sexta escala denominada escala total de dificultades.
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Es un instrumento válido para detectar posibles casos de ansiedad y depresión. **Está dirigido a adultos** y está compuesta de 14 ítems tipo Likert en los que se puntúan de 0 a 3. También existe una adaptación española.
- Diagnostic Assessment for Severely Handycapped (DASH-II). Evaluación diagnóstica para personas con discapacidad grave **válida para niños y adultos**. Esta herramienta consta de 13 subescalas: ansiedad, depresión, trastorno maníaco, autismo, esquizofrenia, estereotipias/tics, autolesión, trastornos de eliminación, de la alimentación y del sueño, trastorno sexual, síndromes orgánicos y problemas de control de impulsos.



- Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). Serie de baterías cuyo objetivo es la evaluación para la detección de los problemas de salud mental de las **personas adultas con y sin discapacidad intelectual**. Son rellenados por una persona muy cercana al evaluado. Entre ellas encontramos el **Inventario PAS-ADD Checklist** usado para personas con discapacidad intelectual o sin discapacidad. Por otro lado el **Mini PASS-ADD**, usado **para personas con alguna alteración de aprendizaje, neurodesarrollo o discapacidad** y la **entrevista semiestructurada PASADD** realizada por un informante y la persona con discapacidad.
- Health of the Nation Outcome Scales for people with Learning Disabilities (HoNos-LD). Esta escala se estructura en cuatro áreas (conducta, cognición, problemas clínicos y actividades de la vida diaria) y evalúa los cambios en el funcionamiento general de las **personas adultas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental**.
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Escala diseñada para detectar alexitimia **en adultos** que consta de 20 items en los cuales el adulto tiene que puntuar del 1 al 6 según la frecuencia con la que cumple dicho item.

## 2.2.7 Evaluación de calidad de vida

La evaluación no solo es necesaria en la fase de diagnóstico, sino también que es muy necesaria en la evaluación del cambio y de la calidad de vida de esa persona. Entre las pruebas que nos permiten evaluar estos aspectos encontramos:

- Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual (Escala KidsLife). Evalúa aspectos personales relacionados con la calidad de vida de niños y adolescentes **con discapacidad intelectual entre 4 y 21 años**.
- Escala de calidad de vida familiar (CDVF.ER). Tiene por objetivo conocer la opinión de las familias de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo **(0-18 años)** con respecto a su calidad de vida familiar.

## 2.2.8 Evaluación médica

Siempre deberemos de recomendar una exploración médica que complemente a nuestra evaluación:



- Estudio genético. Gracias a las investigaciones etiológicas genéticas en individuos con Trastornos del Espectro Autista la evaluación genética en el grupo de TEA con discapacidad intelectual se puede identificar el TEA en un 40% de personas debido a que existe un porcentaje vinculado a la etiología.
- Recopilación de la historia familiar de tres generaciones, con especial énfasis en historial de autismo y otros trastornos del desarrollo neurológico, rasgos psiquiátricos o neurológicos.
- Examen físico: exploración de características dismórficas, parámetros anormales de crecimiento (incluyendo el perímetro cefálico), examen de la piel y anomalías neurológicas. En caso de sospecha de un síndrome o trastorno metabólico, se derivaría a un especialista apropiado y/o a una prueba genética específica.
- Pruebas de laboratorio:
  - Análisis CMA (microarrays cromosómicos), si no está disponible, es aconsejable realizar un cariotipo.
  - Análisis del cromosoma X frágil para todos los hombres y mujeres si se sugiere un historial de herencia de discapacidad intelectual; especialmente si la cabeza es grande, la mandíbula prominente, las orejas grandes, hay laxitud de los ligamentos y, en los hombres, los testículos son grandes después de la pubertad.
  - Prueba del gen MECP2 para el síndrome de Rett si la niña tiene una pérdida significativa de habilidades previamente adquiridas, un crecimiento más lento de la cabeza y/o movimientos de la mano en la línea media.
  - Prueba del gen PTEN en casos de macrocefalia marcada y en chicos con máculas pigmentadas en el pene. Si estos estudios no revelan una etiología y hay características dismórficas, deterioro intelectual severo o moderado y/o un retraso significativo en el lenguaje, se realizarán pruebas genéticas avanzadas como la secuenciación del Exoma Completo (WES), pronto será reemplazada por la Secuenciación del Genoma Completo (WGS).



## 2.3. Informe de evaluación y devolución de información

Una vez realizada la valoración se realizará un informe detallado. A modo de sugerencia el informe puede seguir el siguiente esquema:

1. Datos personales
2. Demanda
3. Historia personal de desarrollo
  - a. Desarrollo en diferentes contextos (familiar y escolar)
4. Proceso de evaluación
5. Interpretación de datos y orientaciones
  - a. Funcionamiento intelectual
  - b. Competencia de lingüísticas
  - c. Desarrollo simbólico
  - d. Habilidades adaptativas
  - e. Consideraciones psicológicas y emocionales
6. Diagnóstico y conclusiones
7. Materiales y bibliografía

Es importante la forma en la que abordemos la devolución de dicho informe a la familia. Éste es uno de los momentos más delicados de la evaluación, es el momento en el que las ilusiones y los miedos de la familia se enfrentan con la realidad de su hijo. Dada la importancia de la ocasión, requiere que busquemos un momento en el que se encuentren los dos padres, en el que ninguna de las partes tenga prisa y que haya tiempo suficiente para que la familia puedan hacer todas las preguntas que deseen. A la hora de devolverle la información a la familia hay que ser absolutamente sinceros, especialmente claros al transmitir la información y positivos, ya que toda persona, se encuentre en la situación en la que se encuentre, generalmente mejorará si se le dan los apoyos necesarios durante el tiempo suficiente.



Los aspectos más valorados por las familias a la hora de recibir el diagnóstico de su hijo son: la cualidad de la información (comprensible, poca cantidad, poca tecnicidad de la información y facilidad para recordar la información) junto con la conducta del profesional (profesional comprensivo, entiende las preocupaciones mostradas por la familia, buen comunicador, directo y abierto a preguntas), la aceptación de sus sospechas, recibir información por escrito y poder hacer preguntas.

Es importantísimo tener en cuenta todos estos factores, puesto que un 46% de las personas a las que encuestaron en un reciente estudio no estaban satisfechas con la forma en que le comunicaron el diagnóstico de su hijo, manifestaban que se les dió información insuficiente, la información no se le dió de forma individualizada respecto a su hijo y observaron una falta de apoyo posterior al diagnóstico. Así mismo observaron ausencia de información relevante para ellos relacionadas con aspectos educativos (valorando la coordinación con el colegio), perfiles profesionales necesarios y cómo transmitir la información a sus hijos. Además hacía referencia a que solo a un 33% les habían hablado sobre intervenciones.

Por otro lado reflejaban más satisfacción cuando podían revisar la evaluación, había un tiempo de preguntas sobre el informe y si la información se le daba escrita. Por ello es importante ofrecer consultas y apoyo a la familia después de la devolución diagnóstica.

Se han identificado como buenas prácticas en la devolución de un diagnóstico TEA:

- Hacerla en positivo.
- Ofrecer información precisa sin desbordar.
- Evitar muchos profesionales en la sala.
- Ofrecer información sobre los instrumentos de evaluación.
- Abordar las fortalezas y dificultades del niño/a.
- Ofrecer información sobre asociaciones de apoyo, ayudas, derechos, tipos de tratamiento y cómo personalizar éstos.



## 3. INTERVENCIÓN

### 3.1 Tratamientos recomendados y con evidencia para niños

Las intervenciones centradas en los niños pequeños, en líneas generales, se aconseja que estén centradas en los padres y madres para facilitar el desarrollo de las habilidades de comunicación social en contextos naturales. Por otro lado se desaconseja el exceso de dirección del adulto, haciendo hincapié en: la sincronización entre el adulto y el niño, la creación de oportunidades para la atención compartida, la comunicación funcional recíproca (verbal o no verbal) y el juego espontáneo.

Si bien, existen diferentes enfoques a la hora de realizar la intervención. A continuación desglosamos cada uno de ellos.

#### **3.1.1 Intervenciones con un enfoque psicopedagógico o experimental**

Son aquellas intervenciones que se han demostrado fiables pero solo en contextos experimentales o bien los análisis de todos los estudios no han mostrado evidencia científica de forma clara.

- Modelo Floortime o DIR. Está basado en fomentar y mejorar sus relaciones sociales y desarrollo a través del juego, copiando la conducta del niño y poniéndose a su nivel. Se basa en tres componentes: el desarrollo de sus capacidades emocionales y funcionales, potenciar su individualidad según su estilo de aprendizaje, historial y perfil sensorial, y sus patrones relacionales con las personas de su entorno, produciendo poco a poco interacciones más complejas.
- Terapia de Integración sensorial. Enfatiza la relación entre experiencias sensoriales y ejecución motora, evaluando los problemas de procesamiento sensorial de los niños para ofrecerles estimulación sensorial apropiada. A través de esta terapia no se observaron cambios en la conducta vocal de los niños expuestos a la misma, ni en otra serie de aspectos, si bien son espacios amplios donde se aceptan las alteraciones sensoriales del niño como tales y se encuentran muy agusto y disfrutan, ayudando a los familiares a entender mejor a su hijo/a y a conocer un poco más cómo se relaciona con el entorno.



- **TEACCH.** Esta metodología es muy frecuente en los centros escolares y centros de atención temprana. Consiste en adaptar la clase y las tareas ofrecidas para que el niño pueda procesar la información visualmente y que sea predecible tanto el funcionamiento de la tarea como la finalización de esta. También conocido como enseñanza estructurada, tiene la finalidad de adaptar el ambiente a la persona y no a la inversa. Para ello, entre sus componentes principales se encuentran la organización física del medio, la elaboración de una secuencia predecible de actividades y el uso de apoyos visuales como pictogramas. Además, la metodología TEACCH reconoce la importancia de entrenar a la familia como coterapeutas. Llevaron a cabo una investigación en la que concluyeron que la aplicación de la enseñanza estructurada daba lugar a una mejora en la imitación, las motricidades fina y gruesa, la comunicación y el comportamiento adaptativo de los niños con autismo. También se ha observado que la implementación del programa TEACCH produce una disminución del estrés materno, lo que se traduce en un aumento de la eficacia de cualquier otro modelo de intervención que se aplique.
- **SCERTS.** Es una terapia que da importancia al entorno, teniendo en cuenta que los iguales son los mejores modelos sociales y lingüísticos. Busca priorizar la espontaneidad, el aprendizaje funcional, la comunicación y la regulación emocional. Para establecer los objetivos buscan responder a tres preguntas: ¿Es prioritario para la familia?, ¿es apropiado para el desarrollo del niño?, ¿qué diferencia generará esto en su vida?.
- **Terapia del habla y lenguaje.** También es una metodología frecuente en los centros escolares españoles, centros de atención temprana y colegios de educación especial. Su objetivo es mejorar el lenguaje y su comunicación, apoyándose de sistemas de comunicación como PECS (intercambio de imágenes) o Benson Schaeffer (habla signada).

### 3.1.2 Intervenciones con un enfoque familiar

Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que la participación de los padres de los niños con TEA en el tratamiento de sus hijos da lugar a un descenso de las conductas disruptivas, una mejora en los sistemas de crianza y a una disminución del estrés materno y paterno, como consecuencia de un aumento en su sentimiento de competencia.

- **PACT.** Con este modelo el familiar aprende por sí mismo las mejores maneras de responder y comunicarse con el niño. El objetivo no es que el niño/a adquiera hitos del desarrollo, ni realizar pautas fijadas, sino que a través del familiar, la guía del profesional y el visionado de sus videos interaccionando con el niño o niña a través del juego, podamos desarrollar por



nosotros mismos habilidades para favorecer un aumento de las interacciones, comprensión social y competencia de lenguaje del niño/a. Este modelo busca establecer una relación comunicativa natural entre el adulto y el niño, sin exigencias de hitos de desarrollo a lograr ni refuerzos a aplicar. Es un modelo muy económico ya que consiste en tutorías y visionado de videos con los padres cada 15 días, pudiendo llevarse a cabo de forma online y a distancia, ya que consiste en el análisis y visionado de vídeos de los papas jugando con el niño, interaccionando en situaciones de juego con sus padres y obteniendo de aquí unos objetivos. Tiene una sólida evidencia científica, sus resultados se mantienen pasados 6 años y actualmente está dentro del sistema de salud del Reino Unido. Se compone de 12 sesiones durante 6 meses y aborda a niños/as de 2 hasta 11 años. Este modelo es perfectamente combinable con otra intervención presencial con el niño/a. Así mismo es de los pocos métodos en los que el terapeuta debe de tener una acreditación y ser evaluado para obtenerla y llevarla a cabo.

- **IMPACT.** Es una intervención mediada por los padres centrada en conectar al niño con el juego y la interacción, y ayudar a los padres a enseñar a su hijo/a nuevas habilidades. Interviene sobre cuatro áreas prioritarias: la participación social, lenguaje y comunicación, imitación y juego. Tiene su base en el conductismo, poniendo en el centro al niño como objetivo de la intervención, ofreciendo refuerzos y consecuencias de su ejecución de las tareas. Autismo Ávila tiene editados libros para familias y profesionales con mucho contenido audiovisual complementario que se puede ver en su web.
- **HANNEN.** Es un método que busca que las familias mejoren sus habilidades comunicativas con sus hijos/as, promoviendo la comunicación y juego en situaciones naturales, usando apoyos visuales y facilitando la interacción social en actividades de la vida diaria. Tiene dos manuales en español donde los padres pueden aprender de forma autodidacta estas competencias (*Hablando nos entendemos los dos y Más que palabras*). El Programa Hanen, More Than Words, constituye un claro ejemplo de las intervenciones que consideran a la familia como un elemento clave del tratamiento. Consiste en un protocolo de intervención temprana que tiene por finalidad dotar a los padres de las estrategias necesarias para potenciar las habilidades comunicativas de sus hijos. Se trata de una combinación de sesiones individuales y grupales a través de las cuales los progenitores aprenden a convertir las actividades diarias de los menores en experiencias de aprendizaje.



## 3.1.3 Intervenciones con un enfoque conductual

Son aquellas que sobre el papel se han mostrado más efectivas antes de los 6 años, teniendo una gran evidencia y avales suficientes. No obstante, se debe aplicar en un momento muy oportuno del desarrollo. Está demostrado que durante más tiempo se realice, más beneficio se obtendrá, si bien entre una ejecución realizada por unos padres entrenados y en una intervención en clínica, no se encuentran grandes diferencias.

- Modelo DENVER. Abarca un currículo desde los 7-9 meses hasta los 4 años. Este modelo busca desarrollar la iniciativa (espontaneidad) y la capacidad para aproximarse e interactuar con otros. Ofrece un curriculum de habilidades específicas en diferentes áreas (lenguaje receptivo, lenguaje expresivo, habilidades sociales y atención conjunta, imitación, cognición, juego, motricidad fina, motricidad gruesa, habilidades de la vida diaria) partiendo de los intereses del niño con un estilo interactivo. Tienen varios manuales editados por Autismo Ávila que pueden favorecer a los profesionales el ejercicio de este método. Se diferencia con ABA en que pone especialmente el foco en: afecto positivo, comunicación basada en interacción social y comunicación no verbal como precursor de la comunicación verbal. El currículo está basado en investigación sobre el desarrollo, más que en modelos de conducta operante.
- ABA. Es una metodología que se inició en los años 70 y goza de mucho prestigio en Estados Unidos y América Latina, cuyos resultados han mostrado ganancias significativas en múltiples áreas del desarrollo, su eficacia depende de la intensidad del tratamiento, edad de la persona, etc. Un equipo de intervención ABA funciona con un analista y un equipo de terapeutas que diseñan una programación individualizada paso por paso, detallando el tiempo de aprendizaje y de generalización, midiendo el progreso en todo momento. Utilizan diferentes técnicas conductuales como el reforzamiento, enseñanza de secuencia de conducta, enseñanza de habilidades aproximándonos al objetivo, ofreciendo ayudas verbales, físicas o modelado. Se sigue un proceso de antecedente, comportamiento y consecuencia, enfocando los aprendizajes en la habilidad y reducción de conductas problemáticas. Tiene una metodología muy estructurada, y los objetivos se dividen en pasos pequeños administrando después de cada ensayo positivo objetivo un refuerzo positivo, elogio verbal... Es una metodología de alto coste económico ya que se recomienda que como mínimo la intervención sea de 24 horas semanales de intervención, aunque hay algunos equipos ABA que adaptan la metodología a las necesidades del niño y la familia, ya que existen diferentes modificaciones o variaciones de este método.



## 3.2 Habilidades y técnicas para la práctica clínica

En este módulo abordaremos cómo potenciar en niños y niñas con TEA su autonomía y hábitos de cuidado, gestionar sus necesidades sensoriales, habilidades socioafectivas, lenguaje y comunicación y desarrollo motor, cognitivo y conductual.

Nuestra intervención estará marcada por una entrevista detallada a la familia, una valoración y una lectura muy detallada de los informes que la familia tenga. Una vez marcado cuál es el punto de partida podemos empezar a generar objetivos y a fijarlos previo acuerdo con la familia. Como ayuda y base de referencia existen diferentes currículums de desarrollo que nos servirán para generar objetivos:

- 1) Currículum Carolina (0 a 2 años).
- 2) Currículum IDAT (0-4 años).
- 3) Currículum DENVER (0-4 años). Sus objetivos están divididos por diferentes áreas y está diseñado para niños diagnosticados de TEA.
- 4) Escala Haizea LLevant (0-5 años).
- 5) Guía Batelle (0-8 años).

### **3.2.1 Fomentar autonomía en hábitos, rutinas y cuidados**

Los principales objetivos de una familia de una persona con TEA suelen ser que su hijo sea capaz de desarrollar lenguaje hablado, aumentar las competencias en comunicación social e igualar su desarrollo cognitivo a su edad cronológica, pero uno de los aspectos que más estrés o bienestar familiar puede generar es el nivel de autonomía del niño: la dificultad para comer, dormir, vestirse, controlar el esfínter, tolerar el corte de pelo y uñas, poder ir a revisiones y pruebas médicas, entre otras.

Cuando decidimos intervenir en autonomía tendremos que tener en cuenta que el principal objetivo es transmitir bien la información a la familia, ya que serán ellos los que conseguirán estos objetivos, teniendo en cuenta sus circunstancias, factores temporales y valores educativos.

Para cualquier estrategia que queramos instaurar nos aseguraremos que el objetivo sea prioritario para la familia, analizaremos funcionalmente esta conducta, la dividiremos en secuencias



de pasos, y la adaptaremos a sus características individuales (preferencias sensoriales, nivel cognitivo, preferencia de procesamiento de información, forma de comunicación...). En general tendremos en cuenta diferentes procesos de enseñanza que serán comunes a muchas tareas:

- **Aproximaciones sucesivas** Se trata de ir realizando aproximaciones a la conducta a incorporar en su repertorio, por ejemplo le pediremos que coja el cepillo y luego le guiaremos por toda la boca sujetando su mano y el cepillo, retirando poco a poco ésta ayuda física.
- **Encadenamiento hacia atrás.** Otra de las maneras de enseñar este proceso, es empezar a enseñarle habilidades por el final, por ejemplo: aclarar el cepillo cuando ya hemos lavado la pasta, posteriormente sacar el cepillo la boca, mover el cepillo por la boca, echar pasta y por último abrir el bote.
- **Guía de pasos o autoinstrucciones.** Si el peque procesa imágenes podemos hacer una guía de pasos mediante fotos o pictogramas (en tira), donde marcaremos los pasos que tiene que ir haciendo.
- **Conteo.** Otra de las estrategias que podemos utilizar es ir contando del 1 al 10 o hacer una canción mientras hace esta rutina, de esta manera sabrá cuando finaliza.

Cualquier tipo de ayuda física (gesto), verbal (lenguaje) o visual (imagen) facilitará el aprendizaje del peque, pero también lo marcará la tranquilidad con la que hagamos esa rutina, lo conflictiva que sea, la influencia de aspectos sensoriales de la tarea en él, cómo transmitimos las indicaciones... No hay que olvidar que estas ayudas se deben de ir retirando poco a poco, sujetándoles cada vez menos con la mano, para pasar a guiarles posteriormente solo con toquecitos en el brazo, así hasta que tenga adquirida la habilidad y no necesite de guía física.

A continuación vamos a desarrollar pautas generales, que sirvan para tener nociones básicas e inspirar a los padres sobre cómo fomentar en sus hijos/as ciertos aprendizajes y estrategias que faciliten las rutinas del día a día. Señalar que estas orientaciones son generales, y siempre habrá que adaptarlas al niño/a en concreto.

## - **ALIMENTACIÓN**

Los niños con diagnóstico TEA con frecuencia procesan la información sensorial de diferente manera a la que estamos acostumbrados, percibiendo el mundo que le rodea de forma diferente, por ejemplo pueden escuchar ciertos ruidos con más intensidad, sentir más las cosas que tocan, o percibir los colores, formas o gustos de forma que algunos sean desagradables para ellos, esto



interfiere con una de las necesidades básicas del ser humano: la alimentación. Inicialmente haremos una evaluación funcional de su conducta mientras come. Analizaremos muy bien si el problema de alimentación se debe a algún aspecto sensorial o conductual. Dependiendo de ello usaremos un programa de refuerzo conductual u otro teniendo el objetivo de aumentar la desensibilización de ciertos sabores y/o texturas. Si la dificultad está en el procesamiento sensorial o inflexibilidad podemos hacer una lista de las comidas que sí tolera y darle variaciones de esta comida, les aconsejaremos que toque comida, que experimente con ella poco a poco, que acompañe a sus padres mientras cocinan y que meta comida en la boca de su mamá o papá. En ocasiones, con paciencia y con aproximaciones se puede ampliar el repertorio de comidas. Una sugerencia de orden de introducción de comidas en niños y niñas que no toman nada puede ser el siguiente, teniendo en cuenta que son alimentos que sensorialmente les pueden ser más fáciles de procesar: gusanitos, galletas saladas, nuggets, tortilla de patata, croquetas, patata cocida con ajo, zanahoria cocida, pescado plancha o frito, albóndigas en salsa, raviolis rellenos, arroz y pasta, fruta, filete, carne empanada, tortilla francesa, jamón york y chocolate.

