

Universidad FASTA

Facultad de Ciencias de la Educación

Licenciatura en Psicopedagogía

Intervenciones del Licenciado en Psicopedagogía en pacientes con TEA

María Natalia Cuñado

Trabajo Final de Graduación para acceder al título de licenciado en Psicopedagogía

Mar del Plata, Agosto 2020

Dedicatoria

A mis amores: Esteban, mi esposo, mi amigo, mi apoyo, mi consejero, y Etienne, mi compinche, mi compañero de juegos, mi razón de vivir.

Agradecimientos

A mis padres que me inculcaron el amor por el estudio y me enseñaron a esforzarme por mejorar cada día. A mis amigas, que siempre “están”: en las buenas y en las malas.

Resumen /Abstract.

El presente trabajo pretende ofrecer un relevamiento organizado de la información disponible sobre el Trastorno del Espectro Autista. Para esto se tomaron en cuenta la historia del término y su conceptualización, los criterios diagnósticos de los manuales CIE-11 y DSM-V, los distintos niveles desde la detección de casos de riesgo al diagnóstico clínico, los distintos tipos de tratamiento, la inclusión escolar y la elaboración de un proyecto de vida que incluya educación superior o formación vocacional ocupacional, la inserción laboral y el ocio.

Palabras clave

Autismo, TEA, Trastorno del Espectro Autista, Trastorno del Neurodesarrollo, Diagnóstico, Tratamiento, Inclusión Escolar, Proyecto de vida, Educación Superior, Inserción Laboral, Ocio.

Abstract.

The present work seeks to organize the information available about the Autism Spectrum Disorder. To this end, it attends to the following issues: history of the term and its conceptualization, DSM-V and CIE-11 diagnostic criteria, instances from detecting risk for autism to clinical diagnosis, types of treatment, school inclusion and life project design, which includes higher education, vocational and occupational counselling, employment and leisure.

Key Words

Autism, ASD, Autism Spectrum Disorder, Neurodevelopmental Disorder, Diagnosis, Treatment, School Inclusion, Life Project, Higher Education, Employment, Leisure.

Índice de Contenido

Introducción.....	5
Historia y evolución del término y de las características diagnósticas	5
Evolución en los Manuales Diagnósticos.....	7
CIE	7
DSM	9
Historia de las hipótesis etiológicas	14
Diagnóstico.....	18
Primer nivel diagnóstico: Vigilancia evolutiva de rutina	19
Segundo nivel diagnóstico: Pesquisa específica para TEA	20
Tercer nivel diagnóstico: Evaluación clínica multidisciplinar e instrumentos diagnósticos.....	22
Tratamiento.....	25
Tipos de intervención	26
Intervención psicoeducativa	26
Tabla 3. Breve descripción de los programas analizados	28
Tabla 4. Prototipos	30
Tabla 5. Rasgos Distintivos de los Prototipos	31
Tabla 6. Distribución de los rasgos distintivos en cada prototipo	31
Tabla 7. Dimensiones presentes en los programas	32
Tabla 8. Dimensiones contempladas por cada programa	34
Tratamiento Farmacológico.....	35
Otras intervenciones	35
Terapias alternativas	36
Inclusión Escolar.....	37
Proyecto de vida.....	40
Educación Superior	41
Inserción Laboral	43
Ocio	44
Familias.....	45
Intervenciones mediadas por padres.....	45
TEM	46
CST	46
Talleres para padres y familiares.....	47
Agrupaciones de TEA en Argentina	48
Conclusiones.....	50
Bibliografía	51

Introducción

Desde su descubrimiento hasta la fecha, la conceptualización del autismo ha visto varios cambios. Hoy se sabe que es un trastorno heterogéneo del neurodesarrollo, de una etiología genética y epigenética multifactorial, que se prolonga toda la vida. Además, se sabe que un diagnóstico precoz mejora considerablemente el pronóstico. Desde el rol psicopedagógico, son muchas las tareas que se pueden llevar a cabo: diagnóstico y tratamiento como parte de un equipo multidisciplinar, acompañamiento escolar, orientación vocacional ocupacional, acompañamiento en la inserción y durante la educación superior, acompañamiento en la inserción y durante la adaptación laboral, talleres de juego que involucren socializar con pares, talleres ocupacionales, talleres de hobbies, talleres de actividades deportivas, talleres para padres y familiares. Pero para ello, el Licenciado en Psicopedagogía debe capacitarse más profundamente en este trastorno, ya que la intervención debe ser realizada por profesionales especializados en el área.

Historia y evolución del término y de las características diagnósticas

El término autismo fue utilizado por primera vez por el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler en 1911, en su libro *Daementia praecox der Gruppe der Schizophrenien*. Lo crea a partir del griego *autos* (sí mismo) y lo utiliza para referirse a lo que otro psiquiatra, Emil Kraepelin, llamó demencia precoz. Ambos autores se referían a una patología mental que ocurría en adultos jóvenes que se encerraban en sí mismos, separándose del mundo exterior (Garrabé, 2012).

En 1943, Leo Kanner publicó lo que se considera el primer artículo sobre lo que hoy se acuerda en la comunidad científica como autismo.¹ Su artículo *Autistic Disturbances of Affective contact* describe una serie de síntomas de una patología hasta ese momento no identificada (Garrabé, 2012; Martínez, 2015; Artigas y Paula,

¹ Existen registros que permiten inferir la existencia de individuos con rasgos autistas previa a los de Kanner, sólo que no fueron reportados como una patología o síndrome diferenciado (Artigas y Paula, 2012; Ruggieri y Cuesta, 2017).

2012). Estudió a once niños en los cuales observó los siguientes signos: “incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones, alteración en el lenguaje y la comunicación y la insistencia en la invariancia en el ambiente” (Martínez, 2015, p.15). Años más tarde, se refirió al trastorno como autismo infantil precoz (Artigas y Paula, 2012; Garrabé, 2012).

Hans Asperger, en 1944, también utilizó autismo, sin haber leído sobre Kanner, aunque sus aportes no fueron conocidos hasta su traducción al inglés por Lorna Wing en 1981 (Artigas y Paula, 2012; Garrabé, 2012). En su artículo *Die Atistischen Psychopathen im Kindesalter*, relata ciertas peculiaridades comunes a cuatro niños:

comienzan a manifestarse alrededor del tercer año de vida, desarrollo lingüístico adecuado (gramática y sintaxis), deficiencias en el uso pragmático de la comunicación, torpeza en la coordinación motriz, trastorno en la interacción social, trastorno de la comunicación no verbal, comportamientos e intereses obsesivos y repetitivos, y desarrollo de estrategias cognitivas sofisticadas y pensamientos originales (Martínez, 2015, p.15).

