1. OBJETIVO

Presentar los parámetros que se deben tener en cuenta para el manejo de personas diagnosticadas con autismo, síndrome de asperger y otros trastornos del espectro autista o trastornos generalizados del desarrollo, con el fin de proporcionar una guía a los profesionales que intervienen en los procesos terapéuticos.

2. ALCANCE

El Alcance de este Guía de práctica clínica involucra los procedimientos que hacen parte de la intervención de personas con diagnósticos Autismo, síndrome de asperger y otros trastornos del espectro autista o trastornos generalizados del desarrollo que acuden al Centro de Neurorrehabilitación APAES SAS

3. TALENTO HUMANO

Terapeutas físicos, Terapeutas ocupacionales, Fonoaudiólogos y terapeutas del lenguaje, psicólogos, educadores especiales que cuenten con entrenamiento en técnica ABA y/o Terapias de vinculación relacional.

4. DOTACION

Para realizar descarga sensorial se puede usar: Caminadora

5. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS

Ninguno

6. ENFOQUE DIRERENCIAL

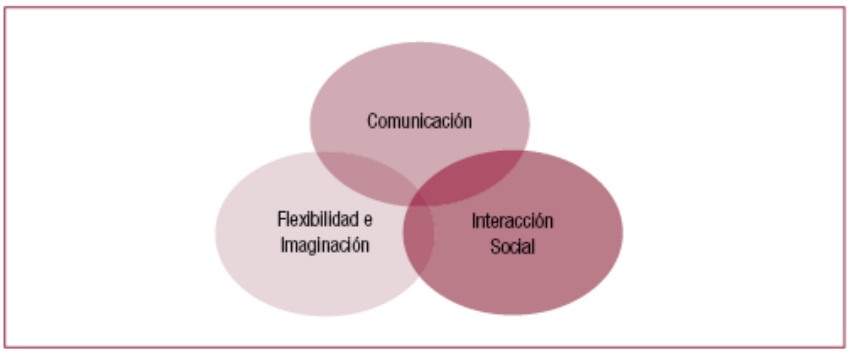
Relacionado en el documento Atención con enfoque diferencial con Código: A-DC-212

7. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

7.1. DEFINICIÓN

Los TEA (Trastornos del Espectro Autista) se definen como una disfunción neurológica crónica con fuerte base genética que desde edades tempranas se manifiesta en una serie de síntomas descritos clínicamente por primera vez en 1944 por kannery también son descritos en la tríada de trastornos (tríada de Wing) (ver figura 1) en la interacción social, comunicación y falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos (descritas en el DSM-IV-TR). La nueva definición se nos es ofrecida en el (DSM-V-TR) En el que se denominan TEA trastorno del espectro autista en donde se abre un abanico de posibilidades diagnósticas y se introduce la alteración sensorial como ítem de diagnóstico. El grado de gravedad, forma y edad de aparición de cada uno de los criterios va a variar de un individuo a otro, definiendo cada una de las categorías diagnósticas.

Figura 1. Triada de Wing [46]



7.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de los TEA es eminentemente clínico, ya que no existen hasta el momento marcadores biológicos ni pruebas o procedimientos técnicos para identificar aquellos niños que cumplen criterios diagnósticos de TEA. Por tanto, los profesionales deben guiarse por su juicio clínico apoyándose en los criterios diagnósticos de las clasificaciones al uso. Es muy importante señalar que se trata de un diagnóstico psiquiátrico y que la valoración debe hacerse siempre por profesionales cualificados.

La detección y el diagnóstico están influidos por los cambios inherentes al ciclo vital, por lo que la valoración deberá tener siempre en cuenta la perspectiva evolutiva y adaptarse a la misma. Mientras que en el autismo las alteraciones principales se identifican por lo común

en la infancia temprana, otros trastornos como el Síndrome de Asperger o algunos TGD No-Especificados se suelen diagnosticar mucho más tarde. No obstante, es importante tener presente que en los TEA se afecta el funcionamiento mental y adaptativo del sujeto a lo largo de toda su vida.

Por todo ello, la valoración debe ser entendida como un proceso continuo y flexible en función de los diferentes cambios que operan en el sujeto (maduración, dinámica familiar, intervención, etc.).

- **Criterios para el diagnóstico del F84.0 Trastorno autista (299.00)**

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

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

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

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.

(c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés). (d) falta de reciprocidad social o emocional.

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

(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).

(b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

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

(d) Preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

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

- **Criterios para el diagnóstico del F84.2 Trastorno de Rett (299.80)**

A. Todas las características siguientes:

1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.

2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.

3. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

1. Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.

2. Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).

3. Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).

4. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.

5. Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

- **Criterios para el diagnóstico del F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299.10)**

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. Lenguaje expresivo o receptivo

2. Habilidades sociales o comportamiento adaptativo

3. Control intestinal o vesical

4. Juego

5. Habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. Alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)

2. Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

- **Criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)**

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

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

2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel de desarrollo del sujeto

3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)

4. Ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características:

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

2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

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

4. Preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia[1]

7.3. CLASIFICACIÓN DEL AUTISMO

Definición DSM V

Criterios diagnósticos:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes.

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

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

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

- Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

- Especificar si: Con o sin déficit intelectual acompañante Con o sin deterioro del lenguaje acompañante Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos, Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, los criterios de catatonía mental o del comportamiento, Con catatonía.[2]

[2] Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American psychiatric association. www.dsm5.org

NIVELES DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia clara- mente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a

	funciona- miento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y res- puesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que rara- mente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	los cambios u otros comportamientos restringidos /repetitivos interfieren notable- mente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción

7.4. ESCALAS DE RIESGO

- Los estudios han mostrado que en los gemelos idénticos, si uno tiene un TEA, el otro también se verá afectado en un 36 a 96% de las veces. En los mellizos, si un niño tiene un TEA, el otro estará también afectado en un 0 a 31% de las veces. Para los padres de un niño con un TEA, hay una probabilidad de 2 a 18% de que tengan otro hijo afectado por este trastorno.
- Los TEA tienden a presentarse más frecuentemente en personas con ciertas Afecciones genéticas o cromosómicas. Alrededor del 10% de los niños con autismo también son identificados con el síndrome de Down, el síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa y otras alteraciones genéticas y cromosómicas
- La mayoría (62%) de los niños de la Red ADDM identificados con un TEA no tenían una discapacidad intelectual (coeficiente de inteligencia <=70).
- Los hijos nacidos cuando los padres tienen una mayor edad tienen un riesgo más alto de presentar un TEA.
- Un pequeño porcentaje de niños que nacieron prematuros o bajos de peso tienen un mayor riesgo de presentar un TEA.
- Los TEA con frecuencia ocurren con otros trastornos del desarrollo, siquiátricos, neurológicos, cromosómicos y genéticos. La ocurrencia al mismo tiempo con uno o más trastornos del desarrollo diferentes a los TEA es del 83%. La ocurrencia al mismo tiempo con uno o más trastornos siquiátricos es del 10%.

7.5. EVALUACIÓN - DIAGNÓSTICO

Interacción social alterada	**Bebés:** contacto visual, expresiones y gestos limitados. Lo que se traduce a veces en una especie de sordera selectiva ya que no suelen reaccionar cuando se les llama por su nombre. **Niños pequeños:** falta de interés en ser ayudados, falta de habilidad para iniciar o participar en juegos con otros niños o adultos, juegos en solitario, respuesta inapropiada en las relaciones sociales formales.
Comunicación verbal y no-verbal alteradas	No usan el lenguaje verbal y/o corporal como comunicación funcional, incluso puede existir mutismo en los casos más graves. Algunos niños inician el desarrollo del lenguaje en el primer año de vida pero pueden sufrir una regresión a partir del segundo año y perderlo. Otros en cambio sufren retrasos generalizados en todos los aspectos del lenguaje y de la comunicación (no compensan con gestos o mímica). Cuando el lenguaje está presente existe alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación: ecolalia, confusión de pronombres personales (se refieren a ellos mismos en segunda o tercera persona), repetición verbal de frases o alrededor de un tema particular y anormalidades de la prosodia. Utilizan un lenguaje estereotipado y repetitivo.
Restricción de intereses y comportamientos	Preocupaciones absorbentes por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resultan anormales en su intensidad o en su contenido. Es común: la insistencia exagerada en una misma actividad, rutinas o rituales específicos. Tienen escasa tolerancia a los cambios de dichas

estereotipados y repetitivos	rutinas. Suelen adquirir manierismos motores estereotipados y repetitivos como sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.
Otras manifestaciones clínicas comunes y no claramente expuestas en los manuales diagnósticos son[120]:	
Respuesta inusual a los estímulos	Percepción selectiva de determinados sonidos que se traduce en no responder a voces humanas o a su propio nombre y en cambio son extremadamente sensibles a ciertos sonidos, incluso considerados suaves para la mayoría. De igual forma ocurre con determinados estímulos visuales, táctiles, de olor o sabor. Esto se traduce a veces en trastornos de la alimentación por su preferencia o rechazo a determinados sabores o texturas, o rechazo a determinadas prendas de vestir por el color y tacto. A veces disfunción grave de la sensación del dolor que puede enmascarar problemas médicos como fracturas.
Trastornos del comportamiento	A veces muestran dificultad para centrar la atención en determinados temas o actividades que no han sido elegidos por ellos mismos. Algunos niños suelen ser considerados hiperactivos o con problemas de déficit de atención, llegando incluso a niveles significativos de ansiedad. Otros responden a los cambios o frustraciones con agresividad o auto-agresión.