Es recomendable no mezclar comidas ya que si los alimentos se presentan individualmente existe menos probabilidad de que nos lo rechacen, por ejemplo: macarrones sin nada, arroz sin nada... También estaremos atentos con qué cuchara y color del plato le presentan la comida, el sitio, si está cómodo, si puede descansar los pies, etc.

Si en cambio creemos que su dificultad para comer es de origen conductual, siempre es recomendable que no vean dibujos para comer para que sean conscientes del proceso, en el caso de que no exista otra opción intentaremos que sea mediante tablet, móvil o televisión que pueda controlar el adulto, por ejemplo mientras mastica pueden dejarle que vea los dibujos, cuando termine pueden darle al pause y le podrán dar de comer de nuevo cogiendo la mano del niño y la cuchara con su mano si es posible, y le darán al play de nuevo. Inicialmente este proceso será difícil y tardarán mucho en darle de comer, pero una vez aprendido este sistema, a la semana debería de aceptarlo, incluso comiendo varias cucharadas sin darle al play. También se puede realizar este proceso pero en lugar de usar el móvil o tablet le pueden dar algo de comer que le guste mucho entre cucharada y cucharada, para ello será importante reservar eso que le guste mucho solo para este momento.

En el caso de que muestre problemas de conducta le bajaremos al suelo y esperaremos hasta que se tranquilice o nos pida comer, poniendo la comida a su vista.



Daremos tiempo para que admita nuevos alimentos, esperando al menos una semana para probar a introducir un nuevo alimento.

Por otro lado podemos ponerle un apoyo visual, bien pictograma o cuchara dibujada, en la que iremos tachando cada cucharada por cada cucharada que coma, de esta manera el niño puede predecir cuánta comida le queda.

Otra recomendación es que siempre se coma todo el plato. Es recomendable ponerle poco y que se coma todo y luego echarle más, a que se deje comida en el plato, ya que de esta manera le será más fácil predecir el final de la comida.

Como hemos comentado antes podemos enseñarle a usar los utensilios de comida mediante encadenamiento hacia atrás, pidiéndole que saque la cuchara de la boca y la deje en el plato, después pedirle que se lleve la cuchara con comida a la boca y la deje de nuevo en el plato y después que la cargue. Durante las primeras veces intentaremos coger su mano y haremos todo el proceso con su mano, excepto las partes que queramos que haga solo.

En algunos casos la lactancia o alimentación por biberón puede ser un impedimento para incorporar nuevos alimentos, ya que están saciados y es un proceso más cómodo para ellos, además influyen en los hábitos de sueño o en otras situaciones, por ejemplo el niño puede querer sacar los pechos de la madre en cualquier momento o sacar los de otra mujer, provocando situaciones incómodas o conflictivas, el mantener la lactancia junto alimentación sólida no tiene ninguna consecuencia en niños sin TEA pasando de los 3 años, pero en niños con TEA a partir de los 3 años puede dar lugar a estas situaciones difíciles, si bien no es ningún problema si la madre lo desea y es importante para ella y el peque mantener la lactancia.

## - **CONTROL DE ESFÍNTERES**

Entre los 2-3 años se inicia el control de esfínter y entre los 3-4 años se logra el control de esfínter nocturno, si bien en niños con diagnóstico TEA este proceso puede costar algo más por miedo, dificultad de aprendizaje o rigidez. Es importante iniciar este proceso con calma y sin expectativas previas. En ocasiones los padres desean que controle el esfínter antes del inicio de curso, sumando tensión y presión a este proceso. Para ello hablaremos con la familia y reflexionaremos con ellos si es el momento adecuado del peque, por ejemplo cuando no esté alterado ni tenga etapas de rabietas, y también el suyo como padres, por ejemplo sería un buen momento iniciarlo cuando estén mucho tiempo en casa, si están en una etapa tranquila de su vida, si cuentan con apoyo en casa... ya que el control de esfínter siempre es un proceso estresante a nivel familiar. Antes de iniciar el proceso estaremos atentos si muestra inquietud motora, pasa dos horas al



menos sin mojar el pañal, se va a un rincón o se esconde para hacer caca, o si estando sin pañal evita hacérselo encima. Posteriormente crearemos una rutina llevándole de forma frecuente, anticipándole la rutina mediante un gesto natural de “pis” (tocar con la mano la pelvis dando golpecitos), mostrando una imagen o picto de “hacer pis”, canción sencilla u objeto a usar en el WC. Si muestra enfado intentaremos postergarlo a otro momento. El control de esfínter se puede hacer en el orinal o en WC con adaptador siempre asegurándonos de que puede apoyar los pies. Personalmente suelo recomendar hacerlo en el WC, ya que algunos niños con diagnóstico TEA en ocasiones por inflexibilidad y rigidez se niegan a hacerlo en el WC a posteriori. Durante el tiempo que esté sentado se puede dar un objeto que le guste, no estando sentado más de 15 minutos y se registrará en una hoja a qué hora ha hecho pis o si no ha hecho. No olvidemos que el control de esfínter no solo es retener el pis, también es pedirlo fuera de casa, limpiarse, bajarse o subirse los pantalones, y en estos procesos también participan las habilidades lingüísticas, comunicativas, perceptivo-manipulativas, que si no se han trabajado antes es difícil que se implementen en el control de esfínter; si bien, independientemente de estas se puede iniciar este proceso, pero es importante saber hasta qué punto podemos pedir al niño.

## - LAVADO DE DIENTES

Esta suele ser una de las rutinas que más suele costar implementar en niños con diagnóstico TEA, para la mayoría de niños suele ser desagradable el tacto del cepillo o el sabor de la pasta, algunos muerden el cepillo o lo rechazan. Podemos introducir posibles variantes como cambiar la pasta por colutorios (enjuagues bucales) de sabores que le puedan gustar, ya que en farmacias se pueden encontrar variedad de estos, y cambiar el cepillo por limpiarle con nuestro dedo envuelto en una gasa. Es importante acompañar este proceso de una canción, contar hasta 10 y terminar el proceso antes de que se enfade. Al principio puede ser que solo tolere que le toquen el labio o que esté más receptivo en días que no esté muy cansado o solo después de alguna comida. Aceptaremos sus preferencias, aunque poco a poco intentaremos generalizarlo. En cuanto a la habilidad de escupir, es una habilidad que se logra entre los 2-4 años, por lo que es normal que tarde en adquirirla, sin embargo podemos ir enseñando esta habilidad mediante el soplo, haciendo burbujas con una pajita en un vaso con agua o motivándole con el uso de silbatos, trompetas o matasuegras.

## - VESTIDO

Esta rutina se puede llevar a cabo en uno de los momentos del día que tenga más tranquilidad, por ejemplo puede ser a la hora de dormir, ya que iniciaremos el aprendizaje de esta habilidad con el desvestido realizando un encadenamiento hacia atrás. El proceso de enseñanza del



desvestido y vestido se puede iniciar quitándose y poniéndose el pijama ya que es una prenda fácil de poner en comparación con otras. Si empezamos a enseñarle esta rutina de atrás hacia delante, empezaremos por que se baje el pantalón, seguiremos por que se suba el pantalón desde medio muslo, luego rodillas, luego tobillos...En esta rutina será muy importante medir los apoyos y cómo adaptaremos el vestido a su enseñanza, por ejemplo al ponerle la camiseta se la dejaremos enrollada y le colocaremos las manos a ambos lados para que posteriormente meta la cabeza por el orificio de la cabeza; para poner las zapatillas y los calcetines lo más cómodo será que se siente y con el tobillo de una pierna sobre el muslo de la otra y con una mano en el tobillo y la otra en el talón le moldearemos. Estas posiciones y como le vayamos presentando la ropa y los apoyos serán fundamentales para desarrollar esta tarea con autonomía. También se puede dejar la ropa extendida en orden de vestido y orientada de forma que empiece por la camiseta, siga por la sudadera, después calzoncillos o bragas, pantalón, calcetines y por último las zapatillas.

## - **CORTE DE UÑAS**

Cortar las uñas suele ser uno de los mayores quebraderos de cabeza que tienen los padres de niños con diagnóstico TEA. En ocasiones intentan cortarlas mientras duermen, otras con una pequeña lija de dedo, otras mientras ve algo que le gusta mucho, etc. Todas son válidas, lo ideal es que se deje, pero a veces no queda otra que buscar soluciones. Además de estas podéis intentar realizar tareas que “desensibilicen” esa zona, por ejemplo poniéndole marionetas de dedo, guantes, pintarse las uñas, pegarse pegatinas en ellas, rodear los dedos con plastilina...

## - **DUCHA / BAÑO**

En ocasiones la ducha puede ser un problema porque no entienden con qué frecuencia se lleva a cabo ni cuando se realiza. En estos casos lo mejor es usar estrategias que abordaremos más en profundidad en la parte de conducta, consistirán en anticipar esta rutina o usar un objeto o juguete para usar dentro relacionado con esa rutina, como por ejemplo llevar un pato de goma al baño cuando vaya a bañarse. Daremos prioridad al modo de aseo en el que el niño se sienta más cómodo, bien ducha o baño, e intentaremos hacerle partícipe del lavado con una esponja. En relación al aclarado de pelo y enjabonado, suele ser el momento más conflictivo, tendremos cuidado de que el champú no caiga por la cara, con cuidado de inclinarle ya que en ocasiones se sienten inseguros. Podremos contar del 1 al 10 para tranquilizarle mientras llevamos la rutina, pondremos la intensidad de agua algo más baja y tendremos cuidado con la temperatura del agua.



## - **PELUQUERIA**

El acto de cortar el pelo, si lo analizamos de forma detallada, es incómodo, además de que pueden no entender porque se le corta una zona de su cuerpo sin ser conscientes de que esa parte no es importante y se puede eliminar, a esto hay que sumarle que tiene que estar quieto, que la máquina hace ruido, le pica el cuerpo, unas partes están secas, otras mojadas... Todo dependerá del niño, pero gran parte del mérito de que lo toleren se lo llevarán todos cambios y propuestas que hagan los padres o el profesional, desde la elección de maquina o tijera, ponerle capa o no, hacerlo en casa o en un local..., lo que es casi seguro que tendremos que ofrecerle un refuerzo muy potente, bien ver la televisión o algo de comer. Antes de cortarle el pelo es conveniente hacer en casa aproximaciones a este hecho, por ejemplo tocarle el pelo, hacer como que le cortamos el pelo con unas tijeras de juguete, intentar que también nos lo haga a nosotros o a un muñeco con pelo largo, intentaremos que aguante el ruido del secador o pondremos de fondo un ruido parecido al de la máquina de cortar, primero empezaremos con tiempos cortos para poco a poco ir alargando estos tiempos.

## - **ASISTENCIA SANITARIA**

Preparar al niño para una prueba médica o consulta tendrá las mismas bases que en el aprendizaje de la rutina de cortarse el pelo, preparando al peque en casa con las sensaciones que vivirá o puede vivir en la consulta médica. Por ejemplo abrir la boca, explorarle las orejas, colocar algo frío por el pecho y espalda... todo ello dentro de un juego de rol de médicos, contando mientras del 1 al 5 o del 1 al 10 o cantando una pequeña canción. Siempre será más adecuado acudir a centros especializados en atención a personas con diagnóstico TEA. En la siguiente web <http://www.doctorte.org/> se pueden encontrar recursos que pueden ayudar a que el peque se familiarice con el entorno sanitario. En ocasiones puede esto no funcionar y no le podrán realizar determinadas pruebas o tendrán que sedarle para realizarle intervenciones sencillas, pero lo único que podemos hacer es minimizar o intentar evitar este sufrimiento anticipando, realizando ejercicios de roles previamente en casa, visitas rutinarias al médico o al dentista sin que realicen pruebas o seguimientos muy invasivos, de manera que normalice dicha rutina.

## - **RETIRADA DEL CHUPETE**

Como a cualquier niño o niña pequeña le puede costar desprenderse del chupete, ya que les ayuda a regular sus emociones y su nivel de activación. En este caso empezaremos a retirarlo durante el día, evitaremos guardarlo en el mismo sitio siempre e intentaremos que no lo tenga a la vista. Durante el día se intentará que esté entretenido ya que en momentos que no tienen actividades



dirigidas suele aumentar esta serie de conductas autoestimulatorias. Durante los días que se deberá disminuir el uso del chupete sabemos que estará más irascible, por ello la familia tendrá que elegir una semana que estén poco estresados, como por ejemplo que tengan menos carga laboral, ya que tendrán menos paciencia durante estos días y serán duros, se acompañará al niño con cariño, contacto corporal y podrán ser más permisivos accediendo a sus peticiones y gustos más de lo habitual. Dejaremos para lo último retirar el uso del chupete durante la siesta o el descanso nocturno ya que necesitará generar estrategias para poder conciliar el sueño sin él, para ello se puede hacer cosquillas, relajarle mediante contacto corporal o quitárselo cuando haya conciliado el sueño. Si sustituye el uso del dedo por el del chupete intentaremos ofrecerle objetos o juegos que impliquen el uso de las dos manos.

## - **DIFICULTADES DE CONCILIACIÓN E HIGIENE DE SUEÑO**

Suele ser uno de los puntos junto con el de la alimentación que más preocupa y desgasta a la familia, ya que altera la dinámica, evita que descansa el propio niño y su familia, altera horarios, etc. Algunos de los cambios que se puede hacer en el día a día es aumentar la actividad física, evitar un contexto previo a dormir con ruidos, música, estimulación audiovisual (televisión, tablet, móvil) o si se usan que sea con pocos colores y volumen, haciendo la rutina lo más tranquila posible. Si se despierta durante la noche, debemos acompañarle sin encender la luz si es posible, e intentar no atender a todas sus demandas, continuando con una voz calmada y usando estrategias que sabemos que le relajan. Muchos niños con TEA descansan mejor con mantas pesadas debido a su procesamiento sensorial y la necesidad de recibir estímulos más intensos. En estas edades es fundamental el descanso, siendo en muchos casos los problemas de conducta un derivado de haber dormido pocas horas o de una higiene de sueño inadecuada.

## - **LAVADO DE MANOS**

Teniendo en cuenta que la exploración del entorno a través del tacto y la boca a estas edades es continua, es importante incorporar hábitos de higiene como el lavado de manos. Para ello podemos usar las estrategias anteriormente descritas como: contar mientras se lava las manos, guiarle con las manos y poco a poco retirar esta guía física, hacer una agenda de pictogramas donde se establezca cual es cada paso, enseñar la habilidad con encadenamiento hacia atrás (ej. secado de manos), adecuar el entorno para que sea accesible y llegue fácilmente (ej. adaptar el bidé) o establecer la rutina en momentos clave y fáciles de identificar como por ejemplo antes de cada comida.



## 3.2.2 Intervención en conducta

Las conductas problemáticas son aquellas conductas que por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente al desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad. Los problemas de conducta (o “conductas que nos preocupan”) pueden deberse a uno o varios motivos, tales como: dificultades en la comunicación, problemas subyacentes de salud física (dolor), problemas neurológicos, mentales o emocionales, efectos fisiológicos causados por medicamentos, dificultades en la regulación emocional, falta de oportunidades de participación y de aprendizaje, dificultades ambientales (servicios no adaptados o redes de apoyo desajustadas) o efectos de las relaciones con otras personas.

El análisis de una conducta problemática, se centra en tres pilares:

- El **impacto** que ésta tiene en la persona o en su entorno.
- El **contexto** social dónde ocurre.
- Las **consecuencias** personales y sociales, que pueden ser tanto inmediatas como a largo plazo.

### ANÁLISIS FUNCIONAL (AF)

Lo primero que realizaremos cuando la familia nos informa de que desea reducir la frecuencia de una conducta es un Análisis Funcional de la Conducta, este es un proceso para recabar y analizar la información obtenida sobre la conducta problema. La información que el equipo recaba se usa para ayudar a determinar por qué las conductas problema ocurren, identificar formas de atender las conductas y desarrollar un plan de intervención de conducta positiva. Para ello realizaremos los siguientes pasos:

1. Identificar y llegar a un acuerdo en las conductas que necesitan más cambio.
2. Recabar información del desempeño del niño de tantas fuentes como sea posible (entrevistas y autorregistro).
3. Determinar dónde ocurren las conductas y dónde no. Identificar qué pudiera contribuir a las conductas, por ejemplo los refuerzos negativos o positivos que contribuyen a mantener esa conducta, realizando un análisis de las contingencias de la conducta. Para ello realizaremos la siguiente clase de preguntas: ¿Qué hace diferente en los ambientes donde las conductas no son preocupantes? ¿Qué hay diferente en los lugares donde ocurren las conductas



problema?, ¿Pudieran estar relacionados en cómo se llevan el niño y la persona?, ¿Es el número de personas, alumnos, niños, o el trabajo que se le exige al niño lo que causan el problema?, ¿Acaso podría la hora del día o el humor del niño afectar a las conductas?, ¿Hubo un problema en el autobús o un desacuerdo en los pasillos del colegio?. ¿Es más probable que las conductas problema ocurran en determinadas circunstancias específicas o en un ambiente específico?

4. Desarrollar una hipótesis acerca de por qué ocurre la conducta problema (la función de las conductas). Ésta, ayuda a predecir dónde y por qué las conductas problema son más probables que ocurran.
5. Identificar otras conductas que pueden ser enseñadas (conductas alternativas) y que hagan la misma función para el niño.
6. Probar la hipótesis. Desarrollaremos y usaremos intervenciones positivas de conducta.
7. Evaluar el éxito de las intervenciones. Cambiaremos o ajustaremos estrategias cuando sea necesario.

## POSIBLES INTERVENCIONES SEGÚN EL AF Y LOS OBJETIVOS

Dependiendo de la fase o momento en el que se dé la conducta realizaremos unas estrategias u otras:

- Si actuamos previniendo la conducta sobre el **desencadenante**, intentaremos eliminar la causa, tratar la conducta como una forma de comunicación, desviar su atención y/o enseñarle a hacer frente al estrés.
- Si intervenimos en la **fase de intensificación** podremos recordar las recompensas, recordar las reglas, proporcionar oportunidades para relajar la situación, desviar la orientación de su atención, modificar la demanda y/o tranquilizar la situación.
- En la **fase de explosión** deberemos despejar el entorno, proteger al niño/a y a las otras personas, conseguir ayuda, dar una respuesta de baja intensidad y/o realizar intervención física o contención si hay riesgo de autolesión.
- En la **fase de recuperación** podremos proporcionar espacios, regresar a la normalidad, realizar de nuevo la demanda, charlar sobre la situación y/o cuidar de uno mismo.



El marco más idóneo para intervenir en conducta teniendo en cuenta las características de las personas con TEA será el **Apoyo Conductual Positivo**. Es un enfoque para hacer frente a los problemas de conducta que implica acondicionar condiciones ambientales y/o apoyar déficits en habilidades.

Los principios del apoyo conductual positivo entienden que la conducta problemática tiene una función para la persona y está relacionada con el contexto. Una intervención eficaz estará basada en la comprensión de la persona, su conducta y contexto social.

## **ABORDAR CONDUCTAS REPETITIVAS**

No solo modificaremos el contexto cuando existan conductas conflictivas o agresivas, si no en otras conductas que interfieren en su día a día, por ejemplo cuando existen conductas repetitivas. En primer lugar, deberemos entender que todo el mundo tiene a veces, a lo largo de su vida, conductas repetitivas y que no siempre son conductas anormales. Además, las rutinas son necesarias para el desarrollo, siendo el punto para avanzar hacia acciones más flexibles.

Las conductas repetitivas, incluso en las personas con autismo, solamente deben considerarse anormales **si interfieren** con las posibilidades de desarrollo. Desde este punto de vista, el objetivo de tratamiento no siempre ha de ser eliminar la conducta repetitiva: podría consistir en reducirla o controlarla, según el contexto.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que **cuanto más estructurado y comprensible sea el entorno, menos repetitivas serán las conductas**. Así pues, la **anticipación** es una estrategia para reforzar la habilidad de organización; pudiendo consistir en un simple registro escrito o en imágenes de la secuencia de actividades y tareas a realizar durante el día. Se debe reforzar el uso independiente de este registro o agenda para fomentar la responsabilidad personal y aumentar la capacidad de organización conductual. El empleo de este apoyo le proporcionará sentimientos de seguridad y predictibilidad. Tener en cuenta que:

- Cuanta más comunicación (con códigos orales o alternativos) y más habilidades sociales tenga el niño/a, menos repetitivas serán las conductas.
- Cuanto más puedan los niños y niñas controlar, de modo adecuado, la conducta de los otros, más avanzarán en su capacidad de autorregulación, el cuál será nuestro principal objetivo.



## **DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA:**

Además de las estrategias comentadas anteriormente (rutinas, estructuración y anticipación), la técnica de desensibilización sistemática nos ayudará a abordar las conductas repetitivas y aumentar la tolerancia a los cambios imprevistos. Los pasos que tenemos que seguir son:

- Establecer jerarquía de sucesos inesperados.
- Recopilar situaciones agradables a modo de refuerzo (R+) entre estímulos/situaciones. De tal forma que produzcan estados de bienestar y tranquilidad.
- Presentar los estímulos/situaciones de forma gradual, desde los menos hasta los más inesperados y potencialmente ansiógenos.
- Introducir cambios en agenda.
- Realizar explicaciones (visual, escrita u oral).
- Ofrecer alternativas a la conducta.
- Ejercicios de relajación.

