

12^a edición

Postgrado Experto

en TDAH, trastornos del Aprendizaje
y trastornos de la Conducta

2021/2022

M 2. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

**UNIDAD 10: Diagnóstico y abordaje del
Trastorno del Espectro Autista (TEA)**



TAREA PARA EL ALUMNO

- Antes de empezar con la unidad realiza la lectura:
- **Lectura: Guía práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento**
- Encontrarás esta guía en el apartado de la unidad xxx, junto al resto de contenidos de esta unidad.

1. Diagnóstico

2. Comorbilidades

3. Abordaje terapéutico

3º nivel: diagnóstico específico



1º Confirmar TEA



2º Diagnóstico etiológico

1. Confirmar TEA

- Anamnesis buscando factores de riesgo y sintomatología específica precoz.
- Exámen físico y neurológico:
 - *Perímetro cefàlico:* incremento del perímetro cefàlico se ha visto relacionado con la severidad del autismo.
 - *Exámen motor:* hipotonía (25%), espasticidad (menos del 5%), apráxia de un miembro (30% de los niños con autismo y QI normal y en un 75% de los niños con autismo con discapacidad Intelectual) y estereotípías motoras (60% en niños con autismo y QI bajo).
- Exploración psicopatológica: A destacar: evaluación de las interacciones sociales, del juego, del language, de la función comunicativa y de la conducta. También comprensión social, reconocimiento de las propias emociones y el reconocimiento y comprensión de las emociones de otras personas.
- Cuestionarios específicos (ADOS y ADIR).

Cuestionarios y evaluaciones

Diagnósticos

ADI-R (Autism
diagnostic
interview revised)

ADOS-2 (Autism
Diagnostic
Observational
Schedule-2)

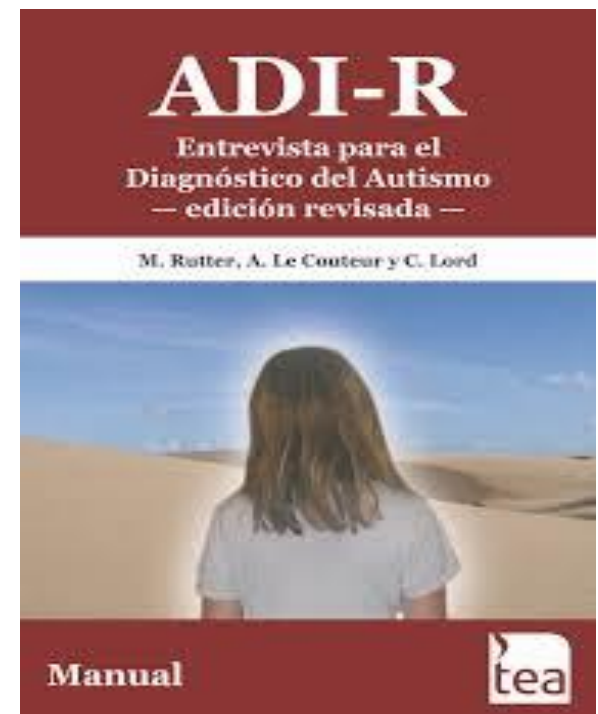
Especificadores:

- . Nivel cognitivo
- . Escalas de conducta adaptativa (si se sospecha discapacidad intelectual)
- . Language
- . Otras comorbilidades

Autism Diagnostic Interview -Revised

Entrevista semiestructurada para padres o cuidadores

- Sigue criterios DSM-IV /ICD 10
- Precisa training
- Buena validez y fiabilidad
- A partir de los dos años
- Consta de 93 Items pero sólo algunos de ellos puntúan para el algoritmo diagnóstico
- 90-150 minutos de aplicación



ADI-R Intereses y comportamientos (continuación)

69. USO REPETITIVO DE OBJETOS O INTERÉS EN PARTES DE OBJETOS

ESTE ELEMENTO SE DEFINE COMO ACCIONES NO FUNCIONALES DE UNA NATURALEZA ESTEREOTIPADA O REPETITIVA Y QUE IMPLICAN UN INTERÉS EN PARTES DE UN OBJETO O EN EL USO DEL OBJETO QUE ES CLARAMENTE DISTINTO DE AQUEL QUE SE ACEPTA COMÚNMENTE.

Definición

¿Cómo juega con sus juguetes o cosas cerca de la casa? (OBTENER EJEMPLOS).

¿Juega con la totalidad del juguete o parece estar más interesado en cierta parte del objeto (p. ej. hacer girar las ruedas de un coche de juguete o abrir y cerrar su puerta), en vez de usarlo como estaba previsto?

¿Hay ciertos tipos de objetos que le gusten particularmente?

¿Alguna vez colecciona o recoge cierto tipo de objetos?

¿Qué hace con ellos?

¿Alguna vez alinea cosas o hace lo mismo una y otra vez, tal como tirarlas desde la misma distancia?

¿Estas actividades cambian a lo largo del tiempo o son exactamente las mismas?

¿Alguna vez ha usado objetos de esta manera en el pasado?

Preguntas

El uso repetitivo de objetos o el interés por partes de los mismos debe haberse mantenido durante, por lo menos, 3 meses, para ser codificado.

0 = Poco o ningún uso repetitivo de objetos.

1 = Algún uso repetitivo de objetos (p. ej. sacudir cuerdas o girar cosas) o interés en partes (tales como hacer girar las ruedas o discos) o tipos de objetos muy específicos (p. ej., coleccionar pedacitos de papel), pero en conjunción con varias otras actividades y sin causar deterioro social.

2 = Juego limitado al uso muy estereotipado de objetos o sólo presta atención a partes específicas de objetos, pero que no interfiere con otras actividades del sujeto.

3 = Juego ligado al uso muy estereotipado de objetos hasta el punto que interfiere o impide otras actividades.

7 = Interesado en juguetes «infantiles», tales como cajas de música o sonajeros, pero el juego es con una variedad de objetos y no de manera muy estereotipada.

8 = N/A, no existe el juego con objetos.

9 = N/S o no preguntado.