Habilidades especiales	Algunos niños pueden mostrar habilidades especiales en áreas concretas sensoriales, de memoria, cálculo, y otras, que pueden hacer que destaquen en temas como por ejemplo, música, arte o matemáticas.

7.6. INTERVENCIÓN Y PAUTAS DE MANEJO

Todo proceso de evaluación y diagnóstico tiene que corresponderse con un plan de tratamiento individualizado, en función de las particularidades encontradas en la exploración, que contemple la intervención coordinada desde los distintos entornos y profesionales implicados.

En la intervención terapéutica tiene una significación especialmente importante la continuidad tanto del personal, como de los lugares y los tiempos, ya que va a proporcionar un marco seguro que ayude a generalizar las adquisiciones educativas y comportamentales.
Existe una gran controversia tanto respecto al tratamiento como a las estrategias educacionales apropiadas en este tipo de trastornos. Aunque hay poca evidencia respecto a la eficacia de las mismas, existe acuerdo en que el tratamiento debe diseñarse desde una concepción interdisciplinar y aplicarse de forma intensiva e instaurarse precozmente.

Puesto que el abordaje de estos pacientes presumiblemente va a prolongarse en el tiempo y van a ser diferentes los profesionales de distintas disciplinas implicados, el Centro de Neurorehabilitación APAES S.A.S instauró la figura de un coordinador profesional (terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta y/o Psicólogo) quien además de tratar de asegurar continuidad y coherencia en las diferentes intervenciones, será el encargado de proporcionar información y apoyo a los padres y de asesorar sobre el manejo de determinadas conductas del niño. Su intervención variará a lo largo del proceso de tratamiento en función de las necesidades que se presenten, modificando objetivos y estrategias terapéuticas dependiendo las necesidades del usuario.

Cualquiera que sea la etiología de los trastornos de interacción en el niño y antes de que un diagnóstico preciso pueda ser establecido, es importante instituir un tratamiento de

apoyo para los padres fomentando los recursos de la familia e instaurando medidas de estimulación en función de los síntomas constatados.

La precocidad y calidad de las intervenciones interdisciplinares puede cambiar la evolución de un gran número de niños. Tendríamos como ente importante la atención de la familia y el empoderamiento de la misma como eje principal del tratamiento.

Como señala Misés, el abordaje de estos niños “debe englobar una doble vertiente terapéutica y educativa que es preciso articular entre sí, en una aproximación multidimensional donde la preponderancia de dichas intervenciones variará según el caso y según las circunstancias”. El hecho de que en algunos casos las distintas etapas de la intervención psicopedagógica tome el papel preponderante(especialmente en los niños pequeños sin adquisición del lenguaje...)no debe hacer que los profesionales se inhiban de su responsabilidad en la coordinación, seguimiento, intervención familiar y eventuales medidas farmacológicas y psicoterapéuticas.

Aunque en ocasiones la separación entre ambas vertientes de la intervención no es tan clara, es importante que tanto las intervenciones como los roles de los profesionales implicados en las mismas se diferencien.

En adolescentes con TEA se debe hacer más énfasis en las habilidades vocacionales y sociales. Además, la pubertad y la crisis de adolescencia con los cambios físicos, así como la sexualidad emergente, son temas a considerar pues suelen intensificar las dificultades comportamentales (inquietud, impulsividad, episodios de agitación, auto y hetero-agresividad, irritabilidad...). En los casos de TEA de alto funcionamiento habrá que considerar no sólo los cambios físicos propios de esta edad, sino la crisis afectiva y emocional que conlleva la adolescencia. Hay que vigilar especialmente las descompensaciones depresivas y la intensificación de la ansiedad ya que hay una mayor conciencia de las propias limitaciones. Por otro lado, son frecuentes las evoluciones referenciales de tipo paranoide por sus específicas dificultades para la interpretación de situaciones sociales. En ciertos casos pueden llegar a constituirse cuadros graves, clínicamente psicóticos, que nos obligarán a plantear el diagnóstico diferencial con trastornos como la esquizofrenia, los trastornos esquizo-afectivos o descompensaciones psicóticas breves.

Orientaciones terapéuticas

Clásicamente se describen dos enfoques de tratamiento en función de cómo se define el autismo; como un trastorno básicamente cognitivo (Rutter) o afectivo (Kanner). Estos dos

enfoques consideran en su planificación el nivel de lenguaje, la intensidad de los trastornos del comportamiento, el nivel cognitivo/cociente intelectual y la situación familiar.

Los distintos enfoques pueden integrarse ya que se focalizan en distintos aspectos que deben ser abordados y la manera ideal de la atención es implementar técnicas que evolucionen con el tiempo, especialmente que puedan aplicarse dependiendo del momento evolutivo del usuario y sobre todo en pro de sus necesidades y particularidades específicas.