Ambos autores usaron la palabra autismo porque era la que estaba instaurada en la literatura psiquiátrica del momento, aunque se refirieron a una entidad nueva con síntomas antes no registrados como parte de un síndrome (Martínez, 2015). Sin embargo, hay varias diferencias entre sus trabajos. En primer lugar, los registros de las características de sus pacientes: Kanner describió a niños pequeños adictos a la rutina y la soledad y con dificultades en la adquisición del lenguaje y atribuyó la causa a la poca afectividad de los padres. En cambio, Asperger estudió a niños más grandes sin compromiso de habilidades cognitivas o lingüísticas (Garrabé, 2012). En segundo lugar, el enfoque: Kanner se dedicó a la descripción del cuadro, mientras que Asperger se interesó más por el tratamiento, como se evidencia en un libro posterior *Pedagogía curativa*. En tercer y último lugar, las hipótesis etiológicas: Kanner creía que su origen era desde el nacimiento y Asperger que se gestaba con el desarrollo de la personalidad (Martínez, 2015). Curiosamente, según investigaciones realizadas por Steve Silberman (2015) (Citado por Ruggieri y Cuesta, 2017), Kanner podría haber conocido el trabajo de Asperger antes de su primera publicación de autismo. George Frankl y Anni Weis trabajaron con Asperger hasta que tuvieron que escapar a EEUU debido a la Segunda Guerra Mundial. Ambos conocían el trabajo de Asperger al emigrar y trabajaron con Kanner en la evaluación de los niños estudiados. En la historia clínica del primer niño evaluado,

Kanner diagnosticó esquizofrenia, lo cual permite suponer que, aunque no fuera reconocido en sus trabajos, Frankl pudo haber influenciado las conclusiones que llevaron a Kanner a escribir sobre autismo (Ruggieri y Cuesta, 2017).

Los trabajos de Asperger pasaron desapercibidos hasta su traducción al inglés por Lorna Wing. A ella se le acredita haber acuñado síndrome de Asperger, aunque en 1962 ya lo había utilizado el psiquiatra Gerhard Bosch en su monografía en alemán, traducida al inglés en 1970. Aunque Wing fue quien popularizó el término, ya en 1979, junto a Judith Gould propone utilizar espectro autista para referirse a un continuo que incluye al síndrome de Asperger junto con casos como los documentados por Kanner. Dentro de este continuo se encuentran afectados, en distintos grados, la interacción social, la comunicación y la imaginación, con presencia de conductas estereotipadas concomitantes, sin correlación con el grado de inteligencia (Artigas y Paula, 2012).

Evolución en los Manuales Diagnósticos

CIE

Después de la Segunda Guerra Mundial y de la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), ésta le encomienda a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tarea de revisar la hasta entonces clasificación de enfermedades para unificar criterios y crear un manual de referencia internacional. Así, surge la CIE-5, Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o International Classification of Diseases (ICD). Sin embargo, no es hasta a partir de la octava edición, en 1974, que se incorpora una sección específica para trastornos mentales. Recién en 1992, el autismo se incluye en la CIE-10 como trastorno generalizado del desarrollo (Garrabé, 2012). Las categorías diagnósticas se correlacionan con las del entonces vigente DSM-IV, como se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Comparación CIE-10 y DSM-IV

CIE-10	DSM-IV
F84.0 Autismo infantil	299 Trastorno autístico
F84.1 Autismo atípico	299.10 Trastorno desintegrativo de la infancia
F84.2 Síndrome de Rett	299.80 Síndrome de Rett
F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la	

CIE-10	DSM-IV
infancia	
F84 Hiperactividad asociada a un retraso mental y a movimientos estereotipados	
F84.5 Síndrome de Asperger	299.80 Síndrome de Asperger
F84.8 Otros trastornos invasores del desarrollo	299.80 Otros trastornos invasores del desarrollo no especificados en otro lugar
F84.9 Otros trastornos invasores del desarrollo no precisados	

Nota: Tomado de Garrabé (2012).

En CIE-11, versión 04/2019, se utiliza la denominación general trastorno del espectro autista, ubicada dentro de la categoría trastornos del neurodesarrollo, y se describe así:

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles. El inicio del trastorno ocurre durante el período del desarrollo, típicamente en la primera infancia, pero los síntomas pueden no manifestarse plenamente hasta más tarde, cuando las demandas sociales exceden las capacidades limitadas. Los déficits son lo suficientemente graves como para causar deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo, y generalmente constituyen una característica persistente del individuo que es observable en todos los ámbitos, aunque pueden variar de acuerdo con el contexto social, educativo o de otro tipo. A lo largo del espectro los individuos exhiben una gama completa de capacidades del funcionamiento intelectual y habilidades de lenguaje.

Inclusiones: Retraso del desarrollo generalizado, trastorno autista.

Exclusiones: Trastorno del desarrollo del lenguaje (6A01.2), Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios (6A20-6A2Z).

6A02.0 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional:

6A02.1 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o ningún deterioro del lenguaje funcional

6A02.2 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional

6A02.3 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional

6A02.4 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional

6A02.5 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional

6A02.Y Otro trastorno especificado del espectro autista

6A02.Z Trastorno del espectro autista, sin especificación (WHO, 2019).

DSM

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association) publica en 1952, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales). El autismo en esta edición no aparece. Las características descritas por Kanner se incluyen en la categoría reacción esquizofrénica de tipo infantil (Artigas y Paula, 2012). En la revisión de 1968, el DSM-II, lo incluye como un rasgo dentro de esquizofrenia de tipo infantil (Artigas y Paula, 2012):

Esquizofrenia de tipo infantil.

Esta categoría se utilizó para los síntomas esquizofrénicos que aparecen antes de la pubertad. Se considera que la enfermedad puede manifestarse por: comportamiento autista y atípico, fracaso para desarrollar una identidad separada de la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo.

Estas alteraciones del desarrollo pueden provocar retraso mental, el cual también debe diagnosticarse (DSM-II, 1968, citado en Artigas y Paula, 2012).

La siguiente versión, que aparece en 1980, DSM-III, incluye autismo infantil y enumera seis criterios para su identificación:

- A. Inicio antes de los 30 meses.
- B. Déficit generalizado de receptividad hacia las otras personas.
- C. Déficit importante en el desarrollo del lenguaje.
- D. Si hay lenguaje se caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada del lenguaje metafórico e inversión de pronombres.
- E. Respuestas extrañas a varios aspectos del entorno: por ejemplo, resistencia a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados.
- F. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la esquizofrenia (DSM-III, 1980, citado en Artigas y Paula, 2012).

El DSM III-R, en 1987, reemplazó autismo infantil por trastorno autista y lo incluyó en una categoría en sí mismo. El vocablo trastorno se utiliza para hacer referencia a patologías mentales, diferenciándolo de patologías médicas con etiología y fisiopatología definida (Artigas y Paula, 2012). Además, incorporó una descripción detallada y ejemplos para una mejor identificación:

Por lo menos deben estar presentes 8 de los siguientes 16 criterios, de los cuales deben incluirse por lo menos 2 ítems de A, uno de B y uno de C.