ACTUAL

ALGUNA VEZ

Periodo de tiempo

Puntuaciones

Ejemplo de uno de los ítems del ADIR

Algoritmo

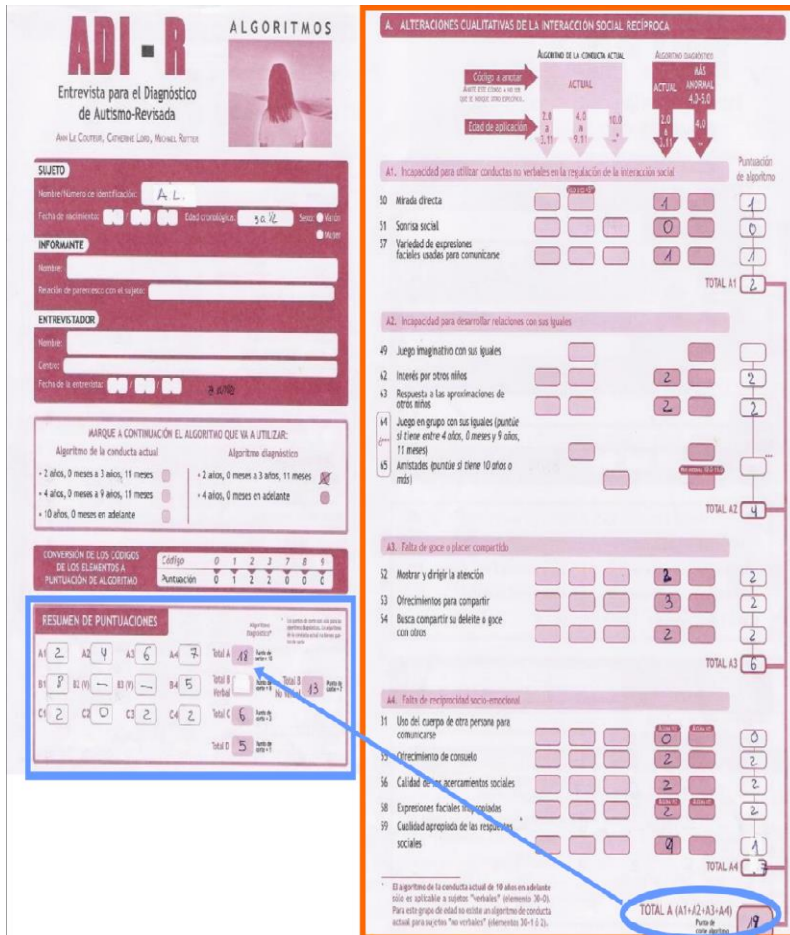
4 apartados: (DSM-IV –TR)

A. Alteraciones cualitativas interacción social recíproca (punto de corte 10)

B. Alteraciones cualitativas de la comunicación (punto de corte verbal 8; no verbal 7)

C. Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados (punto de corte 3)

D. Alteraciones en el desarrollo evidentes a los 36 meses o antes (punto de corte 1)



ADI-R ALGORITMOS
Entrevista para el Diagnóstico de Autismo-Revisada
Ain La Couron, Consueiro Lago, Micolis Torres

SUJETO
Nombre/Numero de identificación: A. L.
Fecha de nacimiento: 01/01/2000 Edad cronológica: 5 a. 12 m. Sexo: M
INFORMANTE
Nombre: []
Relación de parentesco con el sujeto: []
ENTREVISTADOR
Nombre: []
Código: []
Fecha de la entrevista: 3/10/12

CONVERSIÓN DE LOS CÓDIGOS DE LOS ELEMENTOS A PUNTUACIÓN DE ALGORITMO

Código	0	1	2	3	7	8	9
Puntuación	0	1	2	2	0	0	0

RESUMEN DE PUNTUACIONES

A1	2	A2	4	A3	6	A4	7	TOTAL A	19	
B1	9	B2	11	B3	11	B4	5	TOTAL B	36	
C1	2	C2	0	C3	2	C4	2	TOTAL C	6	
D	5								TOTAL D	5

A. ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA

Algoritmo de la conducta actual: ACTUAL (0-10)
Algoritmo diagnóstico: MÁS ANORMAL (43-50)
Edad de aplicación: 5.12

A1. Incapacidad para utilizar conductas suaves en la regulación de la interacción social (Puntuación de algoritmo)

10	Mirada directa	1	1
11	Sonrisa social	0	0
17	Variedad de expresiones faciales usadas para comunicarse	1	1
TOTAL A1			2

A2. Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales

49	Juego imaginario con sus iguales	0	0
42	Interés por otros niños	2	2
43	Respuesta a las aproximaciones de otros niños	2	2
44	Juego en grupo con sus iguales (puntuar si tiene entre 4 años, 0 meses y 5 años, 11 meses)	0	0
45	Amistades (puntuar si tiene 10 años o más)	0	0
TOTAL A2			4

A3. Falta de goce o placer compartido

52	Mostrar y dirigir la atención	2	2
53	Otroneamientos para compartir	3	2
54	Búsqueda de compartir su deleite e goce con otros	2	2
TOTAL A3			6

A4. Falta de espontaneidad socio-emocional

31	Uso del cuerpo de otra persona para comunicarse	0	0
32	Otroneamiento de consuelo	2	2
56	Cantidad de acercamientos sociales	2	2
58	Expresiones faciales inapropiables	2	2
59	Cantidad apropiada de las respuestas sociales	4	1
TOTAL A4			3

TOTAL A (A1+A2+A3+A4) Puntuación de corte: **19**

El algoritmo de la conducta actual de 10 años en adelante sólo es aplicable a sujetos "verbiales" (elemento 36-0). Para este grupo de edad se existe un algoritmo de conducta actual para sujetos "no verbales" (elemento 36-1 0 0).

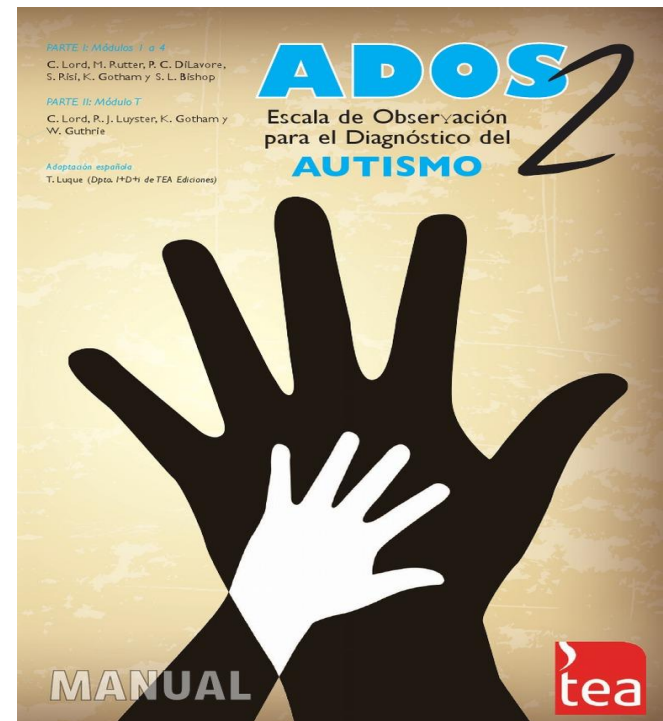
Autism Diagnostic Observation Schedule-2