Programas de intervención conductual

Están dirigidos a corregir los síntomas y a mejorar la comunicación y la conducta interpersonal. Aunque ninguno de los estudios existentes sobre dichos programas ha confirmado una fuerte evidencia respecto a la eficacia de estos tratamientos en los niños con autismo, existe consenso basado en la experiencia clínica respecto al posible beneficio de estas intervenciones en dicha población. Dentro de los programas de intervención conductual se describen varios con diferentes metodologías, aunque todos son dirigidos a múltiples dominios, son intensivos, implican a los padres y son de larga duración.

Incluyen elementos educativos y psicoterapéuticos que a veces son difíciles de diferenciar. Se distinguen entre sí en variables tales como la edad de inicio, intensidad, duración, especificidad para el autismo, entre otros.

Análisis de Conducta Aplicada (Applied Behavioral Análisis, ABA)

Diferentes estudios constatan que puede ayudar a fomentar la independencia y mejorar la calidad de vida. El programa ABA se dirige a disminuir determinados comportamientos problemáticos específicos y a enseñar nuevas habilidades. Se trata de un programa intensivo que se caracteriza por proporcionar un trabajo personalizado, integración escolar normalizada, terapia en ambiente natural, enseñanza de habilidades y actividades funcionales, manejo de las dificultades en todas las áreas del desarrollo y asesoría a padres, familiares y personas cercanas al niño respecto de su desarrollo y manejo.

La terapia en ambiente natural, consiste en aplicar el programa de forma sistemática y estructurada en contextos donde el niño convive normalmente y así enseñarle conductas que realmente va a realizar y a necesitar (esperar el turno en una fila, compraren una tienda, compartir con amigos, etc.). Esto facilita la generalización de las actividades aprendidas en diferentes lugares y momentos.

Se considera fundamental la implicación de las personas cercanas al niño en la terapia para que aprendan a maneja diversas situaciones y a enseñarle diferentes habilidades al niño

Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC)

Son sistemas no verbales de comunicación que se emplean para complementar o sustituir el lenguaje oral. Utilizan fotografías, pictogramas, signos y símbolos, y/o lenguaje escrito. Se basa en que este tipo de representaciones se adquieren más fácilmente y se pueden generalizaren a otros contextos de la vida. Hay consenso en que son útiles para fomentar la comunicación, sobre todo en las personas no verbales con TEA aunque la escasa evidencia probada no se correlaciona con su amplia utilización en los pacientes con TEA.

Uno de los SAAC más conocidos es el Sistema Comunicativo de Intercambio de Imágenes (PECS-Picture Exchange Communication System). Este sistema se desarrolló para ayudar a niños con autismo a aprender a solicitar y comunicar sus necesidades. Se utilizan objetos, dibujos o símbolos según el nivel del desarrollo del niño.

Sistema TEACCH (Tratamiento y Educación de Alumnado Discapacitado por Autismo y Problemas de Comunicación)

La División TEACCH se estableció en los años 70 en USA con el objetivo de crear una red de servicios comunitarios para la atención de pacientes con TEA a lo largo del ciclo vital. No se trata en realidad de un método de tratamiento sino de una oferta de servicios que incluye programas de apoyo, escolarización, ocio, inserción laboral, ayuda a familias, entre otros. Enfatiza la necesidad de estructuración por lo que son elementos importantes la organización del entorno físico, el establecimiento de secuencias de actividades predecibles y de rutinas con flexibilidad, sistemas estructurados de trabajo y actividades estructuradas visualmente. El énfasis está tanto en mejorar las habilidades del sujeto con TEA como en modificar el ambiente para la acomodación a sus déficit.

Programas de Intervención Afectiva y Psicodinámica

Desde estos modelos (afectivo y psicodinámico) la acción terapéutica se dirige a los mecanismos que utiliza el niño frente a la angustia. La búsqueda del sentido de los síntomas se considera una etapa necesaria para que busque un sentido o un significado para el niño.

En este sentido, el enfoque multidimensional de orientación dinámica entiende que las dificultades del niño autista no son una suma de síntomas, sino que hay un denominador común que son las dificultades en la diferenciación, el aislamiento externo y el caparazón que ha tenido que levantar por la gravedad de la angustia. Los trastornos del lenguaje y la psicomotricidad son abordados entendiendo que la expresión oral y el movimiento están íntimamente relacionados con el investimiento del propio cuerpo y el reconocimiento de un dentro y una fuera.

Uno de los objetivos principales consiste en desviar las actividades espontáneas de repetición autosensorial características del niño autista, hacia otras fuentes de interés, facilitando así el establecimiento de un vínculo. Estos cambios no responden a aprendizajes excesivamente instrumentalizados de manera conductual, sino a la aparición de un deseo de comunicación que se origina a través de la relación con el terapeuta.
Hay que tener en cuenta que cuando se habla de abordajes de orientación psicodinámica, se alude a la aplicación de toda una serie de variaciones de la técnica clásica cuyo objetivo es establecer una relación significativa con una persona que ofrezca continuidad en el tiempo, que permita el desarrollo psicoafectivo a través del trabajo de la individuación, la separación, la integración de experiencias y la creación de espacios transicionales que permitan el desarrollo de los procesos de simbolización.