A. Alteración cualitativa en la interacción social recíproca (los ejemplos entre paréntesis han sido organizados de modo que los listados en primer lugar sean los que sean más aplicables a los más pequeños o más afectados, y los últimos a los mayores o menos afectados) manifestado por lo siguiente:

1. Marcada falta de consciencia de la existencia de sentimiento en las otras personas (por ejemplo, trata a la persona como si fuera un objeto o un mueble; no detecta el

malestar en la otra persona; en apariencia no tiene el concepto de la necesidad de privacidad de los demás).

2. Ausencia o alteración en la busca de consuelo en los momentos de angustia (por ejemplo, no busca consuelo cuando está enfermo, se hace daño, o está cansado; busca consuelo de forma estereotipada, por ejemplo, dice: "queso, queso, queso" cuando algo le duele).

3. Ausencia o alteración en la imitación (por ejemplo, no gesticula bye-bye; no coopera en las actividades domésticas de los padres; imitación mecánica de las acciones de los demás fuera de contexto).

4. Ausencia o alteración en la imitación del juego social (por ejemplo, no participa activamente en juegos simples, prefiere el juego solitario; sólo involucra a los otros niños en el juego como soporte mecánico).

5. Alteración importante en la habilidad para hacer amigos entre los iguales (por ejemplo, falta de interés en hacer amistad con iguales a pesar de tener aficiones similares; muestra falta de comprensión de las normas de interacción social, por ejemplo, leer el listín de teléfono a compañeros que no les interesa.)

B. Alteración cualitativa en la comunicación verbal y no verbal y juego imaginativo (los ítems enumerados han sido organizados de modo que los listados en primer lugar sean los que sean más aplicables a los más pequeños o más afectados, y los últimos a los mayores o menos afectados) manifestado por lo siguiente:

1. Ausencia de forma de comunicación, como: balbuceo comunicativo, expresión facial, gesticulación, mímica o lenguaje hablado.

2. Comunicación no verbal marcadamente anormal, como el uso de contacto visual, expresión facial, gestos para iniciar o modular la interacción social (por ejemplo, no anticipa para ser tomado en brazos, se pone rígido cuando se le toma en brazos, no mira a la persona o sonríe cuando realiza un contacto social, no recibe o saluda a las visitas, mantiene la mirada perdida en las situaciones sociales);

3. Ausencia de juego simbólico, como imitar actividades de los adultos, personajes de fantasía o animales; falta de interés en historias sobre acontecimientos imaginarios.

4. Claras alteraciones en el habla, incluyendo, volumen, tono, acento, velocidad, ritmo y entonación (por ejemplo, tono monótono, prosodia interrogativa, tono agudo).

5. Claras alteraciones en la forma o contenido del lenguaje, incluyendo uso estereotipado o repetitivo del lenguaje (por ejemplo, ecolalia inmediata o repetición mecánica de anuncios de la televisión); uso del "tú" en lugar del "yo" (por ejemplo, decir "quieres una galleta" para decir "quiero una galleta"; uso idiosincrático de palabras o frases (por ejemplo, "montar en el verde" para decir "yo quiero montar en el columpio"); o frecuentes comentarios irrelevantes (por ejemplo, empezar a hablar de horarios de trenes durante una conversación sobre viajes).

6. Clara alteración en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de un lenguaje adecuado (por ejemplo, dejarse llevar por largos monólogos sobre un tema a pesar de las exclamaciones de los demás).

C. Claro repertorio restringido de intereses y actividades manifestado por lo siguiente:

1. Movimientos corporales estereotipados (por ejemplo, sacudir o retorcer las manos, dar vueltas, golpear la cabeza, movimientos corporales complejos).

2. Preocupación persistente por partes de objetos (por ejemplo, olfatear objetos, palpar reiteradamente la textura de objetos, girar ruedas de coches de juguete) o apego a objetos inusuales (por ejemplo, insistir en llevar encima un trozo de cuerda).

3. Manifiesto malestar por cambios en aspectos triviales del entorno (por ejemplo, cuando se cambia un jarro de su lugar habitual).

4. Insistencia irracional para seguir rutinas de modo muy preciso (por ejemplo, insistir en que siempre se debe seguir exactamente la misma ruta para ir a la compra).

5. Manifiesto rango restringido de intereses y preocupación por un interés concreto (por ejemplo, interesado en alinear objetos, acumular datos sobre meteorología o pretender ser un personaje de fantasía).

D. Inicio durante la primera infancia.

Especificar si se inicia en la niñez (después de los 36 meses) (DSM III-R, 1987, citado en Artigas y Paula, 2012).

En 1994, el DSM-IV modifica una vez más la categoría, denominándola trastorno generalizado del desarrollo y especifica cinco categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. En 2000, se revisa y sale la nueva edición: DSM IV-TR, que amplió el rango de características, con lo que se incrementó el número de casos diagnosticados (Artigas y Paula, 2012):

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

(1) Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

(a) Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.

(c) Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).

(d) Falta de reciprocidad social o emocional.

(2) Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

(a) Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).

(b) En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.

(c) Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrático.

(d) Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

(3) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

(a) Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.

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

(c) Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).

(d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) interacción social, (2) empleo comunicativo del lenguaje o (3) juego simbólico.

C. La perturbación no encaja mejor con un trastorno de Rett o trastorno desintegrativo infantil (DSM IV-TR, 2000, citado en Artigas y Paula, 2012).

El concepto de espectro autista que Lorna Wing y Judith Gould desarrollaron en 1979, aparece recién en el DSM-V. Ellas reportaron que los pacientes estudiados obedecían a una tríada de dificultades en distintos niveles de intensidad en la interacción social, en la comunicación y en la imaginación, vinculada a conductas estereotipadas, en coexistencia o no de retraso mental y de otras patologías médicas o psicológicas. Sus ideas han ido ganando terreno entre los especialistas y se ajustan, además, a los nuevos descubrimientos en el campo de la genética (Artigas y Paula, 2012).

El DSM-V, en 2013, sustituye trastornos generalizados del desarrollo por trastornos del espectro autista, elimina la diferenciación en categorías (trastorno autista, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger, y trastorno generalizado del desarrollo no especificado), permitiendo reflejar el cambio en perspectiva (de lo categorial a lo dimensional), reubica al trastorno de Rett en patologías con etiología biológica, la edad para el comienzo de los síntomas es menos precisa, los criterios diagnósticos se reducen a dos y se agrega especificación de la gravedad de los síntomas (Bonilla y Chaskel, 2017; Martínez, 2015; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017). Los criterios diagnósticos son:

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

(1) Las deficiencias en la reciprocidad socio-emocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución de intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

(2) Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

(3) Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos

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

Especificar la gravedad actual.