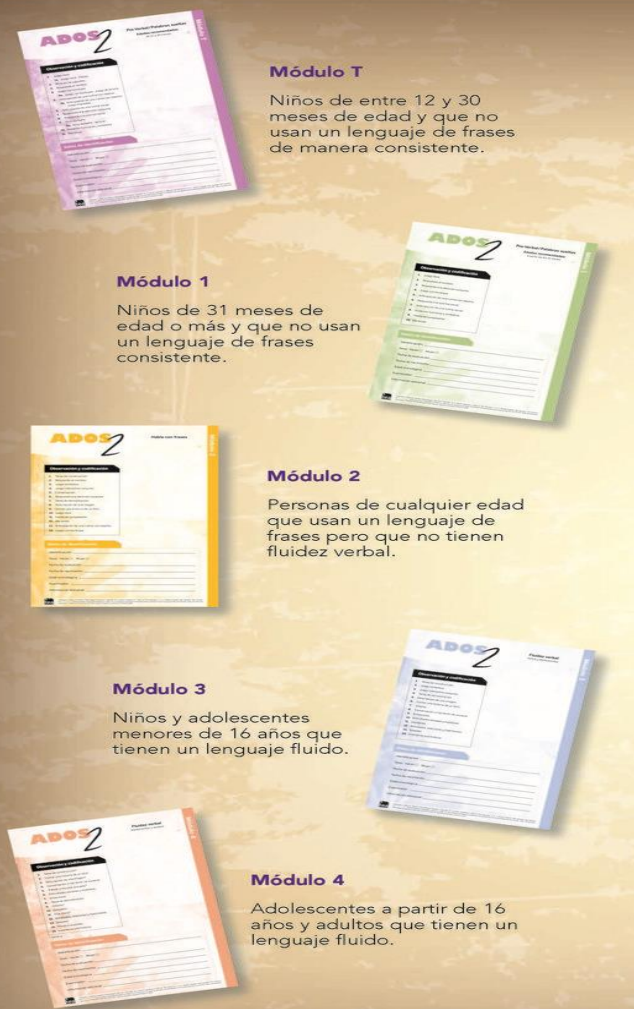
Escala Observacional para niños, adolescentes y adultos

Mediante juego, conversación imágenes y libros, el entrevistador provoca “conductas autistas” que se puntúan para obtener un algoritmo diagnóstico que clasifica los casos en : no TEA, espectro autista o autismo.

A partir de los 12 meses y sin límite de edad

40 – 60 minutos





Módulo T
Niños de entre 12 y 30 meses de edad y que no usan un lenguaje de frases de manera consistente.

Módulo 1
Niños de 31 meses de edad o más y que no usan un lenguaje de frases consistente.

Módulo 2
Personas de cualquier edad que usan un lenguaje de frases pero que no tienen fluidez verbal.

Módulo 3
Niños y adolescentes menores de 16 años que tienen un lenguaje fluido.

Módulo 4
Adolescentes a partir de 16 años y adultos que tienen un lenguaje fluido.

4 módulos distintos que se seleccionan según edad cronológica y nivel de lenguaje



Diagnóstico Diferencial

- **Discapacidad intelectual:** dificultades de comunicación/sociales proporcionadas al grado de déficit cognitivo.
- **Trastorno pragmático de la comunicación:** no tiene intereses restringidos ni estereotípias.
- **Trastorno del lenguaje:** mantiene interés en comunicación y relación, si realiza juego simbólico.
- **Sordera:** mantiene interacción social recíproca, juego simbólico, mímica facial.
- **Síndrome de Rett:** niñas con regresión psicomotriz después de unos 1-2 años de normalidad, con microcefalia y estereotipias manuales.
- **EAF/SAF:** puede tener rasgos TEA en contexto de fenotipo sugestivo de SAF +/- antecedente de enolismo materno conocido.
- **Estereotípias primarias:** no hay afectación en relación ni comunicación.

Diagnóstico Diferencial

- **TDAH:** dificultades en la relación social pero pragmática del lenguaje, expresión no verbal y juego simbólico preservados.
- **Trastorno de ansiedad:** fobia social, mutismo,... Juego simbólico y expresión no verbal preservados.
- **En adultos... Espectro psicótico y trastornos de la personalidad:** Muy importante anamnesis del neurodesarrollo así como clínica TEA que haya podido pasar desapercibida en la infancia.

Diagnóstico Diferencial

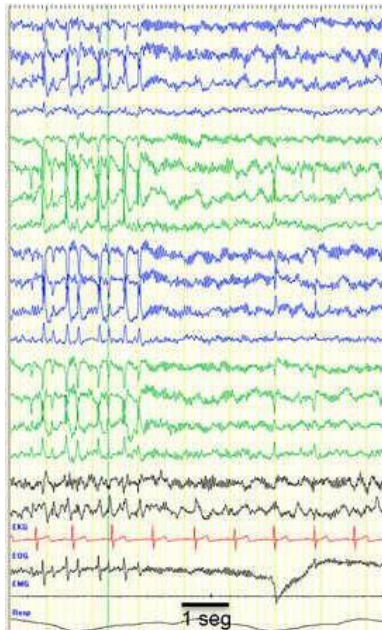
Síndrome de Landau-Kleffner:

- Debut 3-6 años (desarrollo PREVIO NORMAL).
- Inicio en forma de agnosia auditiva verbal (= sordera específica hacia language oral).
- Progresivamente dificultades en language expresivo + conducta hiperkinética.
- Mantienen contacto visual pero pierden language. Cognitivo a menudo preservado.

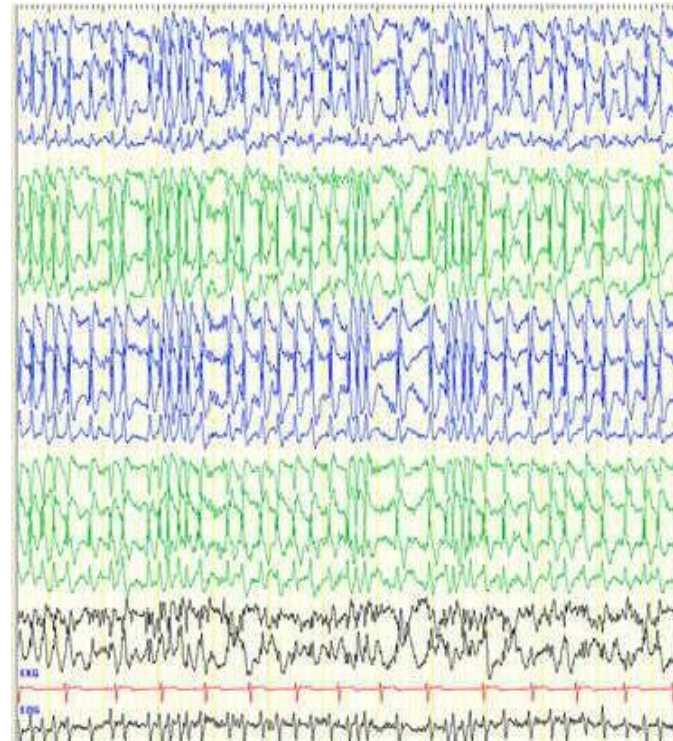
Diagnóstico Diferencial

- 75% crisis epilépticas.
- EEG: puntas centrotemporales y ondas agudas bilaterales en vigília.
- EEG en sueño: estatus epiléptic eléctrico en sueño (patrón concreto)
- Genética: Grin2A.
- Tratamiento: valproato, clonacepam, levetiracetam. Corticoterapia.