Además, desde esta concepción, el trabajo con las familias es fundamental con el objetivo de reducir las tensiones y restablecer el narcisismo de los padres, para que estos apoyen también al niño de manera oportuna, ya que son una parte fundamental del proceso de intervención terapéutico.

The son-RiseProgram® y Técnicas de Vinculación relacional

Es un tratamiento completo y específico para personas dentro del espectro autista, trastornos generalizados del desarrollo y otras dificultades del desarrollo. Con un fuerte eje en las áreas de comunicación, contacto visual, atención interactiva y flexibilidad, procurando avances en todas las áreas de aprendizaje, desarrollo, comunicación y adquisición de habilidades. Ofrece técnicas educativas altamente eficaces, estrategias y principios para diseñar, implementar y mantener un entorno estimulante y de alta energía, uno a uno, basado en el hogar, centrado en el niño.

En 1974 RaunKaufman, de tan solo 18 meses, fue diagnosticado con autismo severo y un coeficiente intelectual menor a 30. Todos los profesionales que fueron consultados por Barry y Samahria (padres de Raun) coincidieron en la necesidad de institucionalizar a Raun. Hasta les aconsejaron olvidarse de su hijo y dedicarse a sus otras dos hijas. Para suerte de Raun, Barry y Samahria no prestaron atención a estos consejos y decidieron demostrarle a

ese hijo -que no los miraba a los ojos, no los reconocía, no interactuaba y menos hablaba con ellos- todo el amor que le tenían.

Fue así como Samahria comenzó a hacer "joining" (uno de los puntos claves del Programa). Mediante el joining (unión) nos unimos a las conductas exclusivas y repetitivas de nuestros niños. Esta unión construyó un puente entre Samahria y Raun. Samahria fue al mundo de Raun y, para su sorpresa, Raun se conectó con su madre por primera vez. De a poco Raun fue aceptando a su madre, a su padre, a sus hermanas y voluntarios en su mundo y desde su mundo todas estas personas que lo amaban fueron trayéndolo a nuestro mundo.

Hoy Raun, no sólo está totalmente recuperado de su condición, además está graduado con el título de BiomedicalEthics (Brown University) y es el actual director del The Son-RisePrograma®.

Barry escribió un libro contando la historia de Raun (Son-Rise, Themiraclecontinues). También se hizo una película (Son-Rise, A miracle of love). A partir de esta película, muchos padres contactaron a Barry y Samahria y fue así como en 1983 estos maravillosos padres fundaron AutismTreatment Center of America™, en Sheffield, Massachusetts, Estados Unidos, para poder enseñar las técnicas que no sólo recuperaron a Raun, sino a miles de niños alrededor del mundo.

Principios y Técnicas del Programa

El potencial de su hijo es ilimitado:

No creemos en las "falsas" esperanzas. Aunque no podamos predecir qué es lo que cada niño pueda lograr, no creemos que sea útil para los padres o los niños que alguien decida anticipadamente qué cosas no podrá lograr. Un padre jamás debería disculparse por creer en su hijo. Nosotros tampoco lo hacemos.

Motivación, no repetición, es la clave para cualquier aprendizaje:

Muchas de las modalidades tradicionales promueven el aprendizaje a través de la repetición indefinida, yendo muchas veces contra los propios intereses del niño. En lugar de eso se intenta descubrir las motivaciones específicas de cada niño, y las utilizamos para enseñarles las habilidades que necesitan aprender. De esa forma, tenemos el deseo del

niño de participar, así como una atención interactiva más prolongada y un incremento en la retención y generalización de los aprendizajes.

El autismo no es un desorden de la conducta:

Esencialmente, el autismo es un desorden neurológico en el cual el mayor desafío para los niños es la dificultad para relacionarse y conectarse con los que los rodean. La mayoría de los niños presentan lo que se llama trastorno de la conducta como consecuencia de este déficit de socialización. Es por eso que nuestro método dinámico y orientado hacia el juego, se focaliza en forma tan especial en la socialización y la construcción de relaciones. Por supuesto que queremos que los padres puedan disfrutar de su hijo, pero sobre todo, queremos que él pueda disfrutar de sus papás.

Las autoestimulaciones de su hijo tienen un enorme valor y significado:

Nosotros tenemos un profundo respeto y aceptación por su hijo. Esto nos permite saltar el abismo que separa su mundo del nuestro haciendo algo loco e inusual. Nos unimos, en lugar de tratar de detener, a sus comportamientos exclusivos y repetitivos. Esto nos permite construir una conexión, la plataforma que necesitamos para cualquier futura educación y desarrollo. Participar con el niño de estos comportamientos facilita el contacto visual, y la inclusión de los otros en el juego.