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

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

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

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

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

Especificar gravedad actual.

C. Los síntomas deben 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 autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM IV del trastorno autista, enfermedad de Asperger, o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro autistas, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañado.

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 neurodesarrollo, mental o del comportamiento.

Con catatonia. (APA, 2014, citado en Martínez, 2015, p. 29).

Tabla 2*Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista*

Nivel de gravedad	Comunicación Social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3: "Necesita ayuda muy notable"	Deficiencias graves en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones marcadas en el funcionamiento, con un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de los otros.	Inflexibilidad del comportamiento, extrema dificultad para afrontar cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos que interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad/dificultad intensa al cambiar el foco de interés o la conducta.
Grado 2: "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales que son aparentes incluso con apoyos; inicio limitado de interacciones sociales y respuestas reducidas a la apertura social de otros.	Inflexibilidad del comportamiento, dificultades para afrontar el cambio u otras conductas restringidas/repetitivas aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvias a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Ansiedad o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
Grado 1: "Necesita ayuda"	Sin ayuda, las dificultades de comunicación social causan alteraciones importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a la apertura social de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación dificultan la autonomía.

Nota: Tomado de Bonilla y Chaskel (2016).

Historia de las hipótesis etiológicas

En cuanto a la etiología, también se observa una evolución desde las primeras hipótesis hasta las creencias actuales. Según Martínez (2015), desde los primeros casos de Kanner y Asperger hasta la actualidad pueden distinguirse cuatro períodos en la historia de la etiología del autismo. El primero, desde 1943 hasta 1963, considera la hipótesis de origen psicológico. Si bien Kanner al principio le atribuyó una explicación biológica a la patología, luego adhirió parcialmente a la teoría de Bettelheim. Bruno Bettelheim, filósofo y profesor de psicología austríaco, relacionó su experiencia en campos de concentración con el autismo y propuso la teoría de la

madre heladera (refrigerator mother) en 1967. Según esta teoría, la madre le causaría autismo a su hijo al rechazarlo desde su nacimiento. Aunque Erikson, en 1950, también especula sobre la relación maternal como causa, lo postula como una reacción inadvertida (Artigas y Paula, 20120; Martínez, 2015; Ruggieri y Cuesta, 2017).

El segundo período, de 1963 a 1983, se caracteriza por grandes cambios. Se conducen investigaciones con rigor científico, y éstas permitieron asociar al autismo con alteraciones neurobiológicas. Se llevó a cabo el primer estudio de prevalencia (de 4 a 6 cada 10.000). Se demostró que las conductas no deseadas de las personas con TEA tenían una función comunicativa, gracias al Análisis Funcional de la Conducta. Además, se fundaron los primeros centros de atención especializados, se elaboraron los primeros programas de intervención y se establecieron las primeras asociaciones de padres. El estudio de Lorna Wing y Judith Gould instaura la concepción del autismo como síndrome (conjunto de síntomas que se dan en conjunto) dentro de un continuo con variados niveles de gravedad (Martínez, 2015).

En el tercer período, de 1983 hasta el 2000, se considera al autismo como una alteración del desarrollo. Se editan los manuales de clasificación de enfermedades y así se publican la CIE-9 y el DSM-III, donde aparece la nueva denominación. Surgen nuevas hipótesis etiológicas:

La hipótesis de la ceguera mental o alteración en el sistema de teoría de la mente (Baron Cohen, Leslie & Frith, 1985) que implica dificultades para comprender y predecir la conducta de los demás a partir de estados mentales como los deseos, las creencias, las intenciones; la hipótesis de la alteración en el funcionamiento ejecutivo (Ozonoff, 2005), y la hipótesis de la coherencia central débil, según la cual, a nivel perceptivo, las personas con autismo tienden a percibir los detalles a expensa de las globalidades, totalidades o gestalten (Frith, 2004). De este modo, según Baron Cohen (2010), el déficit en teoría de la mente explicaría las dificultades de interacción, las dificultades en la comunicación, y en la imaginación, el déficit en el funcionamiento ejecutivo explicaría la presencia de estereotipias, la insistencia en la invariancia, y la presencia de rutinas e intereses repetitivos y, la coherencia central débil daría cuenta de la atención a los detalles, la presencia de islote de habilidad y la desatención al contexto (Martínez, 2015).

En este período aparece la noción de que el TEA es causado por una vacuna. En 1998, Andrew Wakefield, médico británico, publicó un artículo atribuyéndole la causa del autismo a la vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubéola). En febrero de 2010, The Lancet, la revista de divulgación científica donde se publicó el estudio antes mencionado, se retractó y hasta la fecha no se ha podido demostrar

científicamente tal vinculación (Bonilla y Chaskel 2015; Ruggieri y Cuesta, 2017; Domínguez et al., 2019; Artigas, 2010; WHO, 2014). Otros estudios sobre la relación entre el mercurio y el autismo también han sido desacreditados. (Valenzuela, 2016).

El cuarto período, del 2000 a la actualidad, está dado por tres logros. Uno es una comprensión más profunda de las bases neurobiológicas relacionadas con la interacción social. Esto se pudo alcanzar gracias al empleo de imágenes cerebrales y la detección de las áreas funcionales relacionadas con la problemática del TEA. Otro es la identificación de pautas evolutivas en niños con desarrollo típico y niños con TEA. Se consiguió a través de estudios prospectivos, es decir, el seguimiento de hermanos de niños con TEA, sospechados de riesgo, y retrospectivos, o sea, el estudio de filmaciones caseras del pasado de niños ya diagnosticados. Estas pautas se utilizaron para crear herramientas de cribado en la población general que posibilitara una temprana detección de casos de riesgo de TEA. El último es la organización de la intervención psicoeducativa en cuanto a alcances, buenas prácticas y límites (Martínez, 2015).

Al día de hoy, hay consenso entre la comunidad científica, que la causa del autismo no es una, sino que la complejidad del trastorno obedece a una heterogeneidad de causas:

Su origen obedece a anomalías en las conexiones neuronales con una etiología multifactorial; dado que se ha descrito la implicación de varios genes junto a la identificación de factores de riesgo ambiental que interactúan entre sí y con el resto del genoma en cada individuo. Los genes que afectan la maduración sináptica están implicados en el desarrollo de estos trastornos, dando lugar a teorías neurobiológicas que determinan que el origen del autismo se centra en la conectividad y en los efectos neuronales fruto de la expresión génica (Cala, Licourt y Cabrera, 2015).