## **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN CONDUCTAS REPETITIVAS:**

Para intervenir sobre estas conductas repetitivas nos centraremos en la enseñanza de tres aspectos: planificación, autorregulación y flexibilización.

### **A. Desarrollo de habilidades de planificación**

Estrategias para desarrollar habilidades de planificación:

- Ofrecer información por adelantado (feedforward) o hacia atrás (feedback), de forma que fomente la planificación y la autorregulación.
- Ofrecer cuadros de horario con claves visuales (tales como objetos reales o miniaturas, fotos, pictogramas...). Estas cumplen la función de "imágenes mentales externas" para planificar y orientar la acción.
- Crear una clave visual específica para la rutina o la conducta repetitiva del niño o niña e introducirla en su cuadro de horario individual.



De cara a evitar que se produzcan conductas repetitivas o rutinas inadecuadas tras la exposición a situaciones novedosas, debemos diseñar cuidadosamente y por adelantado esas situaciones y la cadena de comportamientos que se llevará a cabo allí con el niño o la niña.

## **B. Desarrollo de la flexibilidad**

Partiremos de la base de que para conseguir que las personas con autismo tengan conductas más flexibles, las personas que interactúen con ellos tienen que, también, mostrarles flexibilidad. Así las diferentes estrategias podemos utilizar son:

- Buscar que sea el niño o niña quién haga la demanda. Generalmente la interacción con personas con autismo sigue el siguiente esquema: el adulto comienza la interacción y el niño o la niña (o adolescente o adulto) responde. Muy a menudo las acciones del adulto son órdenes para el niño (ej. "siéntate", "vamos al baño", "a comer"...). Sería necesario aumentar el esquema de interacción opuesto: diseñar y planificar reacciones específicas del adulto entorno a acciones del niño o de la niña. De este modo, el niño o la niña inicia la interacción y el adulto responde de modo previamente planificado. Un ejemplo de este esquema es la atribución de intencionalidad social, es decir el niño o la niña actúa y el adulto reacciona "como si" ese niño o niña tuvieran una intención específica. Las conductas comunicativas son otro ejemplo (ej. un niño signa "música" y el adulto pone música).
- Estrategias de negociación. Cuando el deseo de un adulto y el deseo de un niño son diferentes se hace necesario negociar. Podemos enseñar al niño/a, mediante claves visuales, la estrategia "ahora X (la opción del niño), después Y (la opción del adulto)". El niño, con la ayuda del adulto, dispondrá de las claves visuales en este orden.
- Intercambio de turnos con claves visuales. En el caso de rutinas, podemos elaborar claves visuales de cada rutina. Luego, cada vez que el niño quiera llevar a cabo la rutina, antes de realizarla deberá ordenar o repasar la secuencia con las claves visuales, esto lo tendrá que hacer con el adulto: una clave cada uno, por turnos. La estrategia para poner la secuencia será: "Ahora te toca a ti (turno del niño), ahora me toca a mí (turno del adulto)". Después de varias veces, el adulto podría introducir modificaciones en el orden de los pasos o en la acción de un paso específico.
- Exposición a sucesos inesperados a través de actividades que fomenten el pensamiento en términos probabilísticos. Las niñas y niños con autismo tienen que aprender a enfrentarse a acontecimientos inesperados realizando conductas adecuadas. Podemos enseñarles a pensar en "términos probabilísticos". Una estrategia es: "puede ser X-puede ser Y". Por ejemplo:



"¿Sabes qué hay de postre?", se le moldea el signo de "no" y junto con claves visuales (p.e. fotos de una manzana y de un bollo) se le moldea el signo de "puede ser" (o sinónimos tales como "a lo mejor", "quizás") y posteriormente tocando la foto de la manzana o bollo. Es aconsejable comenzar con cosas sin un elevado contenido emocional o motivacional.

Otra estrategia para enfrentarse a acontecimientos inesperados es enseñarle a llevar a cabo diferentes acciones dependiendo del acontecimiento que se produzca. Por ejemplo, también con claves visuales, enseñamos la estrategia "si ocurre A, entonces haces X, si ocurre B entonces haces Y".

- Utilizar el humor. Por último, a veces la mejor respuesta a un acontecimiento inesperado es el humor, por ejemplo, si en el horario hay fotos con el menú del día, y esto es un problema, a veces, en vez de la foto correcta, podemos poner una foto absurda (ej. un coche), para que espontáneamente identifique el error.
- Cadena de rutina interrumpida. Así mismo, para aumentar la flexibilidad podemos enseñar a un niño a continuar una rutina interrumpida mediante el hecho de informar al adulto del deseo de continuar dicha rutina. Primero enseñaremos con claves visuales una secuencia, después de varias veces alteraremos la secuencia sin informar previamente al niño. Ante cualquier reacción del niño a este cambio, el adulto lo "interpretará" como si el niño pidiera retomar la secuencia correcta. Le enseñaremos un signo vocativo (tocar el hombro del adulto), y, después de que el adulto le responda a ese signo informativo con "¿qué quieres?", le enseñamos al niño a señalar con su dedo índice la clave visual de la secuencia que no está en su lugar correcto. Obviamente, el último paso consiste en retomar la rutina.

### **C. Desarrollo de la autorregulación**

Las diferentes estrategias que nos ayudarán a fomentar la autorregulación son las siguientes:

- Ofrecer oportunidades de elección. Podemos alimentar la autorregulación enseñando a hacer elecciones (ej. elegir entre dos deseos). También es importante tener en cuenta las claves del contexto relativas a las posibilidades de una acción.
- Generar claves de información que le permitan saber qué se espera de él o ella. Podemos enseñar a inhibir algunas acciones dependiendo de las claves del contexto (ej. enseñar una clave para informar que algo, en ese momento, no es apropiado hacerlo).



- **Desensibilización sistemática.** Otro modo de desarrollar la autorregulación es enseñar habilidades de relajación, llevando a cabo una desensibilización sistemática a estímulos nuevos o a cambios en el entorno.

### 3.2.3 Intervención en comunicación

La comunicación es importante porque permite al niño actuar y cambiar el medio físico y social. El deseo comunicativo en niños y niñas TEA puede ser que sea bajo, por lo que es necesario crear situaciones comunicativas para que intente comunicarse y organizar el ambiente para que se vea obligado a comunicarse, de forma que aumentemos el número de oportunidades de aprendizaje y de comunicación.

Como hemos detallado anteriormente, el lenguaje se compone de forma, contenido y uso, por lo que para fomentar el lenguaje en niños con TEA nos centraremos inicialmente en el contenido y en el uso del mismo, dejando la forma en un segundo plano, por ejemplo, si un niño está aprendiendo a decir “dame”, no es adecuado forzarle a que diga “gracias” o “por favor” o a que pronuncie las palabras bien. Por ejemplo, si dice “tetota” en lugar de pelota, no nos centraremos en corregirle, sino en fomentar más vocabulario, incorporar alguna estructura sencilla de lenguaje (forma), como por ejemplo “dame pelota” y en que lo diga dirigiéndose al adulto, mirándole y orientando la voz hacia él con un adecuado volumen.

Es importante saber que la comunicación y el lenguaje pueden aparecer de muchas maneras, una mirada, coger de la mano, entregar un objeto o un ruido vocálico pueden cumplir la acción de comunicarse.

Por otro lado, diferenciaremos entre niños **preverbales** (fases iniciales del desarrollo sin lenguaje), **verbales** (lenguaje) y **no verbales** (mayores sin lenguaje), dependiendo de esto priorizaremos diferentes objetivos del lenguaje.

#### 3.2.3.1 Comunicación expresiva

Comunicación expresiva es la capacidad de expresar de forma verbal o no verbal una petición, deseo, opinión, necesidad...

Como hemos comentado, el lenguaje está formado por tres componentes: contenido, uso y forma; de manera que nuestros objetivos variarán dependiendo de los aspectos del lenguaje que queramos modificar y del momento evolutivo del niño/a. Por ejemplo, en aquellos niños preverbales deberemos empezar a trabajar los sonidos iniciales del habla secuencialmente: el primer sonido, el



segundo, y así sucesivamente, comenzando por sonidos similares o idénticos a aquellos que ya produce, ya que los sonidos nuevos se construyen mejor partiendo de los antiguos, enseñando a producir ruidos o sonidos para aumentar la proporción de vocalizaciones (ej. contraimitando).

Por tanto, debemos de tener claro que la comunicación es un proceso complejo que no solo se compone de la emisión de sonido, sino también de otros elementos muy importantes para el uso del lenguaje a nivel social, como por ejemplo, el uso mirada, gestos, tono de voz...

La capacidad de comunicación es muy importante ya que mejorará la calidad de vida de la persona, de hecho el desarrollo de formas de comunicación, ya sea a nivel oral o mediante sistemas de comunicación alternativos, disminuye otras formas de comunicación como morder, chillar o patear. Esto es gracias a las funciones de lenguaje, por lo que también será importante incorporarlas en nuestra programación de objetivos.

Si bien, y a modo de directriz, las principales funciones del lenguaje a incorporar en nuestros objetivos para trabajar con niños y niñas con TEA son:

- Rechazar.
- Hacer peticiones: comida, objetos o juguetes, ayuda, continuar juegos con personas, permiso o información.
- Responder a otros: hacer elecciones, contestar preguntas.
- Saludar.
- Comentar sobre objetos, personas o eventos de sí mismo.
- Hablar acerca del pasado/futuro.
- Calmarse.
- Dirigirse así mismo.
- Mostrar sentimientos.
- Conversar.
- Proponer juegos a otros.

## **FOMENTAR LA INTENCIÓN COMUNICATIVA Y LA ESPONTANEIDAD**

La **intención comunicativa** es importante para que haya realmente comunicación y que el lenguaje sea realmente funcional. Si verbaliza frases a modo de ecolalia sin dirigirlo a un interlocutor es muestra de tener un lenguaje poco funcional. Esta funcionalidad conlleva que sea útil para la vida diaria y sea aplicable a todos los contextos.



Por tanto, un objetivo común a todos los niños y las niñas con TEA será fomentar la espontaneidad en sus interacciones. Esto supone que no llevaremos el control de las interacciones, ya que si por ejemplo le hacemos preguntas, él se limitará a responder. Si en cambio, fomentamos su espontaneidad, tendrá capacidad para elegir y comunicar peticiones. Para conseguir esto podemos **dividir el proceso en varios pasos:**

- Dar a elegir varias opciones juntas: A y B.
- Dar a elegir varias opciones posibles: A o B.
- Buscar que rechace dos opciones: ni A, ni B.
- Buscar que el niño o niña escoja una opción distinta de las que le ofrecemos (ni A, ni B, sino C).
- Buscar que pida un objeto que esta viendo en ese momento, primero con apoyo del gesto para ofrecerlo, después sin el apoyo.
- Buscar que pida un objeto que no está presente sin apoyos.
- 

Los siguientes **ejercicios** serán útiles para conseguir los objetivos anteriormente propuestos:

- Tener a la vista lo que le gusta y que no esté a su alcance.
- Darle a elegir entre un número amplio de opciones.
- Ofrecer la elección en varios contextos y dentro de una rutina.
- Dejar en su horario tiempo de elección mediante paneles donde pueda elegir que hacer, favoreciendo así su autodirectividad.
- Permitir que elija tareas.
- Realizarle pregunta de elección: abierta o cerrada.
- Elegir dentro de una actividad: realizar la actividad o no, con quién, cómo, cuándo, dónde y materiales.
- Elegir objetos o comida que se obtendrán de forma inmediata y otros de forma diferida.
- Variar poco a poco la complejidad simbólica en la representación de las opciones.
- Dejar tiempo a que responda.
- Crear necesidad ofreciendo un bote cerrado y transparente que contenga algo que le guste.
- Presentarle las cosas que pida en pequeñas porciones o mediante cambio de turnos.
- Dificultarle una tarea para que pida ayuda.
- Provocar tiempos de silencio y espera en una tarea.



- Crear juego de su interés que busquen un disfrute.
- Además de realizarle preguntas abiertas, como por ejemplo “¿qué has hecho?”, es adecuado fomentar expresiones espontáneas apoyándonos de apoyos visuales, por ejemplo “¡Ala! Ayer fui a la piscina y me bañé con mamá”, cuando estemos viendo unas fotografías.

Por otro lado, existen **hábitos** que pueden **perjudicar** el desarrollo de **la espontaneidad**:

- Anticiparnos a sus necesidades.
- No darle tiempo para responder.
- Hacer recados motivados por nosotros.
- Terminar nosotros la actividad.
- Decidir nosotros juegos o actividades.

## **TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN**

Sabiendo cuáles serán los primeros pasos que podremos hacer para mejorar su comunicación, vamos a exponer una serie de modificaciones en nuestra forma de comunicarnos con él/ella para fomentar el desarrollo del lenguaje expresivo:

- **Repetición idéntica.** Imitaremos sus ruidos y vocalizaciones, aunque no tengan sentido. Está demostrado científicamente que al imitar sus ruidos y vocalizaciones los repiten más, estableciendo una relación básica comunicativa, como si fuera una comunicación por ruidos.
- **Entrenar la creación de ruidos o sonidos** para enseñarle a producir sonidos después de que los produzcamos, acompañando las acciones con onomatopeyas. Además de usar onomatopeyas básicas de animales, coches, objetos..., podemos acompañar acciones con onomatopeyas, por ejemplo: saltar diciendo “boing boing”, cuando movamos algún juguete podemos decir: “pun,pun”, decir: “oooo” cuando se ha caído algo, etc.
- **Hablarle.** Se ha demostrado que cuando hay **un niño no verbal** (no tiene lenguaje oral) los adultos le hablamos menos, esto es lógico ya que nuestra acción no es reforzada, por ello se debe hacer un esfuerzo y coger el hábito de hablarle.
- **Alargar la última vocal.** Cuando hablemos alargaremos la última vocal, por ejemplo: paaaaan, maaaaa, a comeeeeerr, a guardaaarr, ya que cuando imite empezará imitando esta última vocal. Así mismo se recomienda el uso de infinitivos.



- Imitación directa. Se trata de ofrecer al niño un modelo completo para que lo imite. Generalmente se inserta en una situación en la que el niño requiere la ayuda del adulto, condicionando nuestra ayuda a una imitación o verbalización previa. Ya que él no tiene posibilidad de decir lo que desea diremos lo que diría él: por ejemplo si quiere una pelota, diremos: “pelota”, “dame pelota”; si necesita abrir un bote y nos lo entrega, diremos: “ayuda”, es decir diremos aquello que él diría si pudiera hablar.
- Función de rechazo. Para enseñarle a expresar que no le gusta algo o rechazarlo sin necesidad de gritar o tirar el objeto, nos adelantaremos a su conducta y le cogeremos las manos, cogeremos el objeto y nos lo entregaremos a nosotros mismos, mientras decimos “se acabó”. Si el niño ya usa el índice de forma estable para comunicarse o para centrar su interés en algo, primero tocará el objeto que no le gusta y se lo moveremos con ayuda, moldeando el gesto del “no” con el índice; poco a poco iremos alargando la distancia con la que toca el objeto, de forma que cuando se le acerque un poco el dirá “no” con el dedo o lo empujará hacia nosotros. Evitaremos intervenciones invasivas como moverle la cabeza para que diga no o diga sí. En todo caso nosotros podemos darle el modelo diciendo: “nooo”, a la vez que movemos nuestra cabeza.
- Feedback positivo. Intentaremos que estos espacios sean placenteros y no aversivos, potenciando sus intereses.
- Espera estructurada. Se trata de ofrecer ayuda al niño para que inicie la comunicación. Se da ayuda en forma de proximidad física y mirada dirigida al niño, invitándole a comunicar con nuestra actitud de escucha. El adulto, en una situación donde el niño quiere o necesita comunicar, se sitúa frente al niño manteniendo contacto ocular en actitud de espera, mostrando que está dispuesto a ofrecer su ayuda y/o recibir la comunicación.
- Actitud positiva. Adoptar una actitud positiva ante los actos comunicativos del niño. Mostrándole una actitud activa, favoreciendo su expresión sin prisas y situándonos a su mismo nivel ocular para comunicarnos.
- Presentación de obstáculo o cadena interrumpida. Se lleva a cabo cuando el niño está usando objetos o actuando de una forma predecible y es interrumpido en su actividad de modo que no puede continuar si no responde a la demanda comunicativa del adulto; introduciendo el adulto estrategias de ayuda. La interrupción se puede realizar: bloqueando pasivamente la acción del niño, retrasando darle un objeto que necesita para continuar, colocando un objeto fuera de su alcance u ofreciendo un objeto en un recipiente que no puede abrir. Por ejemplo,



colocaremos sus objetos o alimentos que más prefiera a la vista pero que no los alcance, de forma que nos tenga que buscar y necesitar para obtenerlos. Así mismo le podemos dar cosas de comer que le gusten mucho, de muy poco en poco (por ejemplo un trocito de patata, en lugar de una patata o bolsa entera). También podemos darle las cosas en tupper o envases transparentes que no pueda abrir, para que nos lo entregue como petición de ayuda. Otra opción, es poner en mitad de su paso para forzar una situación comunicativa, y diremos: “quita”, para enseñarle poco a poco que sus acciones o verbalizaciones pueden cambiar el entorno que le rodea.

- Mandato-modelo. La forma de proceder será similar al punto anterior, pero en este caso es el adulto quien iniciará la interacción generando una situación en la que el niño necesite su ayuda para obtener un objeto deseado o una actividad. En este supuesto el adulto instruye al niño para que de una respuesta verbal o no verbal como condición a obtener su ayuda. Objetos y juegos aliados para trabajar la necesidad de comunicación serán: pompas, juguetes de cuerda, molinillos de viento o globos, de forma que nos tenga que entregar el objeto o mirarnos para pedirnos que quiere continuar con el juego.
- Imitación según un modelo y secuencias sustitutorias. Se trata de obtener expresiones espontáneas del niño en situaciones interactivas de toma de turnos en las que el adulto previamente ha ofrecido un modelo indirecto. Normalmente se utiliza en situaciones de juego o intercambio conversacional activo, donde se repite una estructura previamente determinada y en la que el niño se ve elicitado a producir una expresión similar a la del adulto que ha iniciado el intercambio si quiere unirse al juego o conversación. Por ejemplo en una situación de juego podemos decir “te toca”, “yo elijo.” provocando que el niño en la misma situación diga de forma espontánea estas palabras.
- Índices visuales. Se ofrece al niño ayuda en forma de gestos, signos o imágenes visuales. Se incluye también la presencia del objeto como índice visual. Por ejemplo, si en una situación de saludo movemos antes nuestra mano a modo de saludo sin decir nada, le estaremos dando “pistas” al niño que tiene que saludar. Si el peque está comenzando a expresar cosas que le pasan en el día a día, podemos ir dibujando lo que nos va contando para que tenga ese apoyo visual y vaya teniendo consciencia de lo que ha realizado. Incluso podemos ir dibujando lo que ha hecho y así facilitamos que se lo cuente a otra persona indicando dibujo a dibujo a medida que lo va verbalizando él. De esta manera le apoyamos visualmente lo que tiene que ir diciendo.



- Estupidez creativa. Supone dar al niño una orden, comentario o feedback inadecuado, de forma que se vea obligado a pedir o a dar nueva información al adulto. Esto lo podremos usar en situaciones de generalización cuando un objetivo ya se ha conseguido. Por ejemplo si ha pedido agua le daremos un juguete para que vuelva a solicitar agua o trabajaremos la función de rechazo.
- Expansión. El adulto realizará un comentario que confirme la expresión del niño y la expande incorporando algún elemento sintáctico o corrigiéndolo. No se le exige nada al niño, tan solo se le ofrecen modelos ligeramente más complejos o correctos. Ejemplo: El niño dice: "gato salta". El adulto expande: "el gato está saltando".
- Extensión. El niño inicia la interacción y el adulto usa esa oportunidad para requerir al niño una emisión más completa o elaborada. Se le ayuda al niño con estrategias de pregunta abierta o de alternativa forzada, imitación, petición de clarificación u otras. Por ejemplo: el niño dice "agua" y diremos "quiero agua", es decir el adulto realiza un comentario que confirma la expresión del niño y la expande añadiendo algún elemento semántico, ejemplo: El niño dice "un coche" y el adulto responde: "un coche azul".
- Realizar preguntas abiertas (¿qué quieres?, ¿qué haces?, etc.) y preguntas de alternativa forzada (preguntas basadas en la estructura ¿X ó Y? dónde se ofrece al niño el estímulo lingüístico que queremos elicitarse).
- Instrucciones directas. Se le da una instrucción para que la repita o se dirija a otro. Ejemplo: "Dile a papá que venga".
- Alusiones. Se trata de proporcionarle un índice indirecto que indique al niño que se espera que comunique algo. Por ejemplo, "es hora de merendar", para hacer que pida su merienda, o "yo sé donde está", para que pregunte.
- Peticiones de clarificación o de rectificación. El adulto hace una emisión, pregunta o comentario para indicar al niño que su emisión no ha sido entendida o que debe mejorarla o completarla. Puede tomar múltiples formas: "¿qué?", "¿eh?", "Si, allí hay patatas" (cuando el niño pide patatas con tan solo la denominación).
- Realización de actividades conjuntas no directivas. Supone compartir actividades con el niño evitando ser directivo.



## **SISTEMAS DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVOS O AUMENTATIVOS**

Uno de los métodos más usados para potenciar la comunicación en TEA, sobretodo en metodologías de terapia de lenguaje, comunicación o educativas, es el uso de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación. Los sistemas alternativos y/o complementarios de comunicación son un conjunto estructurado de códigos (verbales y no verbales), expresados a través de canales no vocales (gestos), signos, símbolos gráficos, necesitados o no de soporte físico, los cuales, mediante procesos específicos de instrucción sirven para llevar a cabo actos de comunicación (funcional, espontánea y generalizable), por sí solos, o en conjunción con códigos (canales) vocales, o como apoyo parcial de los mismos.