Síndrome de Landau-Kleffner



Vigília



Sueño

Exploraciones para el diagnóstico diferencial

- PEATC-audiometria: para descartar sordera (sordera = retraso de lenguaje pero interacción social recíproca, juego simbólico, contacto visual, expresión facial,... ok).
- EEG: per descartar síndrome de Landau-Kleffner.
- Exploración psicopatológica, estudios del lenguaje y nivel cognitivo para descartar otros trastornos específicos.

2. Estudio Etiológico TEA

Neuroimagen

- En niños con TEA sin otros signos / síntomas, muy poco probable encontrar alteraciones.
- Sí pueden hallarse si se asocian al TEA otros rasgos: discapacidad intelectual, anomalías en la exploración neurológica, crisis, cefalea, estigmas neurocutáneos,...
- En niños con TEA no sindrómica, se detectan¹:
 - Hiperintensidades inespecíficas de SB
 - Alteraciones de señal en lóbulo temporal
 - Espacios de Virchow-Robins aumentados
 - Todo inespecífico, también visto en otras enfermedades NRL (metabólicas, genéticas,...)

Electroencefalograma

- Hasta un 19% de niños con TEA tienen alteraciones eléctricas sin presentar crisis. Se desconoce el porqué ¹
- No se realiza de rutina
- Se realiza si:
 - Historia de episodios de probables crisis
 - Visualización de un episodio crítico
 - Para descartar síndrome de Landau-Kleffner

¹ Anna Loussouarn, Blandine Dozières-Puyravel & Stéphane Auvin (2019): Autistic spectrum disorder and epilepsy: diagnostic challenges. Expert Review of Neurotherapeutics, DOI: 10.1080/14737175.2019.1617699

Genética

- TEA sindròmico → buscar gen responsable.
 - Descartar síndrome X frágil (tenga o no fenotipo característico): gen FMR1.
 - Cariotipo si antecedente de >2 abortos previos en la pareja (descartar translocación balanceada).
 - Estudio gen MECP2: mutación de la síndrome de Rett. En niñas con regresión psicomotriz.
- En la clínica habitual se realiza Array CGH. En caso que éste sea normal pero se identifique un TEA asociado a discapacidad intelectual, epilepsia, alteración del perímetro cefálico, rasgos dismórficos... Actualmente se solicita exoma clínico (mayor grado de detección que el array).

Estudio metabólico

En general, a todo niño con TEA:

- Aminoácidos sangre y orina
 - Ácidos orgánicos
 - Purinas y pirimidinas en orina
 - GAGs
 - Lactato, gasometria, piruvato
- Aunque en realidad... <5% niños con TEA tiene algún trastorn metabólico

Exploraciones complementarias en general...solicitar especialmente a niños con TEA y...

- Tendencia a letárgia-somnolencia durante procesos infecciosos
- Hipotonía
- Vómitos recurrentes
- Crisis epilépticas
- Rasgos dismórficos
- Discapacidad intelectual
- Regresión psicomotriz
- Sordera o afectación visual
- Olores inusuales
- Intolerancia a algún alimento /tipus d'aliments

Pruebas no indicadas/no evidencia

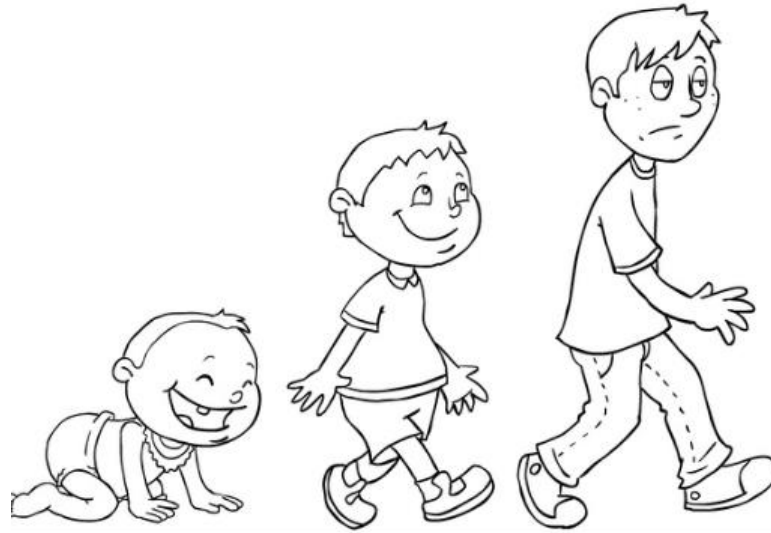
- Estudio de metales pesados
- Estudios micronutrientes
- Estudios de oligoelementos
- Estudio de alteraciones inmunológicas (si no hay sospecha de alteración)