El programa Son-Rise® puede ser combinado efectivamente con otras terapias como intervenciones biomédicas, terapia de integración sensorial, cambios en la dieta, terapia de integración auditiva y otras terapias:

El programa SonRise® está diseñado para atender a las necesidades propias de cada niño. Habiendo trabajado con miles de niños que han tenido una amplia gama de desafíos, hemos observado que cuando se aplican otras terapias al tiempo que se realiza el programa SonRise®, la intervención es más efectiva que usada en forma exclusiva.

ESTUDIO CIENTIFICO QUE EVALÚA Y DEMUESTRA LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO SON-RISE PROGRAM®.

Journal of CommunicationDisorders da a conocer el primer estudio sobre autismo de Son-RiseProgram

Elsevier, la mayor editorial del mundo en publicaciones científicas y médicas, publica un estudio que muestra que este tratamiento de autismo mejora las habilidades sociales de niños de todo el espectro

SHEFFIELD, MA--(Marketwired - Nov 21, 2013) "Promoción de la comunicación social iniciada por niños con autismo: efectos de intervención de Son-RiseProgram",

Este es el primer estudio científico que evalúa y demuestra la eficacia del tratamiento Son-RiseProgram®. El estudio, revisado por homólogos, que llevaron a cabo durante un período de cinco días la Universidad de Northwestern y la Universidad de Lancaster en el Reino Unido, mostró mejoras significativas en las habilidades sociales de los niños que recibieron el tratamiento Son-RiseProgram en comparación con un grupo de control que no recibió este tratamiento. Después de 40 horas de tratamiento intensivo Son-RiseProgram, niños con trastornos del espectro autista, incluso niños pequeños con autismo severo, demostraron una mejoría mensurable en tres áreas clave: habilidades sociales/de comunicación, periodo de atención interactiva y frecuencia de interacciones e interacción comunicativa social espontánea. El estudio demuestra el deseo espontáneo de los niños de comunicarse con otros, en comparación con las terapias que se concentran en comportamientos inducidos y/o acotados. Véase el estudio completo en el enlace más abajo.

Bryn N. Hogan, directora ejecutiva del AutismTreatment Center of America, y profesora de Son-RiseProgram® durante casi dos décadas, dijo: "Los resultados son convincentes, ya que demuestran el impacto de tan solo 40 horas de tratamiento intensivo del Son-RiseProgram® cuando un niño del espectro autista mejora su capacidad de interactuar socialmente en tan solo una semana, se lleva a casa lo que hemos sido testigos en nuestro trabajo de una manera definitiva. Las posibilidades de lo que pueden lograr los niños del espectro son ilimitadas".

8. RECOMENDACIONES DE MANEJO POR ÁREAS DE ATENCION.

8.1. Fonoaudiología

Tabla de niveles de gravedad en la alteración del lenguaje y la comunicación en el autismo.[3]

Niveles	Lenguaje expresivo	Lenguaje receptivo
Nivel 1(máxima gravedad)	Ausencia total, mutismo total, la función de comunicar.	Sordera central, ignora el lenguaje, no responde ordenes ni llamadas.
Nivel 2	Lenguaje de predominancia ecolálico, compuesto con palabras sueltas, no crea oraciones, no hay discurso ni conversación.	Asociación de enunciados con conductas propias, comprende órdenes sencillas, no hay incorporación a sistema semántico conceptual.
Nivel 3	Lenguaje oracional, las oraciones no llegan a configurar discurso, no hay conversación espontanea.	Comprensión de enunciados, análisis parcial, comprensión extremadamente literal.
Nivel 4 (Mínima gravedad)	Lenguaje discursivo, conversación lacónica, lenguaje poco natural.	Comprensión de planos conversacionales y discursos del lenguaje, dificultad de comprensión del lenguaje figurado, alteración en los procesos de diferenciación del significado intencional del literal.

- Intención comunicativa.
- Desarrollo del mundo de significados
- Adquisición de significantes

Intervención y uso de sistema alternativos y aumentativos (SAAC): Bliss , spc, pec's
Considerar:

- Observar y evaluar los momentos en que el niño toma la iniciativa de comunicación.
- Observar y evaluar el canal sensorial utilizado.
- Observar la capacidad de imitación.

[3] Tomado de I.D.A inventario del espectro autista. Angel Riviere

- Observar capacidad de tolerar frustración.
- Competencias cognitivas.
- Capacidad de discriminación visual y auditiva
- Situación familiar. (Agentes activos del proceso).