El uso de estos sistemas de comunicación no afecta a que surja habla oral, al contrario está demostrado que lo fomenta. La elección de uno o de otro dependerá del caso en concreto, momento evolutivo y del acuerdo entre el profesional y la familia. Es muy importante que exista comunicación entre las diferentes personas que trabajan con el peque, ya que puede ser perjudicial para el peque introducir gestos sin coordinación, puesto que confundirá los signos y no se comunicaría de forma eficaz.

Estos sistemas de comunicación que aprovechan sus fortalezas visuales, además de desarrollar el lenguaje, conllevan la disminución de rabietas, ya que pueden comunicarse, además de reforzar el deseo comunicativo con las personas, aprender reglas básicas de comunicación social (dirigirme a otro) y entender mejor el entorno haciéndolo más predecible y seguro.

Existen dos tipos de sistemas de comunicación, con apoyo físico y sin apoyo físico, para elegir el mejor método deberemos de ajustarnos a las necesidades del niño, dependiendo si queremos mejorar la comprensión, expresión o ambas. Estos sistemas de comunicación son:

- A. **Sistemas de comunicación sin apoyo físico:** método B. Schaeffer, habla signada y Bimodal.
- B. **Sistemas de comunicación con apoyo físico:** Método PECS (imágenes), cuaderno viajero, tren de palabras, tableros de elección, instrumentos tecnológicos.

Como hemos comentado la elección de uno u otro dependerá de las características del niño y la familia, priorizando el que cubra los siguientes requisitos y necesidades:

- Que sea un sistema rápido de usar.
- Que cubra todas las funciones comunicativas.
- Que se pueda comunicar en cualquier momento del día.



- Que se adapte a cambios futuros y a su evolución de capacidades.
- Que sea adecuado para su entorno: asequible y fácil de mantener.
- Que sea aceptado por la persona y el entorno.

## **A. Sistemas de comunicación sin apoyo físico**

Son sistemas comunicativos que no necesitan ningún material para realizarse. Un ejemplo, sería la comunicación mediante signos. La enseñanza de los signos iniciales se centra en los deseos del niño/a, y las instrucciones se flexibilizan atendiendo a los movimientos naturales de alcance de la persona, aceptando aproximaciones. Es preciso ayudarle a formar parte de la acción de un signo y esperar a que el deseo de "conseguir" algo lo impulse a finalizar el signo de forma espontánea. Los signos que se usarán no es el lenguaje de signos, es un habla signada que parte del método Benson Schaffer, pero que cada centro lo adapta a las características del niño. Uno de los hándicaps de este sistema es que el niño o niña solo se podrá comunicar con quien entienda esos signos. Una aplicación (app) donde podemos encontrar estos signos acompañados de videos es: Comunicación Total.

Las principales características de los sistemas de comunicación alternativa sin apoyo físico son:

- La persona lo tendrá disponible de forma constante, pudiendo generalizarlo a todos los contextos.
- No se necesita nada, ni una imagen.
- Permite rapidez en la comunicación.
- No son visibles, por lo que la persona los debe recordar, ya que no los tendrá presente.
- Se puede aplicar en fases tempranas del desarrollo.

## **B. Sistemas de comunicación con apoyo físico.**

**Cuaderno viajero.** Es una herramienta muy útil para los niños y niñas que presentan algún tipo de dificultad para comunicarse, sobre todo para los que no pueden o no saben narrar tanto verbales como no verbales, ya que con apoyos visuales podrán participar en la asamblea del colegio (por ejemplo: contar a la abuela lo que hacen en el cole, señalar a papá y mamá la tarta de cumpleaños que ha habido en el cole...). Esta herramienta se elaborará con la colaboración de los familiares, los educadores y sobre todo con la participación del niño en cuestión. El cuaderno viajero se escribirá siempre en primera persona, como si fuese el niño/a el que lo estuviese escribiendo. Por ejemplo escribiremos: "hoy he ido con mis primos al parque..." y pondremos un dibujo, un pictograma o una fotografía del lugar que hemos visitado, o algo relevante que sirva de recordatorio



del lugar en el que se ha estado, como por ejemplo una foto los primos si hemos estado con ellos. Se pueden utilizar todo tipo de materiales, y sobre todo dar rienda suelta a nuestra imaginación, cuanto más visual sea el cuaderno y más sencillo de comprender mucho mejor. Más que escribir, usar la información visual va a resultar mucho más importante (ej. fotos, dibujos, envases, logos, etc).

El cuaderno también nos servirá para expresar las emociones del niño o cómo ha estado ese día, por ejemplo: “Hoy he trabajado mucho y he estado muy contento, me he reído mucho con el cocodrilo” (acompañado de los dibujos, fotos o pictogramas alusivos), o por ejemplo: “Hoy en el recreo he jugado con los niños y me lo he pasado ¡¡muy bien!!”, dibujando mientras a los compañeros y a continuación acompañándolo con una cara sonriente al lado, para que identifique que ha estado contento.

**PECS.** En cuanto al **intercambio de imágenes (PECS)**, es un sistema más sencillo de comunicación y más amplio, porque se puede usar más vocabulario y lo puede entender cualquier persona. Consiste en dirigirse a un panel situado en algún sitio de la casa, cuaderno o tablet, elegir la foto de lo que le interesa y entregársela a un adulto y como consecuencia obtendrá lo que pida. Para usar la tablet como medio comunicativo podemos usar las aplicaciones: PICTODROID, LETMETALK, JOcomunico, CPA, E-mintza, aunque hay otras de pago como SNAP CORE FIRST, VERBO, GRID3, PROLOQUO2GO. Es importante usar la tablet solo como comunicador, restringiendo otros usos, como youtube, música o juegos.

Las principales características de los sistemas con apoyo físico son:

- Son visuales y cada palabra tiene una imagen.
- Son permanentes y estables, por lo que una persona se acuerda de que se puede comunicar.
- Solo es necesario reconocer una imagen, no recordarla, siendo este proceso más sencillo.
- Requiere pocas habilidades de motricidad fina y coordinación.
- Es más fácil de entender por otras personas.
- Necesita un cuidado y mantenimiento del soporte, para que esté en todos los contextos presentes y en buenas condiciones.

### 3.2.3.2 Comunicación receptiva

La comunicación receptiva es el proceso por el cual recibimos y entendemos una determinada información que alguien ha emitido. Podemos detectar que un niño no comprende una



situación si grita, no está quieto, no habla o pega al compañero, no entiende lo que se le pide, no sabe pedir ayuda o no sabe cuando terminar algo.

Muchas veces creemos que los niños con TEA comprenden lenguaje, cuando en realidad saben leer el entorno tras repetirse una situación muchas veces, por ejemplo si cuando se van a la calle el papá se pone las zapatillas, y escucha el sonido de las llaves, el niño irá a la puerta y puede ser que hasta coja su abrigo para salir a la calle. Él no ha entendido cuando hemos dicho “Manuel, nos vamos”, pero si ha entendido el contexto. Los niños y niñas con TEA perciben el mundo a través de los sentidos y su fortaleza es el procesamiento de información a través de estos, sobretodo el visual, por ello cuando queramos que aumente su comprensión seguramente nos tengamos que apoyar de apoyos visuales o gestuales, además del lenguaje oral, debiendo de retirar estos apoyos poco a poco a medida que van mejorando su comprensión del lenguaje oral. Estos apoyos que complementarán nuestro lenguaje oral consistirán en:

- a) **GESTOS NATURALES.** El uso de **gestos naturales** para complementar nuestra indicación, por ejemplo exagerar el gesto de ven para decirle que venga o hacer el gesto de comer para decir que vamos a comer, mientras decimos el verbo o acción de forma clara. Podemos usar además del gesto, foto o pictograma, o un dibujo nuestro si su nivel de abstracción y comprensión es mayor. Un gesto que suele servir para que comprendan la finalización de una actividad es el de “se acabó”, cruzando brazos. También podemos usar el gesto de señalar para que él se fije en nuestro dedo y dirija la atención hacia aquello que queremos.
- b) **PICTOGRAMAS.** Uso de **imágenes o pictogramas** con la función de agenda para avisarle lo que va a suceder. Si usamos fotografías reales podrán entenderlo más rápido, pero una vez que han entendido esta dinámica, podremos usar pictogramas ya que la obtención de estos será más fácil que hacer fotografías, imprimirlas y renovarlas de forma continua. Los pictogramas son dibujos simplificados que podemos encontrar en recursos como por ejemplo [www.pictotraductor.com](http://www.pictotraductor.com). Como veréis algunos pictogramas os costará entenderlos, pero lo importante es que son “símbolos” que si se presentan repetidamente antes de una actividad ellos/ellas le darán significado y les servirá para anticipar una actividad o suceso. Si se usan fotografías, como por ejemplo la imagen de una actividad, juguete, comida o tarea, deben ser claras; en niños con cierto nivel cognitivo, cerca de los 6 años se puede acompañar de la palabra escrita debajo. Con adultos y mayores esta anticipación se puede hacer incluso escrita. Podéis encontrar recursos en la siguiente dirección: [www.arasaac.org](http://www.arasaac.org). Este panel con las imágenes de las tareas que hará durante el día será accesible para el niño pero asegurándonos de que no se convierte en un juego, e irá quitando los pictogramas a medida



que va realizando estas actividades. Establecer esta rutina necesitará tiempo y de un uso continuo para que sea de utilidad. Si usamos imágenes podremos poner un aspa roja encima con velcro o directamente la imagen tendrá un aspa roja para indicar cosas que no puede hacer, como por ejemplo gritar o pegar. También las aspas las podemos colocar en los interruptores para favorecer la comprensión de que no debe apagar o encender la luz.

Cuando trabajemos la comprensión partiremos siempre del léxico conocido e iremos introduciendo por contraste los nuevos elementos, ya que el desarrollo del lenguaje se basa en una progresiva diferenciación de las adquisiciones. La mezcla de ítems fáciles e ítems difíciles se considera un buen sistema para mantener el interés y la motivación, al permitir mayor frecuencia de refuerzos. Si el niño no tiene capacidad de comprensión usaremos la comprensión discriminativa, empezando por un sistema de elección o petición entre alternativas, siguiendo un orden de creciente dificultad:

- 1) Ejercicios de petición o elección entre un ítem nuevo y un ítem conocido.
- 2) Ejercicios de petición o elección entre un ítem nuevo y varios conocidos.
- 3) Ejercicios de petición o elección entre dos ítems nuevos (ya trabajados anteriormente con ítems conocidos).
- 4) Ejercicios de petición o elección entre varios ítems.
- 5) Generalizar la comprensión en diferentes situaciones de las palabras trabajadas. Se debe informar al entorno próximo del niño (familia, otros profesores...) de las palabras trabajadas en las sesiones para que se aprovechen las situaciones naturales como contextos de aprendizaje.
- 6) Presentaremos la nueva palabra en distintos contextos lingüísticos, incluso dentro de pequeñas expresiones más complejas pero que los niños podrán entender con ayuda de la situación.
- 7) Seguiremos con la comprensión sin la ayuda contextual, colocando de vez en cuando los ítems trabajados en medio de situaciones aleatorias que no tienen relación directa con el contenido del ítem (cuando el niño está dibujando o jugando con otro material).
- 8) Utilizaremos la mediación gestual, usando gestos asociados a palabras facilitamos el aprendizaje de su comprensión.
- 9) Realizaremos agrupaciones de palabras por familias o clases semánticas.



10) Uso de técnicas más complejas como las Historias Sociales y “Los importantes”.

## HISTORIA SOCIAL

Es una técnica de comprensión que consiste en apoyarnos de imágenes o dibujos mientras explicamos algo. Por ejemplo, si no se quiere dormir temprano en primavera porque es de día, en una hoja le dibujaremos cuadritos y dentro le iremos dibujando nuestra explicación, por ejemplo: “igual que Bob Esponja (o dibujo que le guste) duerme de día para descansar, Vicente (foto o dibujo del niño) también se tiene que dormir de día como Bob Esponja (foto de Bob Esponja) así estarán con energía y contentos”. Para ello usaremos frases cortas y sencillas, acompañado de fotos e ilustraciones donde se informa sobre las personas implicadas en la acción, las emociones de estas, lo que ha sucedido y lo que va a suceder. Por ejemplo, Mireia (dibujo de Mireia) ha tirado el plato (dibujo de plato roto), Mamá o Papá están enfadados (dibujo de enfadado) y Mireia llora (dibujo o foto de Mireia llorando), Mireia recoge el plato (foto o dibujo del plato), y Mireia, Papá y Mamá están contentos (dibujo o foto de contentos).

La Historia Social tendrá una serie de características:

- Estar desarrollado en primera persona.
- Ofrecer información sobre el tema o situación que vamos a tratar (frases descriptivas).
- Estar compuesta por frases directivas, es decir, frases que dirijan sus actos, describiendo lo que tiene que hacer.
- Contener frases perspectivas: Explicación de lo que puede pasar o cómo se van a sentir él o los demás.
- Ofrecer una síntesis o recopilación al final de la historia que le ayude a recordar lo que tiene que hacer (frases de control).

A continuación os mostramos un ejemplo de Historia Social para no lectores:





## **LOS IMPORTANTES**

Es otra aplicación del uso de imágenes para favorecer la comprensión de una información determinada. Se usa cuando durante la rutina diaria ocurre algún acontecimiento importante. Cuando esto suceda anotaremos "importante" en una hoja de papel y con un rotulador rojo, llamando la atención de la palabra con asteriscos, estrellas, etc., y posteriormente dibujaremos en viñetas los pasos del acontecimiento que ha ocurrido. Las características de esta técnica son:

- Dibujos sencillos, esquemáticos, pero que se ajusten a la realidad.
- Escribir la palabra debajo o encima del dibujo lo que se representa.
- Además del dibujo central se detallarán determinadas señales específicas para ampliar la información gráfica (acciones que componen la explicación, por ejemplo: ver, subir, bajar, etc.).
- Se dibujará en presencia de la niña/o, al mismo tiempo que se va diciendo lo que se dibuja.
- Si el niño o niña lee, podemos leer juntos lo que se ha representado, para comprobar la comprensión y ayudarle cuando no lo entienda.
- La explicación de ruptura de rutinas o de lo "IMPORTANTE", se debe realizar en el mismo momento en que está ocurriendo el suceso.
- Repasar qué ha pasado "IMPORTANTE" en la mañana, la tarde o todo el día y dejar consultar al niño su agenda, si la tuviera.
- Los puede realizar cualquier persona: padres, hermanos, etc.
- Al llevarlo el niño o el familiar en el bolsillo, lo puede consultar cuando quiera.
- Muy útil para eliminar conductas rígidas e inflexibles.

## **EJERCICIOS Y ASPECTOS PARA FAVORECER SU COMPRENSIÓN**

Además del uso de estos apoyos, también podemos favorecer la comprensión del niño cambiando nuestra forma de comunicarnos:



- Dando indicaciones en positivo y claras, por ejemplo en lugar de decirle: “estete quieto”, diremos: “siéntate”, “dame la mano”, “manos quietas” o “manos en los bolsillos”.
- Adecuar el in-put lingüístico y comunicativo. Iniciaremos la comprensión de órdenes dándole órdenes sencillas primero con un verbo, por ejemplo: “coge el mando”, “tira el pañal”, apoyándonos de gestos, señalándole y facilitándoselo, y una vez haya conseguido entender estas indicaciones se lo diremos sin acompañarle con gesto ni facilitándoselo. Posteriormente haremos el mismo proceso pero con dos acciones, por ejemplo “coge el vaso y siéntate”, “apaga la luz y cierra la puerta”.
- Nos pondremos a su altura y sólo le hablará una persona a la vez, para favorecer la comprensión del mensaje.
- Usaremos poco vocabulario y poco lenguaje con verbos en infinitivo, usando la menor cantidad de adjetivos posibles, al menos inicialmente.
- Trataremos de tener un volumen calmado, usando un lenguaje escaso, claro, literal y lento.

## **COMPRENSIÓN DEL NOMBRE**

Dedicaremos especial atención a que comprenda su nombre. Entender el nombre de uno mismo, es un aprendizaje que se obtiene de forma repetitiva, de forma que el niño lo percibe de la siguiente manera: cuando se emite ese sonido (Paula) se dirigen a mí, me dan algo o me aporta algo. En el caso de niños con TEA intentaremos primero, asegurándonos que hay silencio en la habitación, hacer un ruido, siendo nuestro objetivo que mire hacia ese ruido, puede ser una canción, un portazo... Una vez conseguido este objetivo, con la casa en silencio, diremos su nombre enfrente del niño, cuando nos mire le sonreiremos, le haremos cosquillas o le daremos algo que le guste, una vez que haya mirado, podemos ir haciendo lo mismo pero separándonos cada vez más, nos pondremos a su espalda un poco más lejos, nos iremos al pasillo para llamarle, o nos iremos a otra habitación. Una vez que todo esto lo haga con nosotros intentaremos que le llamen otras personas mediante este mismo proceso, de forma generalicemos el aprendizaje.

## **INTERVENCIÓN EN ECOLALIAS**

Cuando el niño es verbal pero continúa con problemas de comprensión, sobretodo en explicaciones abstractas, frases de doble sentido o preguntas, es habitual que aparezcan ecolalias,



estas son repeticiones verbales por parte del niño que no proceden en ese contexto comunicativo en concreto; pueden ser **inmediatas** (cuando alguien le ha repetido algo) o **diferidas** (repite frases días después de haberlas escuchado). En estos casos diremos en primera persona del singular lo que supuestamente tiene o quiere decir, por ejemplo: si decimos “hola Juan”, y el dice “hola Juan”, diremos “hola Miriam” (siendo nosotros Miriam) para que él repita: “hola Miriam”.

Lo más adecuado es que cuando sabemos lo que quiere, le demos el modelo directamente. Por ejemplo, en lugar de decir: “¿quieres helado?”, diremos: “quiero helado”, para fomentar que lo repita. En ocasiones estas repeticiones verbales pueden ser usadas en contextos funcionales.

Una guía para trabajar ecolalias puede ser la siguiente:

- Proporcionar modelos alternativos a la ecolalia, ajustándose al nivel de desarrollo lingüístico del niño.
- Responder a la intención comunicativa del niño.
- Adaptar el input lingüístico al nivel de comprensión lingüística del niño.
- Posponer el entrenamiento de pronombres personales y en general de términos deícticos (este, ese, aquel, aquí, ahora, etc.) hasta fases más avanzadas del programa.
- Generalizar los objetivos alcanzados a una variedad de referentes, contextos y personas distintas.
- Fomentar la espontaneidad y el uso creativo de estructuras sintácticas.
- Enmarcar el tratamiento de la ecolalia dentro de su programa general de tratamiento del lenguaje y comunicación.

### 3.2.4 Habilidades afectivo sociales

Como hemos detallado anteriormente, el Trastorno del Espectro Autista comparte muchas características con otras alteraciones del desarrollo, como por ejemplo con las del Trastorno de Discapacidad Intelectual, si bien, la diferencia radicaría en una mayor afectación en las relaciones afectivas y sociales con el entorno en el caso de personas con TEA. Aspectos a trabajar que van a favorecer el desarrollo afectivo-social son:

- Iniciar la interacción. Buscar rutinas divertidas para iniciar la interacción con la niña/o, por ejemplo “cosquillas”, hacer juegos infantiles, como juegos con los dedos, canciones infantiles, caricias, etc.



- Compartir juego y creación de juego bidireccional. Los juegos bidireccionales son aquellos juegos en los que necesitamos a otra persona para llevarlos a cabo. Estos tipos de juego tendremos que fomentarlos en los niños con diagnóstico TEA, ya que tienden a realizar un juego unilateral. Estos juegos les hacen conscientes de que hay otra persona en el entorno, y la tienen en cuenta, ya que tienen que dirigir sus acciones y posición corporal hacia ella. Es conveniente que estos juegos se hagan con dos personas, una enfrente y otra detrás del niño, de forma que este segundo, situado a la espalda del niño, le ayude a hacer los movimientos necesarios para lanzar el coche, la pelota o el objeto hacia la otra persona, como si fuera una sombra. Esto muchas veces no es sencillo ya que no admiten que otra persona le modifique lo que están haciendo o participen en la misma actividad. Aunque no estén jugando o usando un objeto “adecuadamente”, podemos imitarle y hacer lo mismo que está haciendo él, añadiendo alguna ligera variación, como por ejemplo: si está golpeando una pandereta con una baqueta meteremos debajo de la pandereta un objeto o juguete que le guste, si cierra y abre puertas, cada vez que la abra o la cierre podemos aparecer haciendo una pederreta o enseñando algún juguete, si enciende y apaga las luces podemos aprovechar para darle órdenes (apaga, enciende, apaga, enciende) o ponernos un complemento de disfraz cada vez que encienda la luz. El objetivo de estas actividades es aprovechar su forma de interaccionar con el entorno y sus intereses para convertirlo en un acto comunicativo, convirtiendo una actividad solitaria e individual en una interacción social.
- Trabajar contacto Visual. En ocasiones a los niñas/os con TEA les resulta muy incómodo mirar a la cara, incluso muchas investigaciones han demostrado la dificultad de estos para identificar caras y sus emociones. La mirada la podemos trabajar creando situaciones de suspense ante algo que pida. Por ejemplo, cuando nos vaya a dar un objeto, intentaremos que no nos toque con el objeto hasta que haga una aproximación de su mirada hasta nuestra cara; cuando le hagamos cosquillas o le demos algo de comer que le guste dejaremos un tiempo en suspensión antes de dárselo para facilitar que nos mire, si a los 4-5 segundos no nos ha mirado se lo daremos. También nos podemos poner pegatinas en la cara, complementos en la cabeza o cara (gafas, sombreros...), cosas que le guste o quiera arriba en nuestra cabeza o pintarnos la cara. Además de ponérselo encima de la cabeza podemos coger ese objeto y moverlo hacia un lado y otro lentamente para que haga barrido visual, poniéndonoslo detrás de nuestra cabeza o llevándonoslo cerca de la cara, para facilitarle que nos mire como gesto comunicativo. También podemos hacer dos agujeros en un papel y mirarle a través de ellos o a través de un tubo de cartón. No es aconsejable manipularle la cabeza ni ser invasivos, es mejor trabajarlo de forma indirecta, por ejemplo con las pompas



podemos coger una pompa con el pompero y la iremos moviendo de forma que siga visualmente la pompa, podemos probar diferentes direcciones arriba - abajo-derecha-izquierda.