1. Diagnóstico

2. Comorbilidades

3. Abordaje terapéutico

Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes con TEA



TDAH

Tx.
CONDUCTA

TICS

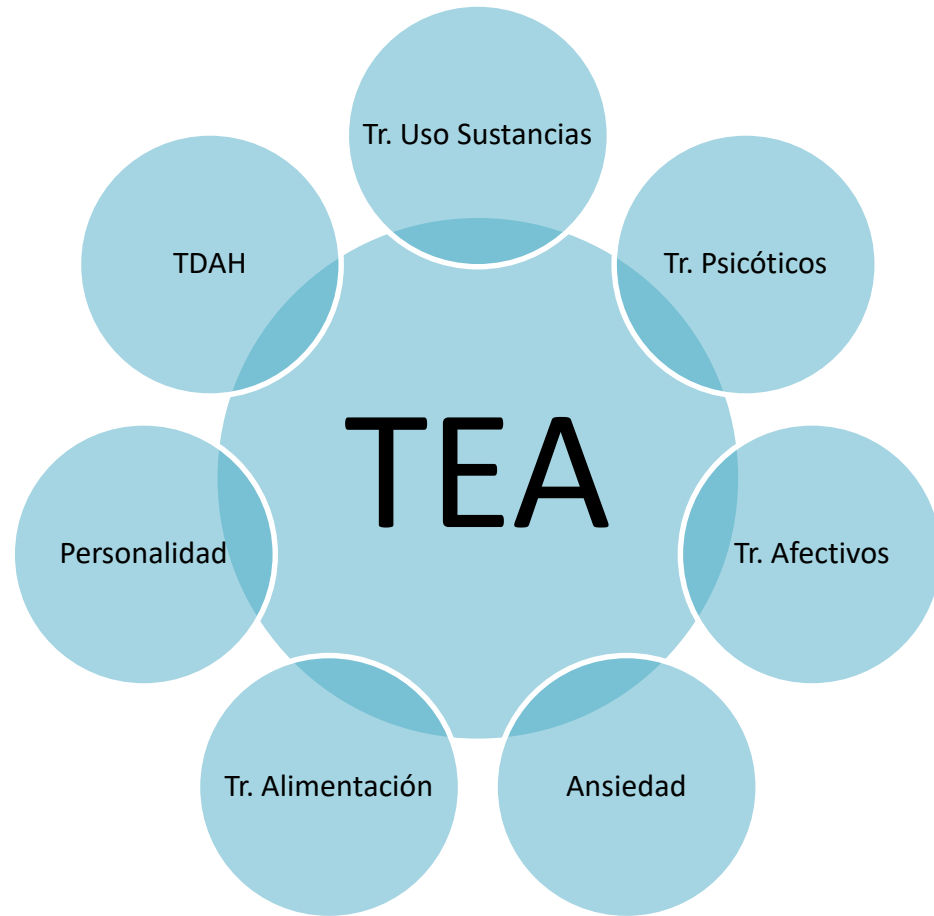
FOBIA
SOCIAL

ANSIEDAD

TOC

DEPRESIÓN

Trastornos psiquiátricos en adultos con TEA



Importante: comorbilidades tanto médicas como psiquiátricas en elevada frecuencia...ver la siguiente tabla...

	Proportion of individuals with autism affected	Comments
Developmental		
Intellectual disability	~45%	Prevalence estimate is affected by the diagnostic boundary and the definition of intelligence (eg, whether verbal ability is used as a criterion) In individuals, discrepant performance between subtests is common
Language disorders	Variable	In DSM-IV, language delay was a defining feature of autism (autistic disorder), but is no longer included in DSM-5 An autism-specific language profile (separate from language disorders) exists, but with substantial inter-individual variability
Attention-deficit hyperactivity disorder	28–44%	In DSM-IV, not diagnosed when occurring in individuals with autism, but no longer so in DSM-5 Clinical guidance available
Tic disorders	14–38%	~6.5% have Tourette's syndrome
Motor abnormality	≤79%	See table 1
General medical		
Epilepsy	8–30%	Increased frequency in individuals with intellectual disability or genetic syndromes Two peaks of onset: early childhood and adolescence Increases risk of poor outcome Clinical guidance available
Gastrointestinal problems	9–70%	Common symptoms include chronic constipation, abdominal pain, chronic diarrhoea, and gastro-oesophageal reflux Associated disorders include gastritis, oesophagitis, gastro-oesophageal reflux disease, inflammatory bowel disease, coeliac disease, Crohn's disease, and colitis Clinical guidance available
Immune dysregulation	≤38%	Altered immune function, which interacts with neurodevelopment, could be a crucial biological pathway underpinning autism Associated with allergic and autoimmune disorders
Genetic syndromes	~5%	Collectively called syndromic autism Examples include fragile X syndrome (21–50% of individuals affected have autism), Rett syndrome (most have autistic features but with profiles different from idiopathic autism), tuberous sclerosis complex (24–60%), Down's syndrome (5–39%), phenylketonuria (5–20%), CHARGE syndrome (coloboma of the eye; heart defects; atresia of the choanae; retardation of growth and development, or both; genital and urinary abnormalities, or both; and ear abnormalities and deafness; 15–50%), Angelman syndrome (50–81%), Timothy syndrome (60–70%), and Joubert syndrome (~40%)
Sleep disorders	50–80%	Insomnia is the most common Clinical guidance available

Meng-Chuan Lai, Michael V Lombardo, Simon Baron-Cohen. *Lancet* 2014; 383: 896–910

Psychiatric		
Anxiety	42–56%	Common across all age groups Most common are social anxiety disorder (13–29% of individuals with autism; clinical guidance available) and generalised anxiety disorder (13–22%) High-functioning individuals are more susceptible (or symptoms are more detectable)
Depression	12–70%	Common in adults, less common in children High-functioning adults who are less socially impaired are more susceptible (or symptoms are more detectable)
Obsessive-compulsive disorder	7–24%	Shares the repetitive behaviour domain with autism that could cut across nosological categories Important to distinguish between repetitive behaviours that do not involve intrusive, anxiety-causing thoughts or obsessions (part of autism) and those that do (and are part of obsessive-compulsive disorder)
Psychotic disorders	12–17%	Mainly in adults Most commonly recurrent hallucinosis High frequency of autism-like features (even a diagnosis of autism spectrum disorder or pervasive developmental disorder) preceding adult-onset (52%) and childhood-onset schizophrenia (30–50%)
Substance use disorders	≤16%	Potentially because individual is using substances as self-medication to relieve anxiety
Oppositional defiant disorder	16–28%	Oppositional behaviours could be a manifestation of anxiety, resistance to change, stubborn belief in the correctness of own point of view, difficulty seeing another's point of view, poor awareness of the effect of own behaviour on others, or no interest in social compliance
Eating disorders	4–5%	Could be a misdiagnosis of autism, particularly in females, because both involve rigid behaviour, inflexible cognition, self-focus, and focus on details
Personality disorders*		
Paranoid personality disorder	0–19%	Could be secondary to difficulty understanding others' intentions and negative interpersonal experiences
Schizoid personality disorder	21–26%	Partly overlapping diagnostic criteria Similar to Wing's loners subgroup
Schizotypal personality disorder	2–13%	Some overlapping criteria, especially those shared with schizoid personality disorder
Borderline personality disorder	0–9%	Could have similarity in behaviours (eg, difficulties in interpersonal relationships, misattributing hostile intentions, problems with affect regulation), which requires careful differential diagnosis Could be a misdiagnosis of autism, particularly in females
Obsessive-compulsive personality disorder	19–32%	Partly overlapping diagnostic criteria
Avoidant personality disorder	13–25%	Could be secondary to repeated failure in social experiences

Meng-Chuan Lai, Michael V Lombardo, Simon Baron-Cohen. Lancet 2014; 383: 896–910

Behavioural		
Aggressive behaviours	≤68%	Often directed towards caregivers rather than non-caregivers Could be a result of empathy difficulties, anxiety, sensory overload, disruption of routines, and difficulties with communication
Self-injurious behaviours	≤50%	Associated with impulsivity and hyperactivity, negative affect, and lower levels of ability and speech Could signal frustration in individuals with reduced communication, as well as anxiety, sensory overload, or disruption of routines Could also become a repetitive habit Could cause tissue damage and need for restraint
Pica	~36%	More likely in individuals with intellectual disability Could be a result of a lack of social conformity to cultural categories of what is deemed edible, or sensory exploration, or both
Suicidal ideation or attempt	11-14%	Risks increase with concurrent depression and behavioural problems, and after being teased or bullied

Meng-Chuan Lai, Michael V Lombardo, Simon Baron-Cohen. *Lancet* 2014; 383: 896–910