8.2. Terapia ocupacional

Trabajo ABC- Programa independencia:

- **Higiene personal:** higiene bucal, el peinado y la higiene de las uñas, así como el manejo del material para cada una de las actividades.
- **Ducha:** implica transferencia al lugar de la ducha, manejo de envases necesarios, graduar la temperatura, enjabonarse, aclararse y secarse.
- **Vestido:** incluye la correcta elección de las prendas en función del clima y la situación, así como la acción de vestido-desvestido.
- **Alimentación:** implica el reconocimiento de los cubiertos y la capacidad de llevar el cubierto del plato a la boca.
- **Control de esfínteres:** incluye el control completo del vaciado voluntario de la vejiga urinaria y del intestino.
- **Uso del inodoro:** incluye transferencia, posición en el inodoro, manejo de la ropa y limpieza de la zona.
- **Movilidad funcional:** incluye moverse de una posición a otra, transferencias y deambulación.

Herramientas de trabajo:

- Mantener un entorno estable, seguro, sencillo, facilitador y adaptado. Tono de voz y órdenes verbales sencillas y claras
- Mantener una estructuración de las ABD creando rutinas. Por medio de elementos visuales tangibles.
- Fomentar que participe en la medida de lo posible de la vida cotidiana en el contexto natural
- Simplificar al máximo las tareas de auto cuidado, todas se descomponen en otras más fáciles que pueden realizar sin ayuda. Por medio de la tarea discriminada.
- Eliminar estímulos que puedan interferir en la ejecución de las actividades.

Trabajo de integración sensorial:

Aspectos del procesamiento sensorial en personas con autismo:

1. La entrada sensorial no está siendo registrada correctamente en el cerebro del niño que le permita el enfoque atencional.
2. Incapacidad para modular la entrada de información sensorial. En especial las entradas vestibular y táctil. Le producen inseguridad gravitacional y defensa táctil.
3. Intereses sensoriales restringidos.

Red sensorial. La técnica del cepillado

1. Cepillo especial tipo, quirúrgico.
Presión firme doblando cerdas del cepillo para activar los receptores. Rápido y en constante movimiento
Desde arriba hacia abajo, sin repetir zona.

2. comprensión de articulaciones de miembros inferiores y superiores

Objetivo: Mantener la calma y tenerlo en la zona optima de modulación.
Proporcionar input sensorial controlado y organizado para ayudar a normalizar o estabilizar.

Precauciones:
Se debe realizar por un terapeuta ocupacional con conocimientos en integración sensorial
Evitar el cepillado en lesiones de piel, quemaduras etc.
Estar atentos a las exposiciones por primera vez. La reacciones pueden variar de niño a niño.[4]

8.3. Fisioterapia.

- Psicomotricidad: El trabajo del cuerpo desde el concepto psicomotor para promover la interacción de este con el entorno.
- Evolución del juego motor: Promover habilidades motrices coordinación y equilibrio, promover la tolerancia a la espera y la toma de turnos.
- Vínculo (winnicot)
- Patrones motores. (Moverse en libertad)
- Lenguaje corporal.

8.4. Psicología

- Trabajo para manejar la frustración.

[4] Integración sensorial en el niño con autismo. Septiembre 30 2008.

- Proceso de diferenciación, reconocimiento “yo”
- Trabajo individual y colectivo con las familias

9. RECOMENDACIONES DEL PROTOCOLO TEA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1. Se recomienda que el grupo interdisciplinario desarrolle un perfil de las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del niño o joven, enmarcados en los núcleos del TEA, comunicación, interacción social, flexibilidad e imaginación, el cual debe utilizarse para la creación del plan de gestión basado en las necesidades, teniendo en cuenta el contexto familiar y educativo (individualización de la condición).
   Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor
2. Se recomienda realizar una evaluación de las condiciones que pueden coexistir con el autismo como déficit de atención e hiperactividad, epilepsia, depresión, entre otros.
   Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor
3. Se recomienda realizar y resolver preguntas detalladas acerca de preocupaciones de padres o de los cuidadores y del adolescente.

4. Se recomienda que el tratamiento sea interdisciplinario, dentro de los profesionales que realicen la atención a la personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista se consideran, pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil, psicólogo clínico, profesional con formación en análisis del comportamiento, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajo social.
   Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

5. Se recomienda realizar intervención a través de un tratamiento conductual, el cual se debe comunicar al grupo familiar, con el compromiso de participación activa y permanente por parte del mismo.
   Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor
6. Se sugiere realizar la propuesta de intervención enfocada en por lo menos dos categorías:
   - Intervenciones dirigidas al grupo familiar con el objetivo de facilitar la permanencia del niño en sus ambientes familiar y escolar, empoderar a las familias y cuidadores para que puedan realizar un acompañamiento

adecuado del niño o adolescente con TEA, con tiempos de intervención definidos y evaluaciones periódicas para determinar la evolución y el alcance de metas.