- Aprendizaje del saludo y la despedida. Son rutinas sociales muy abstractas porque no obtenemos nada tangible de ella, es un gesto de cortesía difícil de entender para un niño con diagnóstico TEA, por ello tienen grandes dificultades en hacerlas. Para ayudarles a hacer el gesto de hola y adiós podemos guiarle un poco con nuestra mano mientras le orientamos físicamente hacia la otra persona. Una alternativa más fácil para ellos es que se despidan o digan hola a través de otra forma de saludo, como por ejemplo chocar manos. Esta es una acción donde tiene en cuenta al otro, es más tangible y tienen un inicio y final claros.
- Identificación del entorno y de él mismo. Ver una fotografía suya, identificarse así mismo en ella, identificar a mamá y papá, diferenciarse de los demás, identificar que una persona existe aunque no la vea..., también serán ejercicios que le ayuden a tener mayor conocimiento de él mismo y de su entorno, favoreciendo su desarrollo afectivo-social.
- Moldeado en contextos sociales. Podemos fomentar, mediar y ayudarles en sus relaciones sociales con iguales, en el parque o en sesión. En estos contextos seremos “su sombra”, para que se sienta seguro y así facilitarle la comunicación con sus iguales. Existen actividades deportivas y extraescolares en muchos municipios y ciudades que tienen profesionales formados y pueden ser de gran apoyo para el niño. A la hora de elegir o seleccionar actividades o el ocio tendremos en cuenta sus gustos y sus intereses.
- Comprensión de las emociones. Es importante ser claros con nuestras emociones y rictus facial cuando nos dirigimos al peque, incluso nos podemos apoyar de gestos o habla signada para enfatizar nuestra emoción, ayudándole a discriminar diferentes emociones. Debemos de ser comprensivos con la gestión emocional de los niños con diagnóstico TEA, ya que tendrán dificultades para regularse y seremos un apoyo fundamental para que logren gestionarla.

La intervención afectivo-social será cada vez más compleja y ocupará la mayor parte de nuestra intervención cuando el niño tenga más posibilidad de comunicarse, bien mediante SAAC o bien mediante lenguaje verbal. Para trabajarla con niños preverbales, no verbales o mínimamente verbales nos será útil poner en práctica lo abordado en los anteriores puntos donde hemos detallado cómo aumentar la espontaneidad y el interés por establecer interacciones sociales.

Será fundamental el trabajo con la familia para que fomente el desarrollo afectivo-social con su hijo. Además de guiarle en el desarrollo de habilidades comunicativas, podemos facilitar su



aprendizaje con vídeos prácticos, como por ejemplo los mostrados en la siguiente dirección: [impact.autismoavila.org](http://impact.autismoavila.org).

## 3.2.5 Habilidades cognitivas

Cuando hablamos de habilidades cognitivas nos referimos a procesos que nos permiten recibir, seleccionar, procesar, almacenar y recuperar información. En TEA las trabajaremos desde un punto muy inicial y muy dirigidas a favorecer la comprensión del entorno, que facilite su día a día y que sea la base para desarrollar otras competencias, como el lenguaje o procesos afectivo-sociales. En la intervención de habilidades cognitivas tendremos en cuenta tres aspectos: **fomentar un aprendizaje sin error**, el **número de ensayos necesarios** para lograr ese objetivo y ofrecer **oportunidades** de aprendizaje de esa habilidad (modelado) que puedan aparecer.

- Aprendizaje sin error. Se trata de la enseñanza explícita de los pasos que componen un aprendizaje. Requiere la realización de una secuencia de acciones, evitando que se equivoque o ignorando el error si lo comete (ya que esto le frustraría y desmotivaría) incorporando dicho error como un aprendizaje válido. Le reforzaremos por las aproximaciones al aprendizaje que haga y no por la tarea realizada.
- Ensayos de ejecución de la actividad. Se debe realizar un número importante de ensayos de ejecución de la actividad. Es importante la reiteración del aprendizaje en condiciones específicas y repetir el esquema para adquirir el objetivo.
- Modelado. Consiste en recrear y forzar las escenas que el niño no sabe realizar (saludar al entrar en clase, iniciar una interacción...). Se puede realizar un role playing de la escena que queremos que el alumno procese e incorpore en su repertorio. Como siempre habrá que observar si presenta el aprendizaje de esa conducta en otros momentos, para poder considerar que está realmente adquirido.

### CÓMO TRABAJAR LAS HABILIDADES COGNITIVAS. Propuesta de estrategias y ejercicios:

A continuación os proponemos diferentes ejercicios y objetivos que serán el punto de partida para el desarrollo de otras competencias más complejas:

- Permanencia del objeto. Podemos jugar con él a esconder cosas que le gustan mucho. Primero nos aseguraremos de que nos mire y esconderemos, bien en un bote o debajo de un trapo, eso que le gusta. Una vez que lo encuentre, lo podemos esconder en uno de entre dos



trapos; posteriormente una vez escondido lo moveremos como si fuéramos trileros. De esta manera empezará a ser consciente de que las cosas existen aunque no se vean. También podemos esconder objetos o una pelota dentro de su camiseta o dentro de la nuestra, para que nos pida ayuda para sacarla y trabajar a su vez la permanencia del objeto.

- Señalar. Es un hito de desarrollo que aparece en torno a los 10 meses y tienen diferentes funciones: la más primitiva es la de pedir, pero también se usa para compartir un interés sobre algo, como si dijese: “mira eso” (función declarativa). Podemos empezar a enseñárselo, modulando su mano y acercándole el objeto que quiera para que antes de cogerlo lo toque; también podemos sentarnos frente al niño/a durante la lectura de un cuento, de esta manera al tenerle enfrente habrá más oportunidades de que nos mire a la cara y así trabajar el contacto ocular, gracias a esta posición nos aseguraremos de que su mirada sigue nuestro dedo mientras vamos diciendo nombres de animales o cosas que aparezcan en el cuento; también iremos modulando su dedo índice mientras señalamos las cosas que verbalicemos. Otros ejercicios puede ser pegar unos stickers de color en una página en blanco y hacer que los señale con nuestro apoyo. Otra oportunidad de aprendizaje sería ofrecerle dos cosas, una que quiera mucho y otra que no quiera, para que use el dedo para elegir. Otro ejercicio que podemos hacer es mojar el dedo índice en pintura y que pinte con él, hacer caminos con el dedo en la arena, etc.
- Propiocepción del cuerpo. Estos ejercicios le ayudarán a tener conciencia de su cuerpo, del uso que le da y de la utilidad de sus movimientos. Un ejercicio relacionado con este objetivo sería por ejemplo ponernos un sticker en la cara o pintarnos la cara tanto nosotros como a él y mirarnos a un espejo, con este ejercicio no solo nos mirará más sino que empezará a ser consciente de las partes de su cara. Muchos niños se comunican de forma instrumental con los demás, es decir levantan a sus padres y los llevan donde quieren, los usan como un instrumento siendo un medio para obtener cosas, incluso en situaciones en las que físicamente ellos por sí mismos podrían obtenerlo sin necesidad de ayuda. Por ejemplo, si quieren abrir una puerta, aunque ellos puedan abrirla, buscarán a un adulto y lo llevarán a la puerta para que la abra él. A medida que él desarrolle su propiocepción empezará a realizar conductas de forma más autónoma.
- Imitar. La imitación es muy importante en el desarrollo en general, es una piedra angular donde descansan el resto de aprendizajes. Gracias a ésta aprendemos el lenguaje, a relacionarnos socialmente, a relacionarnos con el entorno, buscar soluciones a problemas del contexto, etc. La imitación implica ver al otro como persona y copiar aquello que vemos. En



una fase inicial de este proceso imitaremos las acciones que haga el niño con los objetos y los sonidos que el niño/a realice. Posteriormente trataremos de que imite movimientos con objetos (ej. imitar golpes con una baqueta, chocar dos cubos, etc.) y después buscaremos que imite movimientos con las partes del cuerpo (ej. aplausos, pataleo de pies, golpes en diferentes partes del cuerpo, canciones infantiles, etc.). A medida que vaya imitando, las tareas serán más complejas.

- Tareas manipulativas. En la realización de las tareas manipulativas observaremos su capacidad de organizarse en una tarea y en el desempeño de diferentes procesos cognitivos. Ejemplo de esta tarea sería enhebrar cuencas de madera grandes con un cordón, realización de puzzles (primero puzzles de encaje de figuras geométricas, después con la imagen de la pieza en el tablero, después sin la imagen, posteriormente de dos o tres piezas de corte liso), copiar una construcción de cubos (tren, torre, muro, silla), hacer una serie de colores con pinchitos (primero de un color, después intercambiando dos colores, después tres...), etc. Con estas tareas también estaremos trabajando el uso de la pinza digital, siendo uno de los principales hitos del desarrollo que un bebé logra, y que será muy útil para tareas cotidianas como: abrocharse el abrigo, abrir cremalleras, dibujar, etc. Más ejemplos de ejercicios que favorezcan las funciones ejecutivas son: colorear, imitar trazos (línea horizontal, línea vertical, círculo, cuadrado), en las cuales además de trabajar atención, concentración, coordinación y organización, también se pone en marcha procesos de solución de problemas sencillos, como por ejemplo sujetar el papel con la mano izquierda mientras coloreamos.
- Clasificar y emparejar. Otras tareas importantes para los primeros niveles de desarrollo cognitivo son las tareas de clasificar colores, emparejar objetos iguales, emparejar imagen con objeto y emparejar imágenes iguales. Con estas tareas estará operando sobre las diferentes características de las imágenes y de los objetos, uniéndolos y relacionándolos por sus semejanzas y diferencias.
- Simbolizar. Es un proceso que está involucrado en la mayoría de áreas del desarrollo (lenguaje, cognitivo, afectivo-social). Consiste en asignar un significado a algo que realmente no lo tiene “per se”, por ejemplo la palabra comer no significa nada, solo es una combinación de sonidos, pero le damos el significado que cuando la emitimos o la escuchamos nos referimos a alimentos, al hecho de ingerir alimentos. Otro ejemplo es hacer el gesto de dormir, el gesto en sí no significa nada pero le otorgamos un sentido, una función. El primer paso para desarrollar esta habilidad consistiría en enseñarle a usar los objetos para lo que sirven, por ejemplo usar un cepillo para peinarse y no para dar golpes o estimularse, usar un



vaso para beber... es decir, consistirá en enseñarle a usar los objetos según su función. Posteriormente lo puede hacer con juguetes que representen estos objetos (ej. hacer como que bebe con un vaso de juguete), posteriormente hará acciones con esos objetos a otros juguetes (ej. bebés, muñecos, coches...) y a nosotros. Después de este punto ya podrá iniciar a usar objetos para un uso diferente al que han sido creados. Por ejemplo, usar un trozo de madera a modo de barco. La simbolización se puede desarrollar de forma lúdica mediante el juego de igual manera que con cualquier niño con o sin diagnóstico.

## **CÓMO DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE JUEGO EN EL NIÑO/A**

El juego es fundamental en el desarrollo de un niño, por lo que será algo que también fomentaremos en el niño con TEA. Para ello deberemos de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Aprovechar las oportunidades espontáneas que genera el niño para favorecer el juego.
- Establecer momentos de juego estables y diarios que pueda anticipar.
- Señalizar estos momentos de juego dentro de la agenda y enmarcarlos después de una actividad que tenga un fin claro y antes de una actividad individual de menor exigencia para él.
- Plantear actividades de ciclo corto.
- Crear rutinas de juego para animar la interacción.
- Escoger el mejor entorno para jugar y tener preparado todos los objetos necesarios y eliminar aquellos estímulos distractores.
- Organizar los juegos en la sesión. Inicialmente es mejor plantear sesiones caracterizadas por una única actividad, para de forma progresiva ir aumentando más actividades y más tiempo de juego.
- Iniciar la intervención con sesiones de juegos motores o circulares. Cuando ya acepte estas actividades introduciremos juegos con objetos, empezando por los objetos con los que ya disfrute.
- Una vez que ya hayamos incorporado nuevos juegos, comenzaremos a organizarlos de la manera más adecuada, creando una estructura que permita la anticipación. Para esto



también pueden ser útiles las señales acústicas para ayudar a comprender la estructura de la sesión (canciones, retahílas, frases características).

- Utilizar actividades que coordinen habilidades visuales con habilidades motrices.
- Una vez que ya exista un abanico de actividades debemos dar la oportunidad de elegir entre objetos diferentes y posteriormente entre opciones dentro de la misma categoría de juguete.
- Respetar la secuencia evolutiva en el desarrollo del juego: juego circular de interacción, juego con contacto físico, juego motor, juego de imitación-contraimitación, juego de causa-efecto (ej. sencillos como agitar un sonajero a más complejos como darle cuerda a un juguete que tiene movimiento) y juego funcional y simbólico. Tendremos que tener en cuenta que primero enseñaremos el uso de objetos cotidianos dentro de su contexto habitual y dentro de las rutinas diarias para posteriormente enseñarle a usar funcionalmente esos mismos objetos fuera de su contexto habitual, después introduciremos el juego con juguetes que no tengan una utilidad clara, posteriormente usaremos juegos de mesa individuales (discriminar, clasificar, emparejar atendiendo a criterios de forma, color, tamaño, encajables, lotos...) y juegos de concesiones mutuas (juegos de toma y dame en los cuales se perfeccionan las habilidades de dar y recibir objetos y se desarrollan habilidades interactivas, para más adelante ampliar el círculo con otros niños).

Hay muchísimas tareas e ideas que se pueden hacer para fomentar el desarrollo cognitivo en niveles iniciales, las que hemos comentado son solo algunas sugerencias para asentar una base de cara a lograr objetivos más complejos.

## **MOTIVAR AL NIÑO/A**

Una de las dificultades que nos podemos encontrar en este tipo de tareas, es la motivación del niño. Muchas tareas o actividades que proponemos al niño/a pueden carecer de su interés o no comprender el sentido de estas al no entender para qué sirven. En estas situaciones, para motivarle, será necesario reforzarle para provocar aprendizajes. Primero empezaremos a darle un refuerzo cuando haga algo que le pidamos o se aproxime a ello, incluso si es con ayuda, después se lo daremos cuando lo vaya haciendo poco a poco por sí solo. Al principio la frecuencia con la que se lo daremos será alta, de forma que cuando haga la conducta solicitada le daremos este reforzador y cuando este proceso lo tenga admitido podremos hacer varias tareas antes de dárselo. Es mejor usar



algo que le guste mucho para dárselo solo cuando hagamos estas tareas. Es importante saber que el refuerzo hay que administrarlo lo más rápido posible.

Puede pasar que no sepamos qué cosas le gustan, por lo que es importante observar detenidamente y ver qué objetos o comida le gusta para solo dárselos en estos contextos. Para ello podemos rellenar un registro sobre todos los juegos que parecen interesarle, especificando el tiempo que les dedica, si es una actividad compartida o individual, si requiere de objetos, los momentos en los que realiza cada juego, etc.. Así mismo trataremos de conocer su perfil sensorial y motor, detectando la sensación que más le relaja, la que más le estresa y la que no acaba de apreciar. Observaremos cómo responde a los diferentes tipos de tacto, sonidos y volúmen, como procesa las sensaciones, cuál es su percepción visual, sus competencias motoras, la respuesta ante el movimiento y las actividades que le estimulan. Con toda esta información podremos saber qué cosas le motivan, le desmotivan, le son agradables o desagradables.

### 3.2.6 Alteraciones sensoriales

Las experiencias sensoriales pueden tener un gran impacto a nivel emocional, generando situaciones de angustia y tensión diarias, limitando significativamente el desarrollo de la persona (ej. restringiendo los entornos en donde la persona quiere estar o las actividades en las que quiere participar). Los altos niveles de estrés diarios se relacionan de manera frecuente con altos niveles de ansiedad y constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental. Los estímulos sensoriales pueden ser procesados de manera diferente por cada persona, en función tanto de las características neurológicas propias como de los factores del entorno y el grado de control sobre dichos estímulos. Es importante elaborar un perfil sensorial, debido al alto impacto que puede tener en el bienestar de la persona en el día a día. Por ejemplo, los estímulos sensoriales impredecibles o inesperados suelen causar un mayor impacto emocional y ansiedad que los anticipados; es mucho más angustiante el ruido inesperado del taladro de un vecino que el ruido de un taladro similar manipulado por la propia persona. Aproximadamente el 90% de las personas con TEA experimenta diversidad sensorial, y tanto esta como la ansiedad es muy frecuente en ellas.

Para las personas con TEA puede ser intolerable procesar determinada información a través de los sentidos, por lo que deberemos entender sus peculiaridades sensoriales y tener cuidado con ellas. Por ejemplo, si reacciona de forma desproporcionada ante determinados ruidos puede llevar unos cascos. Esto también lo podemos hacer para reducir el número de estereotipias, ya que un “no” o un grito les puede poner más nervioso, por ejemplo si tiene estereotipias con las manos (aleteo) podemos jugar a chocar con las manos y decirle “¡¡bien!!!¡¡choca!!!”, si da vueltas jugaremos al corro



de la patata, si cierra y abre puertas podemos jugar a una especie de cucutras, de esta manera convertiremos las estereotipias en conductas con sentido; también podemos darle algún objeto que le guste para que pueda interactuar con ese objeto en lugar de realizar estereotipias.

De esta forma, podemos aprovechar su necesidad de estimulación sensorial para realizar actividades con él, convirtiendo sus necesidades sensoriales en juego. Por ejemplo, podemos hacerle rodar por un colchón, manipular arena o andar por un caminito de diferentes texturas rugosas, plumas, piedrecitas, algodón o tocar diferentes tipos de texturas con las manos.

Sus necesidades sensoriales pueden provocar algún momento incómodo, como por ejemplo que se autoestime los genitales como lo haría cualquier niño o niña de su edad. Esto es normal, si bien los niños y niñas con diagnóstico TEA tendrán dificultad para aprender en qué momentos pueden autoestimularse. Hay que entender que ellos no tienen las connotaciones sexuales que tenemos los adultos, simplemente lo hacen porque les hace sentir bien, como cuando usaban el chupete o tiene estereotipias, si bien esto puede ser incómodo para nosotros o para otras personas, en esos casos podemos sacar sus manos y ofrecerle un juguete que le guste y sea fácil de manipular, tocar sus manos con las nuestras, dar crema con nuestras manos, o dependiendo del grado de comprensión y estilo educativo familiar se le pueden presentar un picto o fotos del niño haciéndolo y posteriormente le guiaremos hasta su habitación y le dejaremos que lo haga allí. Los expertos de sus hijos serán sus propios padres, por lo que estas son ideas que quizás les valgan, o quizás les sirvan de inspiración para generar otras.

Las alteraciones sensoriales muchas veces afectarán a su día a día, sobre todo en tareas de autocuidado y autonomía, sobre ellas hemos hablado con más detalle en el apartado de autonomía.

Hay muchos niños con diagnóstico TEA que tienen gran torpeza motora y problemas de equilibrio por lo que debemos ser cautelosos en fijar ciertos objetivos como montar en patín o bicicleta, ya que tendrán preferencia por terrenos seguros. A otros en cambio les encanta hacer actividades más motoras como subirse a una pelota de yoga, jugar al pilla-pilla, columpiarse o subirse a una hamaca. También es frecuente que anden de puntillas, esto obedecerá más a alteraciones de proceso de información sensorial que a problemas físicos. Para poder favorecer que pise con la planta del pie podemos hacer tareas de sensibilización como pasarle una pelota de tenis por algunas partes del pie para desensibilizar la zona, andar con cosas pesadas, imitar pasos de animales con apoyo de imágenes (elefantes, pingüinos, canguros...), etc.



Como en el resto de áreas, en esta también será muy importante realizar psicoeducación a la familia para que entiendan el por qué su hijo tiene la necesidad de mostrar estas estereotipias y de cómo convertirlas en conductas funcionales.

## 3.3 Intervención con adolescentes

A continuación abordaremos la intervención centrada en **adolescentes verbales**, ya que los no verbales seguirán una intervención similar a la anteriormente descrita pero modificando características asociadas a la edad, guiándonos por principios de la Planificación Centrada en la Persona (PCP), que consiste en coordinar todos los contextos donde se desarrolla la persona para facilitar su calidad de vida, toma de decisión, elección y adaptación de los diferentes contextos.

Si en niños con TEA existen muchos programas de estimulación, pero cuya evidencia no es total y sobretodo son prácticas recomendadas, en la adolescencia y adultez hay muchísimos menos; uno de estos programas es el **Programa PEERS** que consiste en enseñar lo que realmente hacen las personas al socializar en contextos realistas.

Tanto en adultos como en adolescentes la forma de intervenir será similar, adaptando nuestra comunicación y objetivos a la edad de la persona, por lo que la sección de intervención en adultos es complementaria a esta. En esta parte abordaremos la intervención en la **cognición social**, ya que en la adolescencia esta área tiene especial importancia.