1. Diagnóstico

2. Comorbilidades

3. Abordaje terapéutico

Intervención en TEA

Elementos comunes de las diferentes intervenciones:

- Entrada **precoz** en el programa, sin esperar al diagnóstico definitivo.
- Intervención **intensiva**, el mayor número de horas que el niño pueda recibir por sus características.
- Baja tasa de niño-profesor, con numerosos momentos de terapia 1 a 1, para conseguir **objetivos individualizados**.
- **Inclusión** de la familia en el tratamiento.
- Oportunidades de **interacción** con niños sin problemas de su misma edad.
- **Medición** frecuente de los progresos.
- Alto grado de **estructuración**, con elementos como una rutina predecible, programas de **actividades visuales** y **límites físicos** para evitar la distracción.
- Estrategias para la **generalización** y **perpetuación** de la actividades aprendidas

Abordaje terapéutico

Objetivos básicos del tratamiento:

- Favorecer desarrollo social y comunicativo adaptado a los distintos contextos donde la persona afectada de autismo se ubica a lo largo de la su vida
- Enseñar competencias adaptadoras y entrenarles en funciones cognitivas emocionales que fomentan su flexibilidad
- Tratar problemas de conducta y trastornos emocionales que interfirieren en el desarrollo
- Ampliar intereses y competencias especiales que tienen muchas de les persones con TEA
- Comorbilidades con otros trastornos ya seaa médicos o de salud mental .
- Apoya y dar información a familias y otros profesionales implicados

Intervenciones terapéuticas específicas

- A pesar de las diversas alegaciones de tratamientos "milagro" para el autismo, no hay intervenciones específicas que puedan ser recomendadas para todos los individuos.
- No obstante, las recientes revisiones de ensayos aleatorios y estudios grupales más reducidos, sugieren diversos enfoques generales que pueden ser útiles para muchos menores y sus familias.
- Se revisan a continuación algunas de las estrategias con mayor evidencia. Información extraída de la lectura inicial propuesta: **Guía práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento**

Índice de terapias que a continuación se repasan...

- Terapias de comunicación social basadas en el desarrollo
- Intervenciones basadas en el análisis conductual aplicado
- Intervenciones conductuales naturales orientadas al desarrollo
- Programas enfocados en los padres del manejo del comportamiento
- Programas de habilidades sociales
- Otras terapias :
 - Terapia del habla y del lenguaje
 - Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de la Comunicación (TEACCH)
 - Las terapias ocupacionales:
 - Terapias basadas en animales
- Intervenciones para comportamientos desafiantes

Terapias de comunicación social basadas en el desarrollo

- El enfoque principal se basa en la sincronización entre adultos y niños, de manera que los padres aprendan a responder a las señales de comunicación de sus hijos y fomentar la comunicación espontánea; creando oportunidades para la atención compartida, la iniciación social del niño y el juego espontáneo. Los más rigurosamente evaluados son el programa de Atención Compartida, Juego Simbólico y Regulación de la Interacción (JASPER) y la Terapia de comunicación para el autismo en preescolares (PACT).
- Otros programas que se centran en la intervención temprana, a través de la mediación de los padres, tienen una evidencia más débil, y no todos los ensayos han generado resultados positivos. Estos incluyen el modelo de Desarrollo individual de la Relación (DIR) o “terapia en el suelo” (Floortime); y el programa “Más que Palabras” o programa Hanen. No obstante, los principios fundamentales implicados – esto es, la participación de los padres, el aprovechamiento de las oportunidades naturales de aprendizaje durante las rutinas diarias, la facilitación de la generalización de las aptitudes en todos los entornos - son estrategias recomendadas para mejorar la comunicación social, especialmente entre los niños muy pequeños .

Intervenciones basadas en el análisis conductual aplicado

- Los programas basados en los principios del Análisis Conductual Aplicado (ABA) se han utilizado ampliamente en recursos educativos y otros entornos para personas con autismo. Las estrategias básicas ABA (refuerzo, modelado, incitación, aproximación parcial para aumentar las habilidades, etc.) han sido aplicadas de manera individual y en pequeño grupo; resultando en un cambio conductual positivo. También hay una serie de programas ABA altamente protocolizados e intensivos, como la Intervención Conductual Intensiva Temprana (EIBI), que implica 30 a 40 horas de terapia en el hogar por semana, durante un período de dos años o más. Aunque los programas EIBI pueden beneficiar a algunos niños con autismo, las revisiones recientes resaltan la mala calidad de gran parte de la investigación de EIBI, concluyendo que hay muy poca evidencia que demuestre la superioridad de los programas intensivos ABA. En consecuencia, muchas de las intervenciones actuales basadas en enfoques de conducta aplicada han cambiado desde el entrenamiento basado en la “repetición estructurada”, a tareas más naturales, iniciadas por los niños, y adecuadas para el desarrollo

Intervenciones conductuales naturales orientadas al desarrollo

- El Modelo Denver del Comienzo Temprano (Early Start Denver Model - ESDM) es probablemente uno de los más conocidos de estas intervenciones.

Early Start Denver Model (ESDM)

- Este modelo evolutivo busca aprovechar la gran plasticidad cerebral presente en la primera infancia con el fin de minimizar las dificultades que a menudo caracterizan a los sujetos niños con TEA incluyendo el desarrollo de la socialización, la comunicación, la regulación emocional-conductual y la autonomía o conductas adaptativas...
- Programa individualizado mediante intervención intensiva que incorpora un currículum de desarrollo el que se definen qué habilidades se enseñaran en cada momento, así como el conjunto concreto de procedimientos que se utilizaran para favorecerlas.
- La familia como agente activo en el proceso terapéutico

ESDM: Currículum de desarrollo

Dividido por edades en cuatro niveles y contempla las siguientes áreas de desarrollo:

- Comunicación Receptiva
- Comunicación Expresiva
- Atención Conjunta
- Imitación
- Habilidades Sociales con Adultos
- Habilidades Sociales con Iguales
- Cognición
- Juego
- Motricidad Gruesa
- Motricidad Fina
- Hábitos de autonomía

ESDM

- Se elabora un de plan de intervención ajustado a los valores familiares para las próximas 12 semanas. Reevaluación por trimestres y hasta máximo los 4-5 años.
- En él se formulan por escrito objetivos específicos para cada una de las áreas de desarrollo con una estructura clara de antecedentes, conductas y criterios de logro y generalización.

TAREA PARA EL ALUMNO

- Antes de con la unidad visualiza el siguiente vídeo:
- Vídeo: [Autismo: Modelo Denver de inicio temprano \(Sally Rogers\) - video dailymotion](#)
- Encontrarás este vídeo en el apartado de la unidad xxx, junto al resto de contenidos de esta unidad.