Cala, Licourt y Cabrera (2015) resumen los datos de investigaciones médicas realizadas y concluyen que no se ha encontrado una explicación en un cromosoma, como por ejemplo en el caso del síndrome de Down, porque los estudios apuntan a una variedad genes involucrados. Algunos destacan la importancia de factores ambientales que actuarían al preexistir una susceptibilidad genética. Otros evalúan el rol de hormonas como la oxitocina y neurotransmisores como la serotonina. De todas formas, todos los estudios tienen base en lo genético, fundamentado, además, en la alta prevalencia en familiares comparada con el resto de la población. Se ha relacionado al autismo con alteraciones en los cromosomas 2, 7, 13, 15, 16, 17 y x.

Esta relación, además, se ve sostenida por las características clínicas comunes con síndromes en los que ya está identificado el gen afectado. Éstos son el síndrome de Angelman y el síndrome de Prader-Willi (cromosoma 15), el síndrome de Rett (cromosomas 15 y x), la esclerosis tuberosa (cromosoma 16), y el síndrome del cromosoma X frágil (cromosoma x).

Bonilla y Chaskel (2015) también coinciden con la naturaleza genética y epigenética del trastorno y sus causas y que, aunque aún no han podido ser aisladas, hay muchos avances en las investigaciones al respecto. También están en estudio factores ambientales que pueden provocar cambios en los genes, tales como consumo de sustancias, alimentación, estrés, enfermedades infecciosas, exposición a rayos UV, sustancias químicas, radiación). Mencionan similitudes en estudios encefalográficos de pacientes convulsivos y con TEA, de ahí la alta comorbilidad de epilepsia en pacientes con TEA. En imágenes cerebrales, los individuos con TEA presentan una "conectividad neuronal atípica" y un cerebro de mayor tamaño. En estudios sobre alteraciones neuroquímicas, la serotonina, el ácido gamma-aminobutírico, la oxitocina y la vasopresina parecerían tener un papel importante en lo que al cuadro se refiere. Por último, los estudios genéticos evidencian la implicancia de hasta 1000 genes, de ahí la heterogeneidad de los casos.

Ruggieri y Cuesta (2017) explican que muchos genes vinculados al autismo poseen un papel significativo en la formación de sinapsis y redes neuronales y que trastornos en las sinapsis de las neuronas serían la causa del autismo.

De las investigaciones sobre la etiología y sobre los signos tempranos de alteración en el desarrollo surgen dos modelos que buscan explicar la evolución atípica de las conductas en niños con TEA. El modelo propuesto por Peter Mundy y sus colaboradores supone que el bebé falla al procesar los estímulos del entorno, de modo que sus sistemas neuronales no se desarrollan normalmente. El modelo desarrollado por Geraldine Dawson y colaboradores sostiene que los niños con TEA tienen un déficit en la motivación social (Martínez, 2015). "La reducida participación en experiencias de intercambio social temprano desembocaría en un fallo en la especialización cortical y el desarrollo de interconexiones entre las diferentes áreas del cerebro social" (Martínez, 2015, p.31).

Diagnóstico

La prevalencia de TEA es de 1 en 160 niños, según información provista por la OMS, actualizada al 7 de noviembre de 2019 (WHO, 2019). Sin embargo, el Center for Disease Control en EEUU anuncia que 1 en 68 niños de 8 años están dentro del espectro y diferentes estudios demuestran que el ratio varón-mujer es 2 o 3 a 1 (Ruggieri y Cuesta, 2017). El incremento en este valor, sea real o sea el resultado de un mejor diagnóstico o de la evolución de los criterios diagnósticos, es causa de alerta mundial. Adicionalmente, los hermanos de personas con TEA tienen 100 veces mayor riesgo de presentar TEA que la población general (Cortez y Contreras, 2007).

Se observa un consenso en la comunidad científica sobre la importancia de una temprana detección y consecuente intervención para arribar a un mejor pronóstico (Cala, Licourt y Cabrera, 2015; Vázquez et al., 2017; Martínez, 2015; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017; Mulas et al., 2010; Rattazzi, 2016; Cuesta y Orozco, 2016; Cortez y Contreras, 2007; Fortea, Escandell y Castro, 2013; Villegas, 2017). Por esta razón, se han diseñado numerosas pruebas, algunas de screening de la población general y otras específicas diagnósticas de TEA (Villegas, 2017).

Sin embargo, el diagnóstico de TEA se ve dificultado por el hecho de que no hay marcadores genéticos para su identificación. Su reconocimiento sigue siendo primordialmente clínico, observando los criterios del DSM-V (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017; Cortez y Contreras, 2007; Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019; Vázquez et al., 2017; Villegas, 2017; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017; Hernández, Risquet y León, 2015). El diagnóstico es confiable a partir de los dos años de edad, aunque, en gran cantidad de casos, recién se arriba a un diagnóstico positivo entre los tres y seis años. Esto puede deberse por un lado a la variabilidad de los síntomas, según la edad y la gravedad del cuadro, y, por otro, a que las conductas autistas muchas veces no son detectadas hasta la escolarización, cuando se lo ve entre otros niños de su misma edad (Vázquez, et al., 2017).

Muchas veces los padres pasan por alto las señales de alerta, y profesionales con escasez de información sobre el tema tampoco advierten el riesgo de TEA (Cortez y Contreras, 2007). En otros casos, los padres perciben conductas

sospechosas de una alteración en el desarrollo, pero transcurre un tiempo considerable desde ese momento hasta el diagnóstico:

En la experiencia del Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Hospital Garrahan existe una demora de $19,8 \pm 15,2$ meses entre la sospecha de los padres y el diagnóstico. La sospecha familiar se da a los $28,2 \pm 13,5$ meses y la primera consulta a los $32 \pm 13,6$ meses, en 65,8% de los casos el pediatra es el primer profesional en ser consultado (Cortez y Contreras, 2007).

Primer nivel diagnóstico: Vigilancia evolutiva de rutina

Existen distintos niveles en el diagnóstico. En el primer nivel, está lo que algunos autores denominan vigilancia (Cortez y Contreras, 2007; Vázquez et al., 2007; Fortea, Escandell, y Castro, 2013; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017). En esta instancia, que se realiza a toda la población infantil, deben observarse los signos de alerta, es decir conductas que señalan un retraso en el desarrollo. Esta detección la realiza el médico pediatra en los controles periódicos (Fortea, Escandell y Castro, 2013). Puede observar pautas evolutivas, en general, que no estén siendo cumplidas en los tiempos esperados, y que pueden deberse a diversas causas y ahí la importancia de indagar, mediante preguntas y estudios complementarios o derivación a otros profesionales, para llegar a un diagnóstico diferencial. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, avalado por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), en su artículo "Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de Personas con Trastorno del Espectro Autista" (2019) sugiere para tal efecto el uso de una herramienta, creada por el mismo Ministerio, llamada IODI (Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil). Es una herramienta de screening gratuita para ser utilizada en toda la población en el nivel de atención primaria de la salud, sobre las pautas de desarrollo esperadas según la edad. Existen numerosos instrumentos de este tipo, de pautas evolutivas generales, no específicas al TEA. La detección de fallas en la comunicación y la interacción social según lo esperado para la edad sí son una primera señal de alarma para la detección específica de TEA. La siguiente lista consta de cuatro indicadores precisos, lo que facilita su aplicación como primer instrumento:

- No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses.