Inicialmente antes de la intervención conoceremos a la persona y estableceremos el **perfil TEA** de esta, nos fijaremos en el interés que muestra por manualidades, el dibujo, la pintura, las artes, la escritura, aspectos creativos, manipulación de objetos con una finalidad técnica o creativa... con el objetivo de incorporar estas actividades, que implican repetición, y crear un clima relajado. Del mismo modo lo haremos si sus intereses son en relación a la tecnología y la sistematización. Observaremos especialmente su patrón de relación inhibida vs. desinhibida y sus expectativas sociales, esto lo tendremos en cuenta de cara a organizar intervenciones grupales para buscar afinidades y complementariedad.

A partir de aquí las ayudas que podemos ofrecer y **objetivos a trabajar** serán:



- Identificar sesgos y atribuciones comportamentales, ayudándole a pensar hipótesis alternativas.
- Usar actividades cognitivas simplificadas (ej. opciones de elección múltiple para enseñar pensamientos útiles e inútiles).
- Explorar el modo en que gestiona, comprende y emplea su tiempo; y ayudar a regular la ansiedad vinculada a actividades de la vida diaria que exigen automatización y agilidad.
- Trabajar la atención plena para abordar la sensibilidad a la ansiedad e intolerancia a la angustia. Diversos estudios identificaron que los niveles más altos (pre-intervención) de intolerancia a la incertidumbre predijeron mayores niveles de ansiedad y preocupación antes y después de ella.
- Promover la relajación y la parada de pensamiento, creando apoyos visuales o manipulativos. Hay que tener en cuenta que muchas chicas con TEA comprenden mejor los conceptos abstractos que los que se pueden tocar.
- Crear una lista de reglas sociales no escritas para prevenir situaciones de bullying entre chicas y chicos, vinculadas a la identificación y manejo de rumores, solución de problemas, manejo de desacuerdos o la instrumentalización con componente social.
- Entrenar en el reconocimiento de los niveles de intimidad y de situaciones de chantaje, ayudando a diferenciar secretos buenos de secretos malos, con el objetivo de prevenir el abuso.
- Entrenar en el conocimiento del cuerpo, el reconocimiento de lo público y lo privado, y el cuidado del cuerpo, desde una edad temprana y con contenidos crecientes de acuerdo al desarrollo de la persona.
- Enseñar educación sexual integral y programas afectivo sexuales que expliquen los procesos de maduración y crecimiento que anticipen los cambios del cuerpo y entrene en valores y diversidad.
- Explicar de forma lo más clara y literal posible quienes pueden cooperar en el baño, la higiene personal, el cambio de ropa, y quienes no y qué hacer ante un intento de una persona no autorizada a la cooperación.



- Explicar literalmente lo que implica el consentimiento, ya sea para un contacto corporal mínimo adecuado en un juego, para una demostración de afecto, como una caricia o un beso, así como para diferentes tipos de vínculos.
- Explicar cómo reaccionar cuando otras personas puedan tener intentos de acercamientos físicos inapropiados no deseados y cómo reconocerlos, sin que ello implique atemorizar a la persona. Tener en cuenta las reglas, las excepciones y la literalidad, enseñarle a cuidarse, pero también a compartir el espacio y su cuerpo con otros de forma apropiada y consentida, y tener confianza en sí misma/o para distinguir situaciones de riesgo.
- Apoyar y acompañar la necesidad de exploración del propio cuerpo, el reconocimiento de las partes privadas con naturalidad, el conocimiento de las diferencias del cuerpo en niños y niñas, y el auto-erotismo durante la adolescencia, todo mostrado de acuerdo al nivel de comprensión de la persona y con los apoyos adecuados.
- Enseñar el concepto de amistad, diferenciando amistades cercanas o íntimas, de amistades casuales y conocidos. Enseñando las conductas que la amistad supone y los signos de ser aceptado o rechazado en un entorno específico, tanto en chicos como en chicas.
- Ayudar a explorar amistades adecuadas y modalidades de vínculos sanos, donde haya horizontalidad y reciprocidad, teniendo en cuenta los factores culturales que influyen en cada contexto.
- Entrenar en el reconocimiento de emociones y en su gestión emocional.
- Usar apoyos visuales, tareas estructuradas, repetición en varios días de lo trabajado y usar videos para fomentar un aprendizaje por modelado para los conceptos difíciles de entender, y fomentar el uso de estos por parte de la persona o de la persona de referencia para favorecer su organización o comprensión del contexto.
- Hablar del diagnóstico y del autismo con ella/él cuando comience a hacer preguntas sobre sus diferencias, así como explicar y trabajar su perfil de fortalezas y debilidades, y enseñar el valor de la diversidad. Cuanto más sepan sobre ellos mismos, más fácil resultará explicarle esto a los demás, comprenderse a sí mismo, encontrar pares, construir su identidad y prevenir comorbilidades.
- Apoyar el proceso de desarrollo de identidad personal, la orientación sexual y la vivencia del género y facilitar la interacción con otras personas con TEA a través de contactos presenciales o enseñanza de redes de apoyo.



- Si es posible involucraremos a la madre o al padre o una figura de referencia para apoyar la implementación de los objetivos trabajados.
- Trabajar con la familia para ayudar de forma natural a anticipar cambios físicos, corporales, sociales y generar hábitos saludables respecto a la higiene y alimentación.

## 3.4 Intervención con adultos

Dentro de la práctica clínica nos encontramos con el problema de que hay adultos con autismo altamente funcionales que desconocen aún que presentan esta condición. Son personas independientes, con sus responsabilidades laborales y proyectos vitales que, a menudo, perciben que algo falla en ellos. Sin embargo, los problemas en la interacción social, la hipersensibilidad a los estímulos y la ansiedad suelen limitar seriamente su calidad de vida, más allá de las singularidades de cada uno, el autismo en adultos interfiere en la realidad cotidiana de este amplio colectivo.

El objetivo de todos los adultos, tengan o no autismo, es lograr una **calidad de vida** equivalente a la de la mayoría de los ciudadanos de su país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción que tiene una persona de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y de los sistemas de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. En el ámbito de la discapacidad se ha sugerido que hay ocho áreas clave: desarrollo personal, autodeterminación, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos, y bienestar emocional, físico y material.

Existen diferentes **programas de intervención o prácticas recomendadas** que van a ayudar a los adultos con TEA. Por ejemplo, las intervenciones diseñadas para mejorar el **funcionamiento social** suelen entrañar una amplia gama de estrategias diferentes, entre ellas: la simulación y el modelado, la retroinformación directa, la discusión y adopción de decisiones, así como la formulación de normas explícitas y estrategias generales para hacer frente a situaciones socialmente difíciles. En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, se ha documentado que los enfoques cognitivo-conductuales, incluida la atención plena (“mindfulness”), tienen un efecto moderado - amplio en la reducción de la ansiedad. Sin embargo, se necesita adaptar las estrategias de terapia cognitivo-conductual (TCC) para considerar los síntomas específicos de las personas con autismo.



También se ha descubierto que los **programas diseñados para desarrollar el ocio, la relajación y las habilidades de la vida diaria** mejoran la salud mental y la calidad de vida en general.

Los **programas para fomentar el empleo** en personas con TEA también han mostrado resultados significativos, puesto que para muchos adultos con autismo el acceso a un empleo apropiado es probablemente una de las maneras más eficaces de mejorar su calidad de vida. La participación activa en el trabajo proporciona un programa diario significativo y estructurado, mejora la inclusión social y el rendimiento cognitivo, y aumenta financieramente las oportunidades de mejorar la vivienda y las actividades de ocio. Aunque las personas con autismo tienen muchas dificultades para encontrar y mantener un empleo adecuado, cada vez hay más pruebas de la eficacia y los beneficios, en cuanto a costos, de los programas de empleo con apoyo. Estas adoptan muchas formas diferentes, pero la mayoría ofrecen formación para desarrollar las aptitudes sociales y profesionales esenciales, asesoran sobre los cambios en las situaciones laborales habituales (ej. adaptación de los procedimientos de entrevista, hacer que el entorno físico de trabajo sea más "amigable con las personas con autismo", etc.), y apoyan el desarrollo de competencias sociales y profesionales. Se ha comprobado que estos programas dan lugar a un aumento de las tasas de empleo, salarios y nivel de los empleos, una retención más duradera del puesto de trabajo y una reducción de la dependencia de las prestaciones económicas del gobierno.

Otro aspecto a tener en cuenta, es que la edad adulta es el período más largo de la vida y los clínicos o personas que participen en la transición a la edad adulta de las personas con TEA deben ayudar a establecer un plan de vida que incluya todos los componentes esenciales que compartimos en nuestras vidas. Entre ellos figuran: el apoyo a la vida independiente o semiindependiente, el desarrollo de amistades y, cuando proceda, de relaciones íntimas; la reducción de la soledad y la mejora de la participación en la vida comunitaria, y la ayuda a las personas para que puedan hacer frente a acontecimientos vitales inevitables, como la pérdida de los padres o la necesidad de trasladarse de domicilio. Por tanto, el **acompañamiento en sucesos vitales y de relevancia** a lo largo de la edad adulta será fundamental para lograr su calidad de vida.

Por último, los **programas que promueven la salud física y mental** deben ser tenidos en cuenta. Es esencial desarrollar medios eficaces para mantener una buena salud física y proporcionar atención médica regular, además de un seguimiento para las condiciones crónicas asociadas con el autismo, en particular la epilepsia. A su vez, el acceso a la atención de salud mental específica para el autismo también es crucial para reducir las tasas de ansiedad y depresión y minimizar el riesgo de suicidio.



La intervención psicológica en el adulto con autismo dependerá siempre de sus necesidades particulares. Podemos tener adultos con autismo altamente funcionales y también quien presente una mayor dependencia, con limitaciones comunicativas severas, problemas en la interacción social y unos comportamientos repetitivos más acusados.

Antes de iniciar el tratamiento o consulta de salud mental es conveniente realizar una evaluación, como hemos comentado anteriormente en su respectivo módulo, con el objetivo de recopilar la máxima información posible, así como las explicaciones y dudas sobre el motivo de preocupación.

## **OBJETIVOS Y ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA INTERVENCIÓN**

Teniendo en cuenta las demandas más frecuentes y centrándonos en los adultos verbales, ya que como hemos dicho anteriormente en adultos no verbales abordaremos los objetivos iniciales del desarrollo adaptado a las características propias de su edad, los aspectos a trabajar y a tener en cuenta serán los siguientes:

- Entrenamiento en comunicación y habilidades sociales.
- Modificación de determinadas conductas para favorecer su integración, bienestar y conducta social.
- Promover rutinas funcionales que fomenten un adecuado sentimiento de seguridad y autonomía.
- Promover habilidades para ayudar a que tengan estrategias eficaces en la gestión de su propio dinero.
- Entrenar en gestión eficaz del tiempo y enseñar la importancia de crear y mantener rutinas, especialmente para fomentar habilidades para la vida, destrezas domésticas y de autocuidado.
- Favorecer la integración laboral. Facilita apoyos y acompañamiento en los entornos universitarios y laborales para facilitar la comprensión de los compañeros y el desarrollo de ajustes y adaptaciones que sean necesarios.
- Atender dimensiones como la ansiedad o los trastornos del estado de ánimo, como la depresión. No podemos olvidar que este tipo de realidades supone hacer frente a múltiples retos emocionales. El abordaje de la ansiedad estará centrado en la respuesta al



afrentamiento de la incertidumbre junto a una exposición gradual. De ahí, que la terapia cognitiva-conductual sea muy adecuada en estos casos.

- Hacer visibles características personales sin usar camuflaje de características TEA.
- Definir su círculo de seguridad.
- Mejorar muchas de sus relaciones, ya sea a nivel afectivo, familiar y laboral.
- Intervenir en posibles problemas de comportamiento derivados de problemas cognitivos graves.
- Brindar ayuda y soporte cotidiano al que poder preguntar y también con quien poder liberar miedos, dudas, ansiedad, estrés... Incluso realizando intervenciones puntuales, menos continuadas pero más intensas, en situaciones de crisis emocionales o situaciones estresantes y crisis vitales: maternidad/paternidad, duelo y pérdida de apoyos familiares, separaciones, menopausia, envejecimiento o acompañamiento en situaciones de enfermedad.
- Trabajar con el entorno familiar si nos autorizan a ello, para saber cómo actuar o simplemente entender qué es el trastorno del espectro autista, siendo esto a su vez un paso determinante para facilitar la vida de la persona.
- Trabajar sobre la reestructuración cognitiva de experiencias negativas pasadas, desde una perspectiva amplia que aborde mecanismos de resiliencia y estrés postraumático.
- Enseñar modelos de relaciones interpersonales saludables, ayudando a diferenciar conductas objetivas y a identificar sus propias emociones en la interacción con otras personas.
- Abordar la sexualidad y las expectativas desde el respeto a la identidad de género y la orientación sexual.
- Promover el desarrollo saludable de intereses y fortalezas, y una autoestima saludable.
- Establecer grupos de personas con TEA.
- Entrenamiento en reconocimiento y gestión emocional.
- Apoyar el desarrollo de estrategias de gestión emocional en situaciones de sobrecarga, facilitando el conocimiento sobre aspectos emocionales vinculados a sus estados físicos como los procesos de menstruación o menopausia.



Reiteramos en el uso de terapia cognitiva-conductual y contextual (ACT, mindfulness,...) para abordar los objetivos propuestos con los adultos con TEA, si bien la rigidez cognitiva, el pensamiento concreto y las dificultades sociales limitan la respuesta a la psicoterapia o tratamiento farmacológico incluso en los subdiagnósticos.

Además el uso de apoyos visuales y videomodelado para favorecer la generalización del aprendizaje realizado en sesión será de gran ayuda para lograr los citados objetivos.

Por último, no podemos olvidar incorporar sus intereses en el proceso de vinculación, pues mejorará la eficacia de la intervención.

## 3.5 Intervenciones con un enfoque médico

A continuación vamos a ver algunas propuestas que se han hecho desde este enfoque para abordar el TEA:

- **Alimentación:** La alimentación es una de las alternativas que se han generado y popularizado para “tratar” el autismo. Actualmente no existe suficiente evidencia para recomendar dar vitamina B6, magnesio o hacer dieta sin gluten y caseína, si bien muchas familias la llevan a cabo, ya que tampoco hay estudios de lo desaconsejen.
- **Fármacos:** Existen medicaciones psicoactivas que se utilizan para tratar las conductas disruptivas, aislamiento social, problemas de sueño, ansiedad, hiperactividad, tics, agitación, estado de alerta, atención, o incluso para inducir el sueño. Los puntos en contra son los efectos secundarios que conllevan, recomendando acudir a ellas cuando el día a día familiar o escolar es inasumible por el impacto que tiene la conducta en su funcionamiento diario. Si la familia o persona se decide por esta opción es necesario indicarles que deben seguir las pautas de administración de su médico y nunca automedicar ni variar la dosis pautada.

Como hemos señalado en capítulos precedentes, existe una variada sintomatología propiamente psiquiátrica en los pacientes con TEA: trastornos de conducta graves (inquietud, impulsividad, auto y heteroagresiones, conductas compulsivas y estereotipadas...), trastornos del sueño, crisis de ansiedad/pánico, trastornos del ánimo y descompensaciones psicóticas. Entendemos estas, no tanto como una suma de comorbilidades psiquiátricas, sino



como la expresión de la gran variabilidad sintomatológica dentro del TEA. Por el momento no hay ningún tratamiento farmacológico que corrija los déficits comunicativos, sin embargo, los fármacos pueden ayudar a facilitar los logros educativos y potenciar las intervenciones que se realicen. Prácticamente todas las medicaciones psicotrópicas disponibles han sido probadas en pacientes del espectro autista.

Los síntomas más frecuentes que nos llevarán a aconsejar la consulta con un psiquiatra son los comportamientos disruptivos, como las hetero y autoagresiones, los comportamientos repetitivos, la hiperactividad, los trastornos del ánimo, de la ansiedad y del sueño. La identificación de la clase de medicamentos a utilizar vendrá de la extrapolación de su empleo en síntomas comunes en otras enfermedades (ej. irritabilidad en la depresión, hiperactividad en TDAH, comportamientos repetitivos en TOC...). Aunque no existen en la mayoría de los fármacos estudios o revisiones sistemáticas que permitan asegurar evidencia científica para su utilización, existe el consenso entre los clínicos de que ciertos fármacos pueden ser beneficiosos en personas con TEA:

- Neurolépticos. Son los más útiles para abordar la irritabilidad, hiperactividad y agresión. Son los nuevos neurolépticos los que se están utilizando principalmente, ya que los clásicos tenían importantes efectos secundarios. Aunque actualmente sólo la risperidona tiene la indicación para el tratamiento específico en TEA, los numerosos estudios que se están realizando permitirán probablemente que la indicación se amplíe a otros fármacos.
- Antidepresivos. Todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han sido estudiados en esta población. Algunos de ellos han demostrado su efectividad en mejorar los pensamientos y conductas repetitivas (fluoxetina, fluvoxamina) aunque la evidencia de su eficacia es limitada.
- Agentes gabaérgicos. Existe una larga experiencia clínica de que las benzodiazepinas pueden exacerbar las alteraciones comportamentales de los pacientes con TEA.
- Anticonvulsivantes. Esta opción es atractiva, dada la frecuente comorbilidad de epilepsia y autismo. Muchos de los anticonvulsivantes son considerados por su efecto estabilizador del ánimo, así como por el tratamiento de la impulsividad y la agresión.
- Estimulantes de la atención. En los ensayos clínicos aleatorizados realizados en niños con autismo e hiperactividad se han encontrado ratios de respuesta a metilfenidato inferiores a las de la población de niños con Trastorno por Déficit de Atención. Se ha documentado sobre



todo su utilización en las personas con TEA de alto nivel cognitivo. Dado el riesgo de producir tics o estereotipias, la proporción de riesgo/beneficio debe valorarse cuidadosamente.

## 4. BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA PERSONAL Y FAMILIAR

El estrés familiar tiene muchas consecuencias en el bienestar psicológico y la salud mental de los niños con TEA, por ello deberemos de prestar a atención a este punto, ya que los padres tienen entre dos y tres veces mayor estrés emocional que familias sin hijos con TEA, si bien, aunque la mayoría de familias con niños con TEA no reflejan estrés psicológico, si tienen mayor probabilidad de sufrirlo. Las **principales fuentes de estrés** que se identifican son:

- Estatus socio económico (pobreza).
- Problemas de conducta en su hijo con TEA.
- Falta de apoyo de servicios de salud, atención social y educación.
- Mayor tiempo de cuidados físicos personales diarios.
- Actitudes de otros y estigma social.
- Preocupación por cuidados futuros, menos apoyo social disponible.
- Contribución en la familia del fenotipo ampliado del autismo.

Este estrés, entre otros factores, conllevan que el porcentaje de padres y madres de personas con TEA que muestran depresión sea clínicamente significativa, siendo del 31%, con ansiedad clínicamente significativa un 33%, manteniendo esta sintomatología a lo largo de la vida y mostrando un estrés mayor en comparación con otros grupos de padres y madres. Además las madres con niños con TEA tienen de dos a tres veces más probabilidades de mostrar malestar psicológico que los padres, estos en cambio muestran los mismos niveles de positividad que padres de hijos sin diagnóstico TEA.

Los **factores que influyen en el desarrollo de ansiedad, depresión y estrés** antes descritos se pueden englobar en tres conjuntos: **frecuencia de problemas de conducta, factores del contexto** (ingresos familiares, servicios públicos, apoyo familiar, etc.) y **variables internas de la familia** (sentido de coherencia, percepción de satisfacción familiar, etc.), siendo factores sobre los que se puede intervenir y modificar.



Entre las **variables internas** de la familia existen cuatro aspectos que tendremos que tener en cuenta:

- **Comprensibilidad:** se refiere a la medida en que yo comprendo las cosas que me suceden.
- **Manejabilidad:** es la percepción que tengo de mis estrategias para manejar las cosas que me pasan.
- **Significatividad:** el sentido que doy a las cosas que me pasan en la vida.
- **Evitación experiencial:** tiene que ver con las dificultades para sostener las sensaciones y emociones desagradables, los intentos para evitarlos y las situaciones que los provoca (ej. rumiación). Esta evitación experiencial es un elemento transdiagnóstico, es decir es común a varios tipos de diagnósticos.

Todas estas variables de las familias de niños y niñas con TEA con autolesiones son predictoras del desarrollo de sintomatología depresiva, ansiedad y estrés, independientemente de las características del hijo. En concreto, la depresión estaría relacionada con una pérdida de sentido vital, la ansiedad con una baja comprensibilidad y una alta evitación experiencial, y el estrés con una alta evitación experiencial. La manejabilidad de las familias no influye en una disminución de probabilidades de desarrollar cuadros clínicos de depresión, ansiedad o estrés, esto significa que una mayor dotación de sus estrategias educativas con sus hijos no conlleva una mejora del bienestar personal de las familias. Además, las familias con mayor estrés obtienen menos avances y tienen mayor impacto en la conducta externalizantes e internalizantes de los hijos. Por ello es recomendable intervenir con los padres con metodologías centradas en ellos, algunos ejemplos de ellas son:

- PACT, que intervienen sobre conductas sociocomunicativas.
- Mindfull Parenting, que conlleva una mejora de la conducta de los hijos,
- Tratamiento psicológico con Terapias de aceptación y compromiso que intervienen sobre valores y significatividad.
- Terapia cognitivo-conductual con el objetivo de abordar la sintomatología depresiva o ansiógena.

Como hemos visto, la familia es fundamental y esencial en el desarrollo de su hijo, teniendo mucho más peso que el apoyo profesional, porque al final el profesional estará con el niño unos años en el mejor de los casos y el tiempo que intervendrá directamente será muy limitado, mientras que los padres estarán durante toda su vida.