Programas enfocados en los padres del manejo del comportamiento

- Grupos psicoeducativos para padres de niños/as recién diagnosticados : su objetivo es la mejora de la comprensión de los padres sobre el autismo; cómo fomentar habilidades sociales y comunicativas; y cómo gestionar comportamientos "difíciles" como rituales, rabietas y/o agresividad, miedos y fobias, y/o problemas con la alimentación, dormir y el control de esfínteres. Los programas suelen estar estructurados en sesiones de grupo (a veces complementadas con unas pocas sesiones individuales y/o en el hogar); normalmente durante unas pocas semanas, y se ha comprobado que mejoran las habilidades y el bienestar de los padres, así como el comportamiento de adaptación de los niños.
- El programa denominado Escalones Intermedios (Stepping Stones - Triple P) es una intervención de grupo específicamente diseñada para ayudar a desarrollar habilidades parentales positivas. Se ha encontrado que esta intervención ayuda a los padres de niños con problemas bien diferentes, así como para los que tienen autismo.

Programas de habilidades sociales

- Las intervenciones para mejorar las competencias sociales se utilizan ampliamente en escuelas y en clínicas para niños con autismo. Pueden implicar una amplia variedad de estrategias diferentes, incluyendo grupos de socialización, programas de computadoras, estrategias cognitivo-conductuales, y apoyo del resto del alumnado. La mayoría de los estudios ofrecen resultados positivos basados en la evaluación de las habilidades sociales por parte de los padres y/o profesores, y/o en medidas semejantes de la autoconciencia y la comprensión social de los niños con autismo. Sin embargo, hay escasa evaluación de que se generalice este avance a contextos del "mundo real" o a grupos más amplios de niños con autismo.

Otras terapias

- **Terapia del habla y del lenguaje**

El objetivo principal es mejorar la comprensión y la comunicación de la manera más adecuada para ese individuo, en vez de centrarse únicamente en la producción del habla. Para muchas personas, especialmente aquellas que tienen bajas capacidades, esto puede implicar el uso de sistemas alternativos o aumentativos de la comunicación, como pueden ser signos, símbolos o imágenes (por ejemplo, el Sistema de Comunicación de Intercambio de Imágenes (Picture Exchange Communication System – PECS)).

Los avances tecnológicos recientes también ofrecen a los niños con autismo mayores oportunidades de comunicarse utilizando computadoras de mesa, ordenadores portátiles, tabletas y otros dispositivos, aunque el uso excesivo de la tecnología puede tener desventajas.

En España son ampliamente usados los pictogramas de ARASAAC: Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (recomiendo visitar su web a ...)

TAREA PARA EL ALUMNO

- Antes de con la unidad visualiza el siguiente vídeo:
- Vídeo: https://youtu.be/3A70c_FweSc
- Encontrarás este vídeo en el apartado de la unidad xxx, junto al resto de contenidos de esta unidad.

Otras terapias

Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de la Comunicación (TEACCH)

- Sistema de trabajo estructurado
- Tratamiento y educación del alumnado con discapacidad autismo u dificultades de comunicación.
- Desarrollado por Schopler y Reichler en 1972, Universidad Carolina del Norte con el objetivo de prevenir la institucionalización innecesaria, ayudando a preparar a la gente con TEA para vivir y trabajar más efectivamente en casa, escuela y comunidad.
- Replicado en 22 países
- Premisa fundamental: adaptar el entorno.

Sistema TEACCH

También subraya la importancia de utilizar claves visuales para mejorar la comprensión y fomentar la comunicación espontánea en niños con habilidades verbales limitadas. Además, el TEACCH hace hincapié en la importancia de crear un entorno que sea predecible y tan libre de estrés como sea posible.

Sistema TEACCH

Estructura visual

Rutinas y estrategias

Sistemas de trabajo

Horario individual

Estructura física

Sistema TEACCH

Estructura Física

- Distribución del espacio físico mediante el uso de fronteras consistentes y visualmente claras
- Ayuda a recordar las actividades y a saber que hay que hacer en cada sitio



Sistema TEACCH

Horarios y agendas

- Anticipan y comunican visualmente la secuencia de actividades durante un período de tiempo: Qué tengo que hacer? Dónde y cuándo?
- Claramente visuales y adaptadas a cada nivel de capacidad



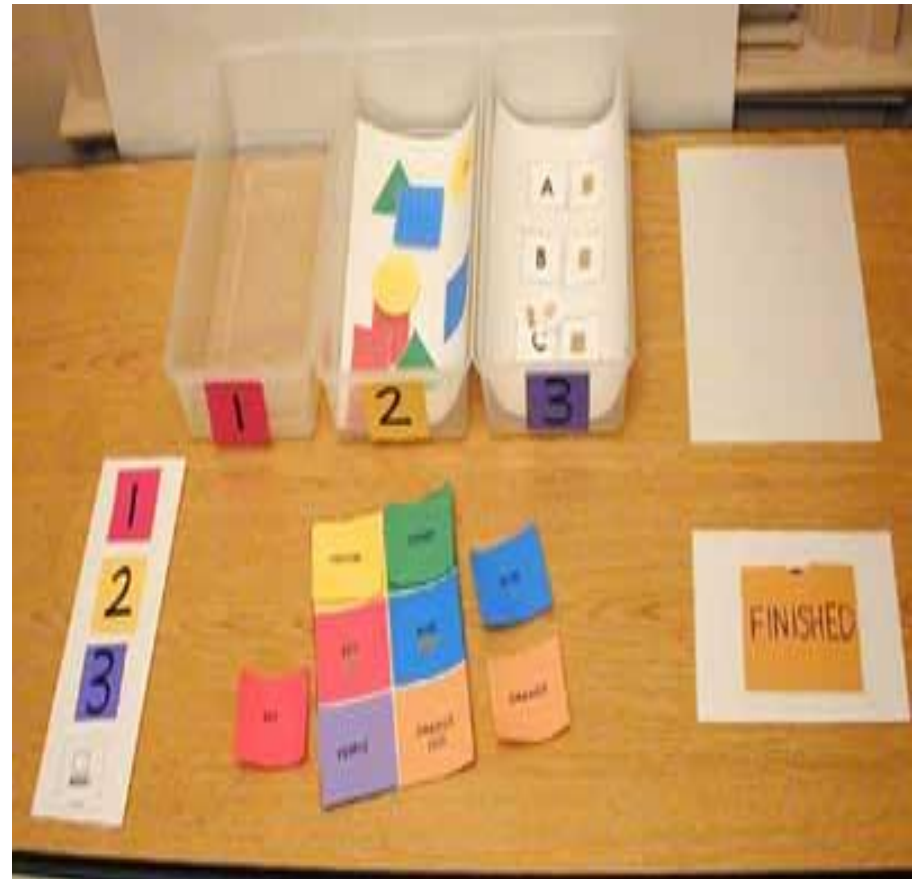
TAREA PARA EL ALUMNO

- Antes de con la unidad visualiza el siguiente vídeo:
- Vídeo horario visual: <https://youtu.be/SbOZVvhchX0>
- Encontrarás este vídeo en el apartado de la unidad xxx, junto al resto de contenidos de esta unidad.