- Cualquier pérdida en lenguaje o habilidad social (Filipek, et al., 1999; Citado por Cortez y Contreras, 2007 y Vázquez, et al., 2017).

Mulas et al. (2010) le agrega dos indicadores más tempranos y adelanta la edad de producción de palabras sencillas, quedando así conformada la siguiente lista (citada también por Bonilla y Chaskel, 2015):

- No se observan sonrisas u otras expresiones placenteras a partir de los 6 meses.
- No responde a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses.
- No balbucea a los 12 meses.
- No hace o no responde a los gestos sociales (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, entre otros) a partir de los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a partir de los 16 meses.
- No hace frases espontáneas de dos palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses.
- Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social a cualquier edad (Bonilla, Chaskel, 2015; Mulas et al., 2010).

Segundo nivel diagnóstico: Pesquisa específica para TEA

En el segundo nivel, se encuentra la pesquisa¹ específica para TEA. Ésta puede obedecer a una inquietud de los padres, que consultan por conductas llamativas o atípicas, puede pedirse por considerarse un caso de riesgo por tener hermanos con TEA, o puede ser requerida como información adicional al no haber cumplido con las pautas evolutivas arriba mencionadas. La mayoría de los instrumentos de este nivel son cuestionarios a padres, donde se obtiene una puntuación a partir de un determinado número de fallos en un cuestionario sobre pautas de comunicación e interacción social esperadas para la edad. A continuación, se mencionan algunos:

CHAT (Checklist for Autism in Toddlers o Lista de Chequeo para Autismo en Niños Pequeños), que luego derivó en el M-CHAT (versión modificada del CHAT), y

¹ “La pesquisa o tamizaje es la identificación de una enfermedad o trastorno no reconocido a través de tests o exámenes específicos” (Cortez y Contreras, 2007).

más tarde en el M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, revised, with Follow-up o Lista de Chequeo de Autismo en Niños Pequeños Modificada, Revisada y con Seguimiento) es una de los más recurrentes en la bibliografía (Cortez y Contreras, 2007; Vázquez, et al., 2017; Fortea, Escandell y Castro, 2013; Villegas, 2017; Reynoso, Rangel y Melgar, 2017; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017). Se emplea en niños de entre 16 y 30 meses. Fue desarrollada por Diana L. Robins, PhD y las últimas correcciones realizadas en agosto de 2018. Es gratuita y la ventaja de esta última versión es su mayor validez científica:

We strongly recommend that users switch to the new version, also known as M-CHAT-R/F. The revised tool reduces the false positive rate and detects more ASD cases than the original M-CHAT when used during routine pediatric check-ups. The M-CHAT-R/F is valid for children 16-30 months old. (M-CHAT, s.f.)

CSBS-DP (Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile™ Infant-Toddler Checklist o Escala de Perfil de Desarrollo de Comportamiento Comunicativo y Simbólico) se utiliza desde los 6 a los 24 meses. Fue desarrollada en 2002 por Barry M. Prizant Ph.D. (también desarrollador del método SCERTS explicado en la sección Tratamientos) y Amy M. Wetherby Ph.D.. También es gratuito (Brookes, s.f.).

SCQ (Social Communication Questionnaire o Cuestionario de Comunicación Social) creado por Michael Rutter, MD, FRS, Anthony Bailey, MD, y C. Lord en 2003, los mismos autores del ADI-R y ADOS. Se utiliza a partir de los 4 años y consta de dos cuestionarios: uno de la vida pasada y otro del estado actual (WPS, s.f.).

Igualmente, estos cuestionarios, y muchos otros que existen del estilo, pueden arrojar falsos positivos, es decir que puede suceder que un niño que puntúa en riesgo no sea diagnosticado clínicamente como dentro del espectro autista. Por eso, se utilizan como un instrumento de alerta y su función es derivar el caso de riesgo a un equipo que lo evalúe (Cortez y Contreras, 2007; Vázquez et al., 2017; Villegas, 2017; Reynoso, Rangel y Melgar, 2017). Así que luego de la vigilancia inicial con la observación del pediatra y la pesquisa posterior con los cuestionarios a padres, si no se descartó TEA, se arriba al siguiente nivel de diagnóstico.

Tercer nivel diagnóstico: Evaluación clínica multidisciplinaria e instrumentos diagnósticos

El tercer nivel de diagnóstico, es aquel que se realiza cuando hay una sospecha de TEA. Debe ser realizado por un equipo interdisciplinario, conformado por algunos de los siguientes profesionales: médico pediatra, médico neurólogo, psiquiatra infantil, psicopedagogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional (Cortez y Contreras, 2007; Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019; Ruggieri y Cuesta, 2017; Villegas, 2017; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017). Este equipo debe tener experiencia en el área (Cortez y Contreras, 2007; Villegas, 2017; Bonilla y Chaskel, 2015). En este nivel, es importante realizar un buen diagnóstico diferencial, es decir, detectar la existencia o no de algún otro trastorno o retraso en el desarrollo que no esté relacionado con TEA o que sea comórbido con la condición. Entre las patologías que pueden ser confundidas con TEA se encuentran discapacidad intelectual sin TEA, trastornos del lenguaje, trastornos auditivos, dificultades de aprendizaje, síndrome de Ladau-Kleffner, ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (Vázquez et al., 2017; Reynoso, Rangel y Melgar, 2017). Ruggieri y Cuesta (2017) aconsejan, además, una consulta genética y advierten sobre la planificación familiar, ya sea en el caso de TEA u otra alteración genética.

Si bien el diagnóstico es clínico, es decir, no hay marcadores biológicos que permitan corroborar o descartar TEA, existen una serie de tests que brindan mucha información para el diagnóstico, permitiendo, además, evaluar el nivel de deterioro, comorbilidades, fortalezas y debilidades a fin de diseñar un tratamiento individualizado (Mulas, et al., 2010).

Algunos instrumentos de detección específica que puede utilizar el Lic. en Psicopedagogía para el diagnóstico de TEA son:

AOSI (Autism Observation Scale for Infants o Escala de Observación de Autismo para Infantes) fue desarrollada en el 2000 por Bryson, S. E., McDermott, C., Rombough, V., Brian, J., y Zwaigenbaum, L. para monitorear signos tempranos de autismo en hermanos de niños con TEA, dada la alta prevalencia en estos casos (Bryson, 2008). Un profesional capacitado observa cómo niños de entre 6 y 18 meses de edad se comportan en el contexto de actividades semiestructuradas

estandarizadas. El niño juega mientras el examinador advierte la presencia o ausencia de ciertos comportamientos y provoca situaciones para observar sus reacciones. Dura aproximadamente 20 minutos (Bryson, 2014).