- Intervenciones dirigidas a niños con un mayor compromiso en los que se requiera un apoyo permanente (superior a 8 horas al día) y a largo plazo, con evaluaciones periódicas de progreso.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
Fuerza de la recomendación: Débil a favor

7. Se recomienda establecer un plan de metas terapéuticas, el tipo de actividades a realizar, lo que determinará el grupo de profesionales, y la frecuencia de las intervenciones.
   Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor
8. Se recomienda que las actividades terapéuticas no superen las 8 horas diarias, y que promuevan la participación en el entorno, que no solo se brinden en ambientes especiales (consultorio).
   Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor
   Los objetivos que debe seguir la terapia en personas con trastorno del espectro autista son: mejorar el funcionamiento del individuo, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.
9. Se sugiere que como parte del tratamiento integral para personas con diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista se realicen intervenciones enmarcadas en el enfoque de análisis conductual aplicado, entendiendo que ABA no es una técnica, ni un conjunto de técnicas, ni un procedimiento, sino que es un enfoque terapéutico.
10. Se recomienda que las intervenciones enmarcadas en ABA debe ser dirigidas por profesionales expertos en el área (psicólogos con conocimiento en psicología comportamental durante su formación), con varias horas de supervisión y entrenamiento en estas estrategias. Igualmente la aplicación de ABA debe ir acompañada del trabajo interdisciplinario de terapeutas del lenguaje, terapeutas ocupacionales, psiquiatras infantiles, neuropediatras, pediatras y trabajadores sociales de acuerdo al plan de intervención establecido y la reevaluación de metas alcanzadas.
    Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
    Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor
11. Se recomienda establecer el plan terapéutico, el tipo de intervenciones, la frecuencia y los profesionales participantes, de acuerdo al nivel de compromiso de la persona con diagnóstico confirmado de TEA, sus habilidades, capacidades y el plan de metas.

12. Se recomienda realizar proceso de evaluación y reevaluación de metas alcanzadas cada 6 meses, por parte del equipo interdisciplinario, sin interrumpir el ciclo terapéutico en el cual estaban las personas con TEA.
    Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
    Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

13. No se recomienda la valoración de neuropsicología como requisito en el manejo integral de la personas con diagnóstico de TEA. En caso de ser necesaria una valoración por neuropsicología, será el equipo interdisciplinario quien definirá la pertinencia y la solicitud de la misma.
    Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
    Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor
14. El esquema terapéutico, con los profesionales recomendados deberá mantenerse cuando se llegue a la edad adulta.
15. No se recomienda el uso de “sombras terapéuticas”, dado que no favorecen el cumplimiento del objetivo de la terapia, la autonomía. En caso de personas con compromiso severo, que necesiten acompañamiento superior a las 8 horas recomendadas, y se requiera una intervención individualizada, ésta en ningún caso podrá excluir la participación de la familia y limitar la participación en el entorno. En caso de requerirse una intervención que supere las 8 horas o requiera un acompañamiento terapéutico como “auxiliares personales” deberán ser indicadas, planeadas y evaluadas por el equipo interdisciplinario, buscando propiciar la generalización de habilidades en entornos naturales, por lo que debe ser claro el desvanecimiento gradual de los apoyos que utiliza, así como la trasferencia a otros cuidadores, buscando siempre alcanzar los objetivos generales de la terapia: mejorar el funcionamiento, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.
    El uso de “auxiliares personales” son medidas de soporte o servicios de “respiro”, que buscan mejorar la calidad de vida familiar.
    Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
    Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive Developmental Disorders in Preschool Children: Confirmation of High Prevalence. Am J Psychiatry 2005(162): 1133-1141.
2. 47. Just MA, CherkasskyVL, Keller TA et al. Cortical activation and synchronization during sentence comprehension in high-functioning autism: evidence of underconnectivity. Brain. 2004;127:1811-1821.
3. 48. Artigas- Pallarés J, Gabau-Vila E, Guitart-Feliubadaló M. El autismo sindrómico: I. Aspectos generales. RevNeurol 40(Supl 1), S143-S149. 2005.
4. 49. Artigas- Pallarés J, Gabau-Vila E, Guitart-Feliubadaló M. El autismo sindrómico: II. Síndromes de base genética asociados al autismo. RevNeurol. 2005; 40(Supl 1): S151-S162.
5. American PsychiatricAssociation. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 Ed (DSM-IV
6. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª Ed (CIE-10).
7. Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. Madrid
8. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
9. Wing L. The definition and prevalence of autism: a review. European Child and Adolescent Psychiatry. 1993;2:61-74.
10. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria
11. http://www.marketwired.com/press-release/journal-communication-disorders-da-conocer-el-primer-estudio-sobre-autismo-de-son-rise-1855559.htm, revisada noviembre de 2013
12. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021992413000518, revisado noviembre de 2013.
13. BOWLBY,J. El vinculo afectivo.Ed.paidos.
14. BRUN,JM y VILLANUEVA,R.Niños con autismo.Experiencias y experiencias. Valencia, Ed.promolibro, 2004
15. BOUTON,CH.El desarrollo del lenguaje. Ed. Masson.
16. VALDEZ,D. Evaluar e intervenir en autismo.Madrid, Ed. Aprendizaje,2005.

17. Protocolo Clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de evaluación Tecnológica en Salud, 2015.