Sistema TEACCH

Sistemas de Trabajo

- Ayudan a comprender que se espera de su trabajo individual, a autoorganizarse sistemáticamente y a comprender como acabar las tareas: Qué tarea? , cuánta tarea? Cuándo acaba? Qué pasa después?
- Suelen ser de izquierda a derecha o por emparejamiento.



Sistema TEACCH

Otro ejemplo de sistema de trabajo



Otras terapias

- **Las terapias ocupacionales:** se centran en las aptitudes sensoriales, motrices y de adaptación del comportamiento, también se utilizan ampliamente en muchos entornos para mejorar las competencias para la vida diaria y las conductas adaptativas de las personas con autismo. Varios estudios de casos únicos y con un pequeño grupo, indican que se pueden utilizar estrategias basadas en lo conductual (por ejemplo, la desensibilización, el modelado, la promoción y atenuación) para ayudar al alumnado a tolerar gradualmente los estímulos sensoriales que causan angustia. Simples modificaciones ambientales (por ejemplo: sonido, iluminación, ropa, habitaciones, muebles, etc.) pueden también reducir de manera significativa los problemas.

TAREA PARA EL ALUMNO

- Antes de seguir con la unidad realiza la siguiente tarea:
- Tarea: Estrategias básicas en el aula
- Encontrarás esta tarea en el apartado de la unidad xxx, junto al resto de contenidos de esta unidad.

Otras terapias

- **Terapias basadas en animales:** cada vez más ampliamente aplicadas, parecen ofrecer buenos resultados aunque faltan mayor número de estudios que respalden su efectividad.

Intervenciones par a comportamientos desafiantes

- Muchas personas con autismo muestran comportamientos que son difíciles para ellas mismas y para quienes viven o trabajan con ellas.
- Las directrices de la Guía NICE recomiendan que el enfoque psicosocial en la intervención sea la primera línea de tratamiento, si no se ha identificado ningún trastorno mental o físico coexistente como posible causa subyacente de la perturbación del comportamiento. Este enfoque implica la evaluación y la modificación de los factores del entorno que contribuyan a la iniciación o el mantenimiento de dicho comportamiento; la elaboración de una estrategia de intervención claramente definida, que tenga en cuenta el nivel de desarrollo de la persona; la evaluación sistemática para garantizar que se logren los resultados acordados en un plazo determinado; y el acuerdo entre la persona, los padres y los profesionales de todos los ámbitos sobre la forma de llevar a cabo la intervención.

Intervenciones para comportamientos desafiantes

- El **Apoyo Conductual Positivo (Positive Behaviour Support - PBS)** ha demostrado ser eficaz en éste tipo de conductas.

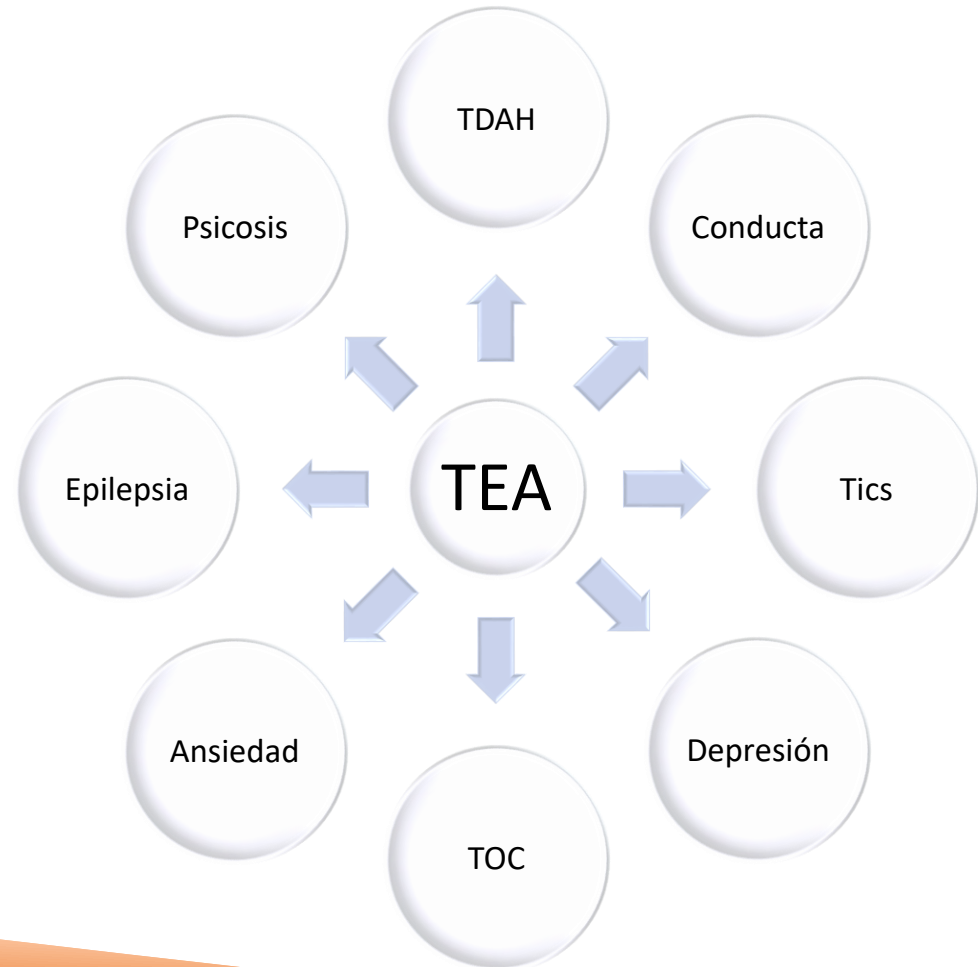
Se centra en la enseñanza de habilidades nuevas y más eficaces para facilitar el cambio de comportamiento y hace hincapié en la necesidad de sustituir la coerción por modificaciones en el entorno que den lugar a un cambio positivo, duradero y significativo. También hace hincapié en la necesidad de una evaluación funcional de las posibles causas de las dificultades de comportamiento; la modificación de los factores que desencadenan o mantienen el comportamiento, y el desarrollo de competencias sociales y comunicativas que puedan reemplazar los comportamientos problemáticos.

TAREA PARA EL ALUMNO

- Antes de seguir con la unidad realiza la siguiente lectura:
- Lectura: Buenas Prácticas. Apoyo conductual Positivo.
- Encontrarás esta lectura en el apartado de la unidad xxx, junto al resto de contenidos de esta unidad.

Abordaje farmacológico

- No existe un tratamiento farmacológico para los síntomas nucleares del TEA
- Se realiza tratamiento farmacológico de las **comorbilidades**
- OJO: Elevada susceptibilidad a efectos secundarios



Fin!!!