CARS™-2 (Childhood Autism Rating Scale™, Second Edition o Escala de Valoración de Autismo Infantil, Segunda Edición) fue diseñada en 2010 por Eric Schopler (creador del programa TEACCH, explicado en la sección Tratamientos), PhD, Mary E. Van Bourgondien, PhD, Glenna Janette Wellman, PhD, y Steven R. Love, PhD. Se compone de dos versiones y un cuestionario. La versión Standard se aplica en niños menores de 6 años y en niños con dificultades en la comunicación o con un CI menor al promedio. La versión de Alto Funcionamiento permite evaluar niños que se comunican verbalmente en forma fluida, mayores de 6 años, con un CI superior a 80. Provee, además, un cuestionario para padres para ampliar la información de los formularios Standard y de Alto Funcionamiento. El profesional evalúa al niño con una escala de 1 a 4 que permite registrar frecuencia, intensidad, peculiaridad y duración de la conducta en cuestión. Evalúa relación con la gente, imitación (Standard)/comprensión social-emocional (Alto Funcionamiento), respuesta emocional (St.)/expresión y regulación de las emociones (A.F.), uso del cuerpo, uso del objeto (St.)/uso del objeto en el juego (A.F.), adaptación al cambio (St.)/adaptación al cambio e intereses restringidos (A.F.), respuesta visual, respuesta auditiva, respuesta y uso del gusto, el olfato y el tacto, miedo o nerviosismo (St.)/miedo o ansiedad (A.F.), comunicación verbal, comunicación no verbal, nivel de actividad (St.)/habilidades de integración de pensamiento y cognición (A.F.), nivel y consistencia de respuesta intelectual, e impresiones generales. Arroja un valor numérico que permite compararlo con baremos de pacientes con TEA. El manual, además, brinda sugerencias para planificar el tratamiento (WPS, s.f.).

ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised o Entrevista de Diagnóstico de Autismo Revisada) creada en 2003 por M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord. es un cuestionario a padres, pero, a diferencia de los cuestionarios de pesquisa del segundo nivel, éste es realizado en una entrevista clínica por personal entrenado. Se puede utilizar desde los 2 años en adelante (edad mental) y tiene una duración de entre 90 y 150 minutos. Se compone de 93 ítems que evalúan lenguaje y comunicación, interacciones sociales recíprocas, comportamientos e intereses

restrictivos, repetitivos y estereotipados. Los resultados son cinco algoritmos específicos por edad, de los cuales dos se basan en la historia clínica y contribuyen al diagnóstico y tres se centran en el funcionamiento actual y se utilizan para la planificación del tratamiento (WPS, s.f.).

ADOS2 (Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition o Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo) diseñada en 2012 por Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. L., Luyster, R. J., Gotham, K. y Guthrie, W. Es una evaluación estandarizada semiestructurada de la comunicación, la interacción social, el juego, y comportamientos restrictivos y repetitivos. Consta de 5 módulos, cada uno de los cuales corresponde a un nivel de lenguaje expresivo y rango de edad cronológica. El test puede administrarse desde los 12 meses hasta la edad adulta. La administración lleva entre 40 y 60 minutos (WPS, s.f.). En ella el entrevistador observa la conducta del entrevistado a partir de actividades propuestas en contextos estandarizados y registra la presencia o ausencia de comportamientos determinados (TEA Ediciones, s.f.). La puntuación resultante se utiliza para el diagnóstico y para el grado de severidad de la condición y permite planificar el tratamiento (WPS, s.f.). Evalúa "la comunicación, la interacción social, el juego, el uso imaginativo de los materiales, y las conductas restrictivas y repetitivas" (Villegas, 2017).

DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders o Entrevista Diagnóstica para Desórdenes Sociales y Comunicativos). Fue desarrollada por Lorna Wing y Judith Gould para evaluar todas las edades y un amplio rango de habilidades dentro del espectro. Es una entrevista semi estructurada y detallada. Requiere de un registro de observación clínica por parte del profesional. Se aconseja su uso en conjunto con una evaluación psicológica y una historia clínica detallada y se utiliza para preparar programas de tratamiento, más que para encasillar en un diagnóstico. Es eficaz también para detectar otras condiciones asociadas con frecuencia al TEA, como trastorno por déficit de atención o dispraxia (National Autistic Society, s.f.). Lleva 2 a 4 horas entre registro y puntuación. "Incluye 362 ítems que abarcan dominios de interacción social, comunicación, imaginación y comportamientos repetitivos, así como dominios que evalúan los niveles de desarrollo y habilidades de la vida diaria, y comportamientos

no específicos del TEA, tales como problemas con atención, hiperactividad, dificultades sexuales o psiquiátricas y otros comportamientos desafiantes" (Villegas, 2017).

El uso de ADI-R y ADOS para la confirmación diagnóstica es ampliamente recomendado (Villegas, 2017; Cortez y Contreras, 2007; Vázquez, et al., 2017; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017). Reynoso, Rangel y Melgar (2017) sugieren, además, la utilización de pruebas de habilidades cognitivas no verbales como RAVEN, MSCA y WIPSSI.

En resumen, para arribar a un diagnóstico, pueden utilizarse cuestionarios de screening, pero no deben tomarse como herramientas suficientes para el diagnóstico de TEA. Es necesario realizar pruebas más específicas, como las del tercer nivel. Igualmente, es imprescindible una observación clínica por parte de profesionales altamente capacitados (en los instrumentos diagnósticos y experimentados en TEA) que tomen en cuenta los criterios del DSM-V y la historia clínica completa del paciente, descartando otros trastornos o enfermedades, ya sea mediante estudios (de laboratorio, genéticos, de imágenes) o mediante el "ojo clínico".

Tratamiento

El tratamiento de niños con TEA tiene como objetivos lograr un cierto grado de autonomía y mejorar su calidad de vida. Para esto se trabaja sobre las características del trastorno que impiden un desarrollo típico. Como las características son variadas y corresponden a ámbitos de distintas disciplinas, el tratamiento se realiza con el aporte de profesionales de varias áreas y de los familiares y otras personas que compartan espacios con el niño (Vázquez et al., 2017; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017).