El primer momento que deberemos de cuidar con la familia es el momento del diagnóstico, es un suceso disparador de emociones negativas, que además puede volverse a revivir en un futuro cada vez que tengan que hablar del desarrollo de su hijo, produciéndose lo que se suele llamar como victimización secundaria, es decir revivir un suceso traumático. Por ejemplo, se podrán sentir mal cuando otras personas miren a su hijo o cuando tengan que contar una y otra vez el diagnóstico de su hijo a diferentes personas y recursos. Para afrontar estas situaciones podemos trabajar la toma de decisiones, identificando estas situaciones disparadoras de emociones negativas y cómo se pueden anticipar a ellas tomando decisiones en torno a estas, como por ejemplo ir acompañados a las situaciones difíciles, limitar el tiempo en esa situación o trabajar previamente y durante ese momento sus pensamientos.

A partir del momento en el que reciben el diagnóstico comienza un duelo de sus expectativas y de su vida tal y como hasta ahora la conocen. La sociedad a través de los medios de comunicación, redes sociales, anuncios... les ha mostrado como debe ser "la vida" y en ella nunca se muestra una familia con una persona o un niño con discapacidad. Este duelo será llevado de diversas formas según sus características personales o familiares, se iniciará con un choque, seguido de confusión, abrumación y seguramente usen estrategias cognitivas destinadas a no aceptar el diagnóstico o minimizarlo para que su estructura mental pueda poco a poco ajustarse a la nueva realidad. A este proceso se le sumarán periodos de tristeza, depresión, o de rabia, una rabia que en muchos casos se focaliza en el resto de personas, ya sean pareja, amigos, profesionales u otras familias de niños sin diagnóstico. Pueden tener fases de negación de la información que les aportan los profesionales, e incluso pueden focalizar su malestar y culpabilizar a estos. Deberemos aceptar estos sentimientos, pensamientos y conductas de la familia, sin juzgarles ni forzarles a hablar de temas que no nos han pedido que abordemos. Por ello, todo este acompañamiento junto a la familia va a ser fundamental, de forma que normalicemos pensamientos y sentimientos que puedan tener, psicoeducándole en este proceso y en el desarrollo de su hijo, siendo conscientes del momento que viven para poder gestionar estas emociones y poner en marcha soluciones efectivas y coherentes con el momento que están viviendo.

## 4.1 Bienestar familiar

El bienestar familiar es algo que como profesionales nos debe preocupar, al fin y al cabo si existe bienestar familiar es más fácil que la familia esté motivada en la intervención y se implique más, por ello deberemos de cuidar o atender a los siguientes aspectos:



- **Bienestar emocional.** Está relacionado con sentir emociones positivas, cuyo control del estrés y la ansiedad será fundamental. Ser padre o madre de un niño con TEA y tener estrés son prácticamente sinónimos: cargados de citas médicas, sesiones de terapia, reuniones con el equipo escolar, sumado al estrés laboral, tareas del hogar o cuidados a terceras personas como pueden ser abuelos, padres o hermanos. Por ello, compartir carga familiar con la pareja o familia, y reducir responsabilidades laborales o de tareas del hogar, pueden ser factores que ayuden a ser menos propensos a sentir emociones negativas y mejorar el bienestar emocional. Los indicadores de una mala situación emocional son: generar pensamientos que no entienden, sentimientos de tristeza, tener más necesidad de movimiento, somatización, sentir descontrol y tener un menor rendimiento en procesos de aprendizaje, atención y concentración.
- **Bienestar material.** Contar con una situación económica solvente ayuda a reducir preocupaciones y agentes estresores, fomentando poder sentirse libre en diversas tomas de decisiones y aportando seguridad.
- **Autodeterminación.** Conlleva sentir autonomía en las decisiones. Empatizamos por un momento con la familia con un hijo con TEA, metidos en una espiral de opiniones de diversas personas, familiares, profesionales... en muchas ocasiones les lleva a que, como familia, no tomen decisiones de forma autónoma. Esto es importante, pues está demostrado que aunque la decisión tomada sea menos efectiva la percibirán como efectiva, y la participación de la familia en esta toma de decisión será mayor. Por ejemplo, si quieren iniciar una determinada terapia, pero profesionales y personas cercanas les dicen que no lo hagan, su autonomía de decisión será muy baja, por lo que afectará a su bienestar familiar. Lo más adecuado será informarles y ofrecer fuentes de información lo más neutras posibles para que puedan tomar decisiones informadas. Así mismo, también puede pasar con la toma de decisión del centro escolar o modalidad educativa. En resumen, si inician una terapia que no les gusta, no estarán motivados en participar en ella, en cambio si la han elegido ellos voluntariamente su participación e involucración será mayor.
- **Relaciones interpersonales.** Tener un hijo con TEA muchas veces conlleva la reducción o ruptura de relación con familia y amigos, además de una disminución de la realización de actividades de ocio. Así mismo, puede conllevar un empeoramiento de la relación de pareja, bien por la desigualdad de cargas, o bien al reestructurarse su sistema de creencias y valores no coincide con el de su pareja. Aunque no se puedan mantener estas relaciones, es positivo reestructurar este sistema de creencias y buscar apoyo social en otras personas con las que



se sientan comprendidas y adapten el ocio o contactos sociales a sus nuevas circunstancias. Cada ser humano es distinto, por lo tanto cada uno puede reaccionar de manera particular ante las situaciones que le generan temor, ansiedad o dolor, como puede ser la de tener un hijo con TEA.

- Integración Social. El apoyo social es un factor determinante en el bienestar familiar y más si se realizan cuidados a una persona dependiente. Por ello, todo el apoyo que se pueda conseguir a nivel familiar o social tendrá un impacto positivo. En este punto tendrá importancia si viven nuestras intervenciones como estresantes o como un apoyo, si cuentan con apoyos de recursos sociales que se adapten a las necesidades de su hijo y tienen confianza en estos. Por lo que también será nuestra responsabilidad informar adecuadamente de recursos a los que puede optar la familia para satisfacer sus necesidades.
- Desarrollo personal. Este punto se centrará en el estado de sus competencias personales y habilidades. Será fundamental que ambos integrantes de la pareja tengan este bienestar personal, ya que para tener un bienestar familiar es muy importante que los integrantes tengan un bienestar y desarrollo personal óptimo, puesto que si no se encuentran bien a título individual, su hijo, su pareja y su familia no van a estar bien, o no los va a percibir de esta manera.
- Bienestar físico. Otro de los factores a tener en cuenta será el grado de apoyo que necesiten en actividades de vida diaria, tanto ellos como su hijo. A menor autonomía de su hijo, mayor esfuerzo físico realizarán, teniendo un mayor desgaste físico. Por ello, si físicamente no se encuentran bien, seguramente no podrán estar al 100% con su hijo. Conviene recordar que realizar actividad física en familia, no solo mejora el bienestar emocional y personal sino que conlleva compartir vivencias a nivel familiar y una mejora del bienestar.
- Derechos. La protección jurídica y protección económica será fundamental, por lo que, aunque inicialmente sea una fuente de estrés solicitar o ver sobre un papel “etiquetas diagnósticas” con las que no se sientan cómodos, será importante gestionar ayudas económicas, como la ayuda de dependencia, discapacidad o becas de alumnos con necesidades educativas especiales para obtener más seguridad, protección jurídica y económica.



## 4.2 Bienestar personal

Además de trabajar a nivel familiar, en ocasiones es imprescindible trabajar a nivel individual con cada progenitor. Como hemos comentado anteriormente, el diagnóstico de un niño con TEA en muchas ocasiones se vive como un suceso traumático que conlleva una ruptura a muchos niveles, de valores y del sistema de creencias. Las creencias son estados subjetivos que sirven para mantener una estabilidad emocional, y que consiste en la forma en la que explicamos la realidad, por lo generado a través de nuestros pensamientos y/o por influencia cultural. Un sistema de creencias involucra cuestiones psicológicas, morales, sociológicas y físicas. Cuando observamos que una persona asume con mucha fortaleza un suceso de gran impacto vital, es porque ha reorganizado sus prioridades y creencias, ya que según vivía anteriormente y entendía la vida no podría afrontar de forma efectiva el reto que le supone este hecho traumático.

- Gestión emocional. Cuando se produce un suceso de tanto impacto personal, el cual conlleva una ruptura de las expectativas de cómo querría que fuese su vida, es normal que exista un secuestro emocional. Nos referimos a sentir emociones tan intensas que hacen que perdamos el control de la situación y seamos incapaces de generar soluciones centradas en el problema, produciéndose inestabilidad e incertidumbre, de ahí que se produzcan sentimientos de soledad e incompreensión, o nos sintamos estancados en nuestro desarrollo personal y profesional, y que percibamos que nuestro proyecto personal y familiar se derrumba.

Ante una situación problemática existen tres formas de reaccionar a ella: de forma pasiva, activa o reactiva-agresiva. Debemos de fomentar y ayudar en ese conocimiento de sí mismo y hacerles conscientes de que cuando se está inmersos en una situación estresante es normal que las características personales se polaricen, sintiendo emociones extremas. Por ejemplo, si somos una persona que habitualmente reacciona de forma extrema y desproporcionada, en situaciones de estrés esta reacción será mucho más intensa. Esta situación emocional se puede ver agravada si antes de tener esta situación estresante no había una adecuada gestión emocional, por lo que enseñar a gestionar las emociones será muy beneficioso para cada miembro de la familia. Los factores que les ayudarán a gestionarlas mejor serán:

- Tomar decisiones de forma meditada.
- Saber gestionar la crítica.



- Responder de la forma menos emocional posible a las necesidades del entorno.
  - No tener miedo a decir que no.
  - Comunicar las cosas de forma asertiva.
  - Evitar anticipar que nos van a pasar cosas negativas y no vivir en el error.
- 
- Gestión de pensamientos. Los pensamientos son una parte importantísima de nosotros mismos, ya que a veces condicionan nuestra forma de vivir y de relacionarnos con el entorno. Por ello, realizar entrenamiento en identificación, aceptación y gestión de pensamientos negativos será importante, pues en momentos de incertidumbre y tensión pueden llegar a pensar cosas que, fuera de contexto, pueden parecer muy graves, sobre todo si estas las verbalizan a alguien que no empatice con su situación. Por ejemplo, pueden aparecer pensamientos en papás y mamás de niños con TEA como: “lo estoy haciendo mal”, “no estoy haciendo todo lo posible para que mi hijo avance”, “tenía que haber abortado”, “voy a hacerle daño”, “las terapias no sirven”, “las terapias son una pérdida del tiempo”, etc. Es importante mostrarles que los pensamientos solo son pensamientos, siendo necesario aceptarlos y saber que aunque estén en nuestra cabeza no significan nada, son reacciones que tiene nuestro cerebro para regularse, lo que muestra realmente lo que somos es lo que hacemos, no lo que pensamos.
  - Manejo de expectativas. Será importante para su bienestar personal, ya que si tienen la expectativa de una normalización de desarrollo en las pruebas cognitivas o la creencia de que su hijo será feliz si habla, dificultará que las intervenciones sean apropiadas a los objetivos propuestos y dirigidas a mejorar la vida de su hijo.
  - Autoconocimiento y autoestima. Son dos de los factores que favorecen su resiliencia ante situaciones complejas, además de otros, como la empatía, autonomía, enfoque positivo ante la diversidad, conciencia del presente, flexibilidad y perseverancia, sociabilidad y tolerancia a la incertidumbre.
  - Red social. El apoyo social, como hemos comentado en la parte de bienestar familiar, será importante, ya que será un factor amortiguador de sucesos estresantes. Por ello es positivo tener a alguien con quién se puedan desahogar y no se sientan juzgados, de ahí que conocer a familias que hayan pasado por lo que están pasando les ayudará a tener una visión más amplia de la situación que están viviendo.



Establecer un vínculo de confianza en el que los padres puedan comentarnos dudas y pensamientos vergonzosos será igual o más importante que el trabajo realizado con el hijo. En ocasiones los padres nos ven como un medio para que su hijo mejore su desarrollo y no una herramienta para ayudarles a ellos. Cambiar esto dependerá de nosotros, una vez establezcamos una situación de confianza seguramente podamos dar un apoyo más cercano y resolver dudas o preguntas que tengan.

## 5. DUDAS MÁS FRECUENTES QUE MANIFIESTAN LAS FAMILIAS A LOS PROFESIONALES

En muchas ocasiones, como profesionales no podemos dar respuesta a las dudas y preguntas que se suelen hacer los papás y mamás con niños con TEA, puesto que no sabemos o no tenemos la respuesta a dicha pregunta, pero es necesario cuidarla para que de un modo u otro obtengan una explicación e información fiable que les aporte seguridad. Algunas de las preguntas son:

- **¿Por qué tiene TEA?, ¿qué causa el TEA?** Aunque no se sabe la causa del TEA, si existen una serie de factores proclives a que un niño pueda tener TEA. Tenemos que sopesar si esto les calmará o al contrario, les hará sentir culpables y generará pensamientos negativos que no les ayudará a mejorar su situación. Para ello, será necesario que puedan pensar para qué necesitan esa respuesta y en qué medida saberlo mejorará la calidad de vida de su hijo, y qué acciones o pensamientos sí estarán destinadas a ese fin.
- **¿Cómo se lo comunicamos a su hermano o hermana?** Podemos asesorarle en cómo comunicárselo e incluso ofrecerle ayuda para realizar algunas sesiones con el hermano/a para abordar sus dudas o incluso invitarle a que participe en las sesiones de estimulación. Como hemos visto, el bienestar familiar es una parte fundamental del bienestar de la persona con TEA, por lo que cualquier acción dirigida a tal fin será positiva. Sus hermanas/os necesitarán ayuda para establecer una relación con él debido a las dificultades para las relaciones interpersonales de las personas con TEA. Con el paso del tiempo, los niños pueden acabar desanimándose en sus intentos y buscan otros compañeros de juego. Sin embargo, los estudios han mostrado que es posible enseñar habilidades simples a los niños pequeños que les permitan involucrar a su hermano o hermana en un juego con sentido. Nuestro objetivo también debe ser ayudar a los hermanos a desarrollar una relación con su hermano



con TEA, por ejemplo, proporcionándole amplias oportunidades de juego, enseñándole juegos sencillos para compartir con su hermano y facilitando que el niño/a con autismo inicie interacciones con sus hermanos/as.

Podemos identificar dificultades en la relación entre las dos hermanos/as si aparecen comportamientos similares a los siguientes:

- Juegos demasiado bruscos o con maltrato físico.
- Comportamientos en los hermanos propios de niños de menor edad, como volver a pedir el chupete o hacerse pis en la cama cuando ya no lo hacía.
- Repentinamente negativas a invitar a sus amigos a casa, cuando usualmente lo hacía y ahora parece que no le apetece o le da vergüenza.
- Comentarios de los hijos acerca de la presión que sienten por hacer felices a sus padres.
- Excesiva ayuda al hermano, incluso en actividades que puede desempeñar de manera completamente independiente.

→ **¿Cómo se lo comunicamos a los abuelos?** Intentaremos fomentar un espacio reflexivo sobre cómo los abuelos/as se pueden sentir, empatizando con una doble sensación de tristeza: por un lado está el nieto que “no será como los demás nietos”, y por otro está el deseo de acompañar a su hijo/a en un momento de dificultad. Esta situación genera en los abuelos/as ansiedad y preocupación. Compartir la información de forma sencilla y clara sobre el diagnóstico del nieto ayudará a su comprensión.

→ **¿Cómo comunico a la familia o a los padres de amigos del colegio el diagnóstico de mi hijo?** En muchos casos los padres pueden sentir vergüenza por hablar de las características de su hijo. Debemos de respetar sus decisiones, pero sí nos muestran dudas de cómo hacerlo podemos manifestarle que será muy importante para ellos y su hijo el apoyo social que reciban y la capacidad de inclusión y aceptación que tenga en su círculo social. Podemos ofrecernos para trabajar con antelación cómo comunicar el diagnóstico teniendo en cuenta sus valores y creencias.

→ **¿Qué pronóstico tendrá mi hijo?** El pronóstico de su desarrollo dependerá de multitud de factores como sus características individuales, disposición genética y factores ambientales. Los aspectos predictores de un buen pronóstico serán: nivel de lenguaje, cociente intelectual



alto, pocos problemas médicos, no tener sintomatología TDAH (Déficit de atención e hiperactividad), ni trastorno de aprendizaje no verbal. Lo importante será explicarles muy bien en qué consiste el diagnóstico y centrarnos en los objetivos más inmediatos, dirigiéndonos a aquellos objetivos que mejorarán la calidad de vida de su hijo, más allá del imaginario social de lo que hace a una persona feliz.

- **¿Qué será de mi hijo en un futuro?** Esta pregunta vuelve a estar relacionada con las expectativas y el correspondiente duelo de ellas. Pensar que una persona es más feliz teniendo una casa, un trabajo y una familia, no es más que una construcción de nuestro sistema de creencias. Como hemos abordado en las preguntas anteriores, intentaremos reflexionar con ellos qué es lo que sería importante para su hijo. Seguramente desearán que estuviera bien, que tuviera capacidad de desarrollarse, que tuviera opciones de elección con libertad acorde a sus preferencias, que viva en una residencia u hogar tutelado, que trabaje en un centro ocupacional, que le adapten el trabajo, que por la mañana haga tareas en un centro de día, no influiría en su felicidad, al contrario, contar con ciertos apoyos y protección social puede contribuir a su bienestar, además, de no estar en estos servicios podría encontrarse en situaciones de vulnerabilidad social y personal.
- **¿El colegio o el terapeuta está interviniendo bien?** En ocasiones la situación del pequeño/a en el colegio les preocupa, siendo necesario respetar la forma de trabajar del colegio por nuestra parte, coordinándonos con ellos e incluso incluyendo a la propia familia en esas reuniones, ya que en ocasiones la familia directa o indirectamente nos pedirá que medemos en su relación con el colegio.
- **¿Mi hijo hablará?** La respuesta a esta pregunta es imposible de responder incluso conociendo al niño. Pero es interesante reflexionar sobre qué es hablar, si recordamos la parte de comunicación en la que comentábamos que no solo existe el lenguaje oral, sino también comunicación por signos y por fotografías. Además, en el lenguaje oral hay tres componentes, el contenido, la forma y el uso, si estuviera alterado uno solo de estos componentes la gente percibirá el lenguaje del niño/a como peculiar, por lo tanto, si su expectativa es que hable a todos los niveles, será una expectativa que seguramente les traiga dificultades emocionales. Realmente, la forma en la que lo haga no mejoraría su calidad de vida, sino que lo haga ya sea de una forma u otra.
- **¿Que probabilidad existe de tener un hijo/a con TEA si ya he tenido uno/a?** Esta pregunta suele ser muy frecuente sobre todo si se tiene un hijo/a y es TEA. A esta pregunta podemos



responder con datos científicos, pero también es necesario reflexionar con ellos qué beneficios podrán tener para su hijo con TEA tener un hermano/a independientemente del diagnóstico. La probabilidad de que nazca un niño con autismo si su hermano es TEA es mayor que si no lo es, así mismo es más probable que desarrollen otras alteraciones sociocomunicativas. Eso quiere decir que la herencia genética es muy importante. Si bien la correlación no es total (20%) y hay muchas más probabilidades que este hijo esperado no tenga TEA. No olvidemos que hombres y mujeres diagnosticados de TEA pueden tener diferentes características, y eso quiere decir que aunque el niño esté diagnosticado de TEA, puede que su hermana o padres posean características TEA sin estar diagnosticados. Eso no quiere decir que vaya a desarrollar TEA, pero las probabilidades son más altas que si no tuviera antecedentes TEA.

*Con esto llega el fin del curso, os invito a hacerme llegar vuestras dudas a mi email, para muchas de ellas no tendré respuesta, pero juntos seguro que podemos generar nuevas alternativas. Es un desafío hacer este tipo de curso, ya que cada niño con TEA va a responder a unas necesidades diferentes, y hablar en general es muy difícil. Además de este curso, en Cerebetia, tenemos otros servicios y proyectos relacionados con personas con diagnóstico TEA, sus familias y profesionales, por lo que os invitamos a conocerlos por si os pueden aportar algo en vuestro desempeño profesional.*

**Un abrazo**

ISMAEL

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Arróniz-Pérez, M. L., y Bencomo-Pérez, R. (2018). *Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: Una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1): 23–31.

Artigas-Pallares, J. y Paula, I. (2020). *Del espectro autista a la constelación autista. Medicina (B. Aires)*.80, S2: 21-25.



Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D.L. y et al. (2014). *Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network*. 67.SS-6:1–23.

Bal, V.H., Maye, M., Salzman, E., Huerta, M., Pepa, L., Risi, S. y Lord, C. (2020) *The Adapted ADOS: A New Module Set for the Assessment of Minimally Verbal Adolescents and Adults. J Autism Dev Disord*.

Baldwin, S. y Costley, D. (2016). *The experiences and needs of female adults with high functioning autism spectrum disorder. Autism*. 20 (4): 483-495.

Balfe, M. y Tantam, D. (2010). *A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. BMC Res Notes*. Nov 12;3:300.

Barnard, J., Harvey, V., Potter, D., et al. (2001). *Ignored or Ineligible? The Reality for Adults with Autism Spectrum Disorders*. London: NAS Publications.

[Bayley, N.](#), (2015). *Bayley: escalas Bayley de desarrollo infantil-III*. Madrid: Pearson.

Beneytez-Barroso, C., Del Pozo-Armenti, A., García-Villamizar, D., y Rodgers, J. (2020). *Spanish Adaptation of the Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P). Acción Psicológica*, 17(2): 71–82.

Ben-Sasson, A., Cermak, S. A., Orsmond, G. I., Tager-Flusberg, H., Kadlec, M. B. y Carter, A. S. (2008). *Sensory clusters of toddlers with autism spectrum disorders: Differences in affective symptoms. Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(8): 817– 825.