Al respecto, Cala et al. (2015) señalan que, si bien no existe una "cura", sí existen tratamientos que mejoran considerablemente los síntomas nucleares del TEA. Los tratamientos con mejores resultados se basan en Applied Behaviour Analysis (ABA), es decir, en el análisis conductual aplicado, y que el momento en que se comienza la terapia y la intensidad inciden en el grado de éxito de la misma. El tratamiento debe tomar en cuenta los intereses y particularidades del niño. Además, se puede complementar con psicoterapia para trabajar habilidades

sociales, tolerancia a la frustración, comportamientos estereotipados y obsesiones, fonoaudiología para abordar cuestiones del lenguaje, fisioterapia y terapia ocupacional para trabajar dificultades sensoriales y motoras y farmacología para manejar la ansiedad, la depresión y la agresión.

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AACAP) sugiere elegir un tratamiento que sea psicoeducativo, transdisciplinario, estructurado, y por sobre todo que tome en cuenta la individualidad del paciente. La prescripción de fármacos está aconsejada en casos en que potencien sus capacidades para recibir la terapia, como, por ejemplo, para tratar ansiedad, depresión, trastornos del sueño, autoagresión, hiperactividad, inatención, comportamientos estereotipados). Recomiendan, además, tener en cuenta el entrenamiento vocacional en los adolescentes y ser cautelosos con las terapias alternativas que carecen de fundamentación científica, ya que en algunos casos pueden ser riesgosas para la salud del niño y en otros perjudiciales de modo indirecto, como en el caso de terapias costosas (Bonilla y Chaskel, 2015).

La Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI) hacen recomendaciones a padres de niños con TEA sobre qué tipo de intervención elegir, ya que la oferta es amplia y no hay pautas regulatorias de ningún ente. Esto favorece la existencia de centros que ofrezcan tratamientos que carezcan de validez científica, eficacia y ética. Entre los puntos más importantes están que el servicio cuente con un enfoque psicoeducativo; que trabaje con profesionales, estrategias y métodos específicos para TEA; que permitan la participación activa de la familia; que la intervención sea individualizada, intensiva y en entornos naturales; que priorice habilidades comunicativas, sociales y el juego; y que utilice técnicas conductuales positivas para lidiar con las conductas no deseadas (AETAPI, 2017).

Tipos de intervención

Intervención psicoeducativa

Así como evolucionó la conceptualización del autismo, también evolucionaron los programas de tratamiento. Hoy en día, la intervención psicoeducativa es vista como la más apropiada para el tratamiento de personas con TEA (Martínez, 2015;

Valdez, 2016; Martínez, 2017; Ruggieri, 2017). Consiste en un tipo de intervención cuyo propósito es enseñar aquellos aspectos que en una población típica aparecen sin instrucción explícita, pero que en las personas con TEA están afectados:

La intervención psicoeducativa se define como aquella que enseña habilidades y promueve el desarrollo de funciones psicológicas (atención conjunta, imitación, lenguaje, juego, entre otras) que los niños con TEA no desarrollan de manera “espontánea” (Riviere, 1998). Su objetivo fundamental es propiciar la adquisición de dichas habilidades y funciones a través de vías de desarrollo compensatorio que favorezcan la orientación, autonomía y adaptación al entorno social (Martínez, 2015) (Martínez, 2017).

Los programas psicoeducativos comprensivos, se pueden definir a través de las preguntas qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar. El qué estaría constituido por las habilidades alteradas en los TEA. El cómo lo integrarían las técnicas ya científicamente probadas eficaces para la adquisición de dichas habilidades. El cuándo se refiere a los objetivos que se seleccionan y cómo los mismos se articulan de menor a mayor complejidad para organizar el tratamiento. Existen, además, programas específicos, que se abocan a desarrollar sólo un aspecto, pero también responden a las preguntas de qué, cómo y cuándo enseñar. En cuanto a los contenidos podemos diferenciar dos aproximaciones. La aproximación ecológica se enfoca en enseñar a las personas con TEA a desenvolverse con relativa independencia en las diferentes situaciones que se le presenten. Incluye higiene personal, participación en las actividades domésticas, actividad escolar y/o laboral, ocio e inclusión en la sociedad en su entorno natural o ecológico. La aproximación evolutiva se focaliza en el desarrollo cognitivo. Se basa en los estudios sobre la adquisición típica y atípica de habilidades sociales (interacción y comunicación). Mediante este enfoque se enseña lo que de manera natural no es aprendido en relación a estas habilidades, es decir, interacción social, atención conjunta, lenguaje, imitación y juego. Los mejores programas resultan de una combinación de ambos, de modo que trabajan sobre las habilidades alteradas al mismo tiempo que promueven la adquisición de autonomía en los diferentes contextos que atraviesa la persona con TEA en los distintos ciclos de su vida (Martínez, 2015).

Existen una gran cantidad de programas psicoeducativos. La inquietud sobre cuál es el mejor programa es un tema recurrente en la bibliografía (Martínez, 2015; Valdez, 2016; Mulas et al., 2010)

Martínez (2015) encontró cincuenta y siete programas psicoeducativos, de los cuales seleccionó catorce, por ser los que cumplían con tres criterios que les otorgaban mayor validez. Los criterios fueron que tuvieran un manual de implementación, que fueran del tipo comprensivo, como fue explicado arriba, y que existiera una investigación sobre su eficacia¹. En la tabla 3, se presentan los catorce programas investigados y una breve descripción de los mismos:

Tabla 3. Breve descripción de los programas analizados

Breve descripción de los programas analizados	
UCLA Young Autism Project	Desarrollado por Ivar Lovaas (1932-2010). Se basa en la aplicación de los principios del Análisis Conductual Aplicado (o ABA por sus siglas en inglés) y utiliza como estrategia básica de enseñanza la técnica denominada ensayo discreto. Su objetivo general es incrementar las conductas adaptativas (imitación, lenguaje, juego, etc.) y reducir las conductas contextualmente inapropiadas que pueda presentar el niño. Fue pionero en la intervención para niños con TEA. En la actualidad es uno de los programas más difundidos y el que cuenta con mayor cantidad de estudios que demuestran su eficacia.
Autism Parentship	Desarrollado por Leaf y McEaching, dos colaboradores cercanos a Lovaas, durante la década de 1990. Se basa en la aplicación de los principios del ABA y la utilización del ensayo discreto como técnica básica de enseñanza. Su objetivo general también es el incremento de conductas adaptativas y la reducción de las conductas contextualmente inapropiadas. Ofrece una extensa lista de habilidades vinculadas a diferentes áreas.
The Start Model	Programa creado por Joel Arick y su equipo de colaboradores. Además de utilizar la técnica del ensayo discreto, incorpora técnicas de enseñanza incidental: la enseñanza de conductas pivotales (PRT). Es un programa estandarizado para ser aplicado según tres niveles de desarrollo. Cada nivel tiene objetivos diferenciados y ofrece una serie de materiales estandarizados para su implementación.
Pivotal Response Treatment	Desarrollado por Robert Koegel a partir de los estudios inicialmente desarrollados por Laura Schreibman y él mismo intentando solucionar los problemas de