Bishop-Fitzpatrick, L., Mazefsky, C. A. y Eack, S. M. (2018). *The combined impact of social support and perceived stress on quality of life in adults with autism spectrum disorder and without intellectual disability. Autism*. 22(6): 703–711.

Bölte, S., Marschik, P. B., Falck-Ytter, T., Charman, T., Roeyers, H., y Elsabbagh, M. (2013). *Infants at risk for autism: A European perspective on current status, challenges and opportunities. European Child & Adolescent Psychiatry*. 22(6): 341–348.

Bourne, L., Mandy, W. y Bryant-Waugh, R. (2022) *Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. Dev Med Child Neurol*.



Campbell, K., Carpenter, K. L. y et al. (2019). *Computer vision analysis captures atypical attention in toddlers with autism. Autism. 23(3): 619–628.*

Clofent, M. (2022). *Consideraciones sobre la enseñanza de la comunicación aumentativa y alternativa en personas en el espectro del autismo. AETAPI (Asociación Española de Profesionales del Autismo).*

De las Cuevas Castresana, C., Garcia-Estrada Perez, A., y González de Rivera, J.L. (1995). "*Hospital Anxiety and Depression Scale*" y *Psicopatología Afectiva. Anales de Psiquiatría. 11 (4) 126-130.*

Dewinter, J., De Graaf, H. y Begeer, S. (2017). *Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. Sep;47(9):2927-2934.*

Díez-Cuervo, A. et.al. (2005). *Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Revista de Neurología. 41 (5): 299-310.*

Cage, E., Di Monaco, J. y Newell, V.(2018). *Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. J Autism Dev Disord. 48: 473–484.*

[Canal, R.](#) y Martín, M.V. (2002) *Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León: Apoyo Conductual Positivo.* Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Carruthers, S., Kinnaird, E., Rudra, A., Smith, P., Allison, C., Auyeung, B., et al. (2018). *A cross-cultural study of autistic traits across India, Japan and the UK. Mol Autism. 9 (52).*

Carson, V., Chaput, J.-P., Janssen, I. y Tremblay, M. S. (2017). *Health associations with meeting new 24-hour movement guidelines for Canadian children and youth. Preventive Medicine. 95: 7-13.*

Cassidy, S. A., Bradley, L., Bowen, E., Wigham, S., y Rodgers, J. (2018). *Measurement properties of tools used to assess depression in adults with and without autism spectrum conditions: A systematic review. Autism Research. 11(5).*

Chandrasekhar, T. y Sikich, L. (2015). *Challenges in the diagnosis and treatment of depression in autism spectrum disorders across the lifespan. Dialogues in Clinical Neuroscience. 17(2): 219-227.*

Cobo, M. y Morán, E (2011). *El síndrome de Asperger: intervenciones educativas.* Zaragoza: Asociación Asperger y TGDs de Aragón.

Costa, A., Georges, S. y Dieter, F. (2017) *Contributors to well-being and stress in parents of children with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders.* Febrero 2017.



Cuxart, F. (2000). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Archidona, Málaga: Aljibe.

Ehlers, S., Gillberg, C. y Wing, L.: (1999). *A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 29(2):129.

Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook, E.H., Jr Dawson, G., Gordon, B., Gravel JS, Johnson CP, Kallen RJ, Levy SE, Minshew NJ, Ozonoff S, Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin S, Tuchman RF, Volkmar FR (1999). *La detección y el diagnóstico de los trastornos del espectro autista*. *J Autism Dev. Disord*. Diciembre;29(6):439-84.

Gortázar, M. (1999). *El tratamiento del lenguaje y la comunicación*. Sevilla: I Jornadas sobre autismo de la Asociación Autismo-Sevilla.

Gortázar, P. (1990). *Ecolalia y adquisición del lenguaje en niños autistas: implicaciones de cara a la intervención*. Palma de Mallorca: VI Congreso Nacional de AETAPI.

Hernández, C., Verde, M., Vidriales, R., Plaza, M. y Gutiérrez, C. (2021). *Recomendaciones para la detección y el diagnóstico del trastorno del espectro del autismo en niñas y mujeres*. Confederación Autismo España.

Horowitz, L. M., Thurm, A., Farmer, C., Mazefsky, C., Lanzillo, E., Bridge, J. A., Greenbaum, R., Maryland, P., y Siegel, M. (2017). *Talking About Death or Suicide: Prevalence and Clinical Correlates in Youth with Autism Spectrum Disorder in the Psychiatric Inpatient Setting*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*: 1-9.

Equipo Deletrea. (2004). *Un acercamiento al síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Valencia: Asociación Asperger España.

Escribano, L., Gómez, M., Márquez, C. y Tamarit, J. (2003). Buenas prácticas del profesional del autismo ante las conductas desafiantes: II. Proyecto Arcade. En F. Alcantud (Coord.), *Intervención psicoeducativa en niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Madrid: Pirámide.

Fuentes, J., Hervás, A. y Howlin, P. (2020). *ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment*. ESCAP ASD Working Party.

Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., y van Amelsvoort, T. (2020). *What is good mental health? A scoping review*. *European Neuropsychopharmacology*. 31: 33–46.



Francés, L., Quintero, J., Fernández, A., Ruiz, A., Caules, J., Fillon, G., Hervás, A. y Soler, C.V. (2022). *A systematic review in accordance with the PRISMA criteria. Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. Mar; 31, 16(1):27.

Gandía-Abellán, H., Nieto, C. y Márque, M. (2020). *Interviniendo en significatividad: eficacia de un programa piloto en la mejora del bienestar emocional de padres de niños con trastorno del espectro autista. Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 28 (2): 209-226.

George, R. y Stokes, M.A. (2018). *Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. Autism*. Nov;22(8):970-982.

Ghaziuddin, M. (2005). *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.

González Menéndez, A.M., Williams, G. y Pérez-González, L.A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el autismo. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Eds.): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia*: 17-56. Madrid: Pirámide.

Gortázar, P. (1995). Jerarquización de objetivos para el inicio del desarrollo del lenguaje y la comunicación en personas con autismo y T.G.D. En VV. AA. (Ed.): *La atención a alumnos con necesidades educativas graves y permanentes*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Dto. de Educación, Cultura, Deporte y Juventud.

Green, S. A., y Ben-Sasson, A. (2010). *Anxiety disorders and sensory over-responsivity in children with autism spectrum disorders: Is there a causal relationship? Journal of Autism and Developmental Disorders*. 40(12): 1495– 1504.

Green, S. A., Ben-Sasson, A., Soto, T. W. y Carter, A. S. (2012). *Anxiety and sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders: bidirectional effects across time. Journal of Autism and Developmental Disorders*.42(6): 1112– 1119.

Hannon, G. y Taylor, E.P. (2013). *Suicidal behaviour in adolescents and young adults with ASD: Findings from a systematic review. Clinical Psychology Review*. 33(8): 1197-1204.

Hawks, Z.W., Marru, N., Glowinski, A.L. y Constantino, J.N. (2019) *Early Origins of Autism Comorbidity: Neuropsychiatric Traits Correlated in Childhood Are Independent in Infancy. J Abnorm Child Psychol*. Feb;47(2):369-379.



Hernández, J.M. et. al (2005). *Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. Revista de Neurología.* 41 (4): 237-245.

Hervás A., et al. (2017). *Trastorno del espectro autista. Pediatr Integral.*; XXI (2): 92-10

Hervás, A. y Maraver, N. (2020). *Los trastornos del espectro autista. Pediatría Integral.* XXIV (6): 325.e1 – 325.e21

Hervas, A. y Pont, C. (2020). *Desarrollo afectivo-sexual en las personas con trastornos del espectro autista. Medicina.* 80, S2: 7-11.

Hidalgo, P.M., Martínez, M, MGonzález, A.G., Petisco, L.G., Forcadell, C.A., D'Agostino, C.I. y de la Varga, L.P. (2022). *Self-Perceived Quality of Life in Spanish-Speaking Women with Autism Spectrum Disorders. J Autism Dev Disord.* Dec;52(12):5428-5439.

Hirvikoski, T., et al. (2016). *Premature mortality in autism spectrum disorder. Br. J. Psychiatry.* 208, 232–238.

Hollocks, M.J., Jones, C.R. y Pickles, A. (2014). *The association between social cognition and executive functioning and symptoms of anxiety and depression in adolescents with autism spectrum disorders. Autism Researc.*, 7: 216-228.

Hull, L., Levy, L., Lai, M.C., y et al. (2021) *Is social camouflaging associated with anxiety and depression in autistic adults?. Molecular Autism.* 12, (13).

Hull, L., Petrides, K.V., y Mandy, W. (2016). *Behavioural and cognitive sex/gender differences in autism spectrum condition and typically developing males and females. Autism.*

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). *'Putting on my best normal': Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders.* 47.

Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020a). *The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. Review Journal of Autism and Developmental Disorders.* 7: 306– 317.

Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020b). *Cognitive predictors of self-reported camouflaging in autistic adolescents. Autism Research.* 14: 523– 532.

Jordan, D. (2004). *Functional Behavioral Assessment: The parent letter. NYU Child Study Center.* 3 (2).



Kim, Y.S. y et al. (2011). *Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry.* Sep;168(9):904-12.

Kuijper, S. J. M., Hartman, C. A., Bogaerds-Hazenberg, S. T. M., y Hendriks, P. (2017). *Narrative production in children with autism spectrum disorder (ASD) and children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Similarities and differences. Journal of Abnormal Psychology.* 126(1): 63–75.

Leekam, S.R., Ramsden, C.A.H. (2006). *Orientación diádica y atención conjunta en niños en edad preescolar con autismo. J Autism Dev Disord.* 36: 185–197.

Lugo-Marín, J., Magán-Maganto, M., Rivero-Santana, A., Cuellar-Pompa, L., Alviani, M., Jenaro-Rio, C., Díez, E., y Canal-Bedia, R. (2019). *Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and metaanalysis. Research in Autism Spectrum Disorders.* 59: 22-33.

Lombardo, M. V., Lai, M.C. y Baron-Cohen, S. (2019). *Big data approaches to decomposing heterogeneity across the autism spectrum. Molecular Psychiatry.* 24(10): 1435–1450.

Lord, C., Le Couteur, A. y Rutter, M. (2008). *Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R).* TEA-ediciones.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. y Risi, S. (2010). *Escala de Observación para el diagnóstico del Autismo (ADOS).* TEA-ediciones.

Mason, D., McConachie, H., Garland, D., Petrou, A., Rodgers, J. y Parr, J.R. (2018). *Predictors of quality of life for autistic adults Autism Research.* 11 (8): 1138-1147.

Matson, J., Baglio, C., Smiroldo, B., Hamilton, M., Packlowskyj, t., Don, W. y Kirkpatrick-Sanchez, S. (1996). *Characteristics of autism as assessed by the diagnostic assessment for the severely handicapped—II (DASH-II). Research in Developmental Disabilities.* 17 (2): 135-143.

Merino, M., et al. (2019). *Guía de buenas prácticas en niñas, adolescentes y mujeres con trastorno del espectro del autismo.* AETAPI.

Muñoz-Yunta, J.A., Palau-Baduell, M., Salvadó-Salvadó, B., Valls-Santassusana, A., Perich-Alsina, X., del Río, D., Maestú, F., Fernández-Lucas, A. y Ortiz, T. (2006). *Estudio comparativo mediante magnetoencefalografía de los trastornos del lenguaje pragmático y los trastornos del espectro autista. Rev Neurol.* 42 (Supl. 2):S111-S115.



National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2007). *Standard Operating Procedures*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2008a). *Guide to the methods of technology appraisal*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2008b). *Topic Selection Programme Process Manual*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2009a). *Using nice guidance to promote health and well being: for people working with local 51 communities*. London: NICE

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2009b). *The Guidelines Manual*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2009c). *The Guidelines Manual*. Appendices L. (228-230). London: NICE.

National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2012). *Process and methods guides: The Guidelines Manual*. London: NICE.

Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebarz, L. y Zeeck, A. (2019) *Systematic Review: Overlap between eating, autism spectrum and attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Frontiers in psychiatry*. 10(708).

Novell, R., Mercadal, J., Forgas, E., Medinyà, Ll., Cid, M., y Costa-Molinari, J.M. (1998). Adaptación Transcultural al español de la escala Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped Revised (DASH-II) de Matson, J.L. (1995). *The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped revised (DASH-II)*. Baton Rouge, LA: Disability Consultants, LLC.

Nyrenius, J., Eberhard, J., Ghaziuddin, M., Gillberg, C., y Billstedt, E. (2022). *Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Adult Outpatient Psychiatry*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Larraceleta-González, A., Castejón-Fernández, L., Iglesias-García, M.-T., y Núñez-Pérez, J. C. (2022). *Un estudio de las necesidades de formación del profesorado en las prácticas basadas en evidencias científicas en el ámbito del alumnado con trastorno del espectro del autismo*. *Siglo Cero Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*. 53(2): 125–144.

Lidstone, J., Uljarević, M., Sullivan, J., Rodgers, J., McConachie, H., Freeston, M., Le Couteur, A., Prior, M. y Leekam, S. (2014). *Relations among restricted and repetitive behaviors, anxiety and sensory*



*features in children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 8(2): 82–92.*

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E.H., Leventhal, B.L., DiLavore, P.C., et al. (2000). *The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. Journal of Autism and Developmental Disorders. 30(3):205–223.*

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., et al. (2000). *The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. Journal of Autism and Developmental Disorders.30: 205–223.*

Lord, C., Rutter, M. y Lecouteur, A. (1994). *Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders. 24: 659–685.*

Lugo, J. (2019). *Características psicopatológicas en adultos con Trastorno del Espectro Autista.* Salamanca: Repositorio Documental - Universidad de Salamanca.

Lunsky, Y., Albaum, C., Baskin, A., Hastings, R.P., Hutton, S., Steel, L., Wang, W. y Weiss, J. (2021). *Group Virtual Mindfulness-Based Intervention for Parents of Autistic Adolescents and Adults. J Autism Dev Disord. Nov;51(11):3959-3969.*

Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K. y Schmidt, U. (2011). *Is Anorexia Nervosa a Version of Autism Spectrum Disorders?. European Eating Disorders Review. 19: 462-474.*

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (11ª ed.).* Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Ozonoff, S., Young, G. S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., y Stone, W. L. (2011). *Recurrence risk for autism spectrum disorders: A Baby Siblings Research Consortium study. Pediatrics. 128: 488-495.*

Marrus, N., Hall, L.P., [Paterson, S.J.](#), [Elison, J.T.](#), [Wolff, J.J.](#), Swanson, M.R., [Parish-Morris, J.](#), Eggebrecht, A.T., [Pruett, J.R.](#), Hazlett, H.C., Zwaigenbaum, L., Dager, S., [Estes, A.M.](#), [Schultz, R.T.](#), [Botteron, K.N.](#), et al. *El retraso del lenguaje se agrega en hermanos pequeños de niños con trastorno del espectro autista. Revista de trastornos del neurodesarrollo. 10 (29).*

P. y Tamarit, J. (1989). Lenguaje y Comunicación. En VV.AA, *Intervención educativa en autismo infantil.* Madrid: Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial CNSE- Fundación ONCE.



- Pantelis, P.C. y Kennedy, D.P. (2016). *Estimation of the prevalence of autism spectrum disorder in South Korea, revisited. Autism*. Jul;20(5):517-27.
- Paula, I. (2013). *Coocurrencia entre ansiedad y autismo. Las hipótesis del error social y la carga alostática. Revista de Neurología*. 56 (S1): S45-S59.
- Paula, I. (2015). *La ansiedad en el autismo: comprenderla y tratarla*. Madrid: Alianza Editorial.
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). *Does the chimpanzee have a theory of mind?. The Behavioral and Brain Sciences*. 7: 515-526.
- Prizant, B. y Fields-Meyer, T.(2018). *Seres humanos únicos, una manera diferente de ver el autismo*. ALIANZA.
- Rae, T. y Hershey, G. (2019). Mental health and girls on the autism spectrum. En Carpenter, B., Happé, F. y Egerton, J. (Eds.). *Girls and autism educational, family and personal perspectives*: 113-125. London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Reiss, S., Levitan, G. W., y McNally, R. J. (1982). *Emotionally disturbed mentally retarded people: An underserved population. American Psychologist*. 37(4): 361–367.
- Reiss, S., Levitan, G. W., y Szyszko, J. (1982). *Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. American Journal of Mental Deficiency*. 86(6): 567–574.
- Reiss, S., & Szyszko, J. (1983). *Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. American Journal of Mental Deficiency*. 87(4): 396–402.
- Risi, S., Lord, C., Gotham, K., Corsello, C., Chrysler, C., Szatmari, P., et al. (2006). *Combining information from multiple sources in the diagnosis of autism spectrum disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 45: 1094–1103.
- Riviére, A., Sotillo, M., Sarriá, E. y Núñez, M. (1994). *Metarrepresentación, intencionalidad y verbos de referencia mental: un estudio evolutivo. Estudios de Psicología*. 51.
- Robertson, A.E., David, R. y Simmons, R. (2015). *The sensory experiences of adults with autism spectrum disorder: A qualitative analysis. Perception*.44(5):569-86.
- Roid, G. y Sampers, L. (2011). *Merrill-Palmer-Revised Scales of Development*. EE.UU, Illinois: Stoelting Company.



Sánchez-Rayaa, M.A, et al. (2015) *La atención temprana en los trastornos del espectro autista. Psicología Educativa. 21: 55-63.*

Sappok, T., Budczies, J., Dziobek, I., Bölte, S., Dosen, A. y Diefenbacher, A. (2014). *The missing link: delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability. J. Autism Dev. Disord. 44: 786–800.*

Schopler, E., Reichler, R.J., DeVellis, R.F. y Daly, K. (1980). *Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). J Autism Dev Disord. Mar;10(1): 91-10.*

Schaeffer, B. (1986). Lenguaje de signos y habla para niños discapacitados. En M. Monfort (ED.), *Investigación y logopedia*. Madrid: CEPE.

Seymour, R.A., Rippon, G., Kessler, K. (2017). *The Detection of Phase Amplitude Coupling during Sensory Processing. Front. Neurosci. 11: 487.*

Shivers, C., Jackson, J. B. y McGregor, C. M. (2019). *Functioning among typically developing siblings of individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. Clinical Child & Family Psychology Review. 22: 172–196.*

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. y Baird, G. (2008). *Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 47(8): 921– 929.*

Singer, T. y Lamm, C.(2009). *The social neuroscience of empathy. Ann N Y Acad Sci. Mar;1156:81-96.*

Sovner, R. y Hurley, A. (1990). *Assessment tools which facilitate psychiatric evaluations and treatment. Habilitative Mental Health Care News. 9: 11.*

Spain, A. (2019). Social anxiety. En Chaplin, E., Spain, D. y McCarthy, J. (Eds.). *A clinician's guide to mental health conditions in adults with Autism Spectrum Disorders, Assessment and interventions: 128-146.* Jessica Kingsley Publishers.

Spain, D., Sin, J., Linder, K. B., McMahon, J. y Happé, F. (2018). *Social anxiety in autism spectrum disorder: A systematic review. Research in Autism Spectrum Disorders. 52: 51– 68.*

Sung, Y.J., Dawson, G., Munson, J., Estes, A., Schellenberg, G.D. y Wijsman, E.M. (2005) *Genetic investigation of quantitative traits related to autism: use of multivariate polygenic models with ascertainment adjustment. American Journal of Human Genetics. 76(1):68–81.*



Tamarit, J. (1996). *Acerca de la insistencia en la igualdad: Análisis y propuestas para la intervención*. 5th Congress AUTISME-EUROPE. Barcelona.

Tamarit, J. (1994). *Prueba ACACIA*. Madrid: Alcei.

Tantam, D. (2014). *Adults with ASD. Curr Dev Disord Rep.* 1: 1–7.

Taylor, I. y Marrable, T. (2011). *'Access to social care for adults with autistic spectrum conditions'*. London: SCIE.

Tubío-Fungueiriño. M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A. y Fernández-Prieto, M. (2021). *Social Camouflaging in Females with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. J Autism Dev Disord.* Jul;51(7):2190-2199.

[Turnbull](#), A.P., [Rutherford](#), H., y [Kyzar](#), K. (2009). *Cooperación entre familias y profesionales como fuerza catalizadora para una óptima inclusión: enfoque de los Estados Unidos de América. Revista de educación.* 349: 69-99.

Uljarević, M., Richdale, A. L., McConachie, H., Hedley, D., Cai, R. Y., Merrick, H., Par, J.R., y Le Couteur, A. (2018). *The hospital anxiety and depression scale: Factor structure and psychometric properties in older adolescents and young adults with autism spectrum disorder. Autism Research.*11(2): 258-269.

Uljarević, M., Hedley, D., Rose-Foley, K., Magiati, I., Cai, R. Y., Dissanayake, C., Richdale, A., y Trollor, J. (2019). *Anxiety and depression from adolescence to old age in autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders:* 1-11.

Van 't Hof, M. (2021). *Detection of autism in childhood*. University of Groningen: Parnassia Groep.

Ventoso, R. (1995). *Pictogramas: una alternativa para comprender el mundo*. Rosa Ventoso. Murcia: VIII Congreso Nacional de AETAPI.

Whitaker, P. y col. (2001). *Challenging Behavior and Autism: Making sense – making progress*. London: The National Autistic Society.

Wigham, S., Rodgers, J., South, M., McConachie, H. y Freeston, M. (2015). *The interplay between sensory processing abnormalities, intolerance of uncertainty, anxiety and restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders.* 45(4): 943–952.

Young, H., Oreve, M.J. y Speranza, M. (2018) *Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. Arch Pediatr.* Aug;25(6):399-403.



**CEREBETIA**

Centro de psicología y  
Escuela de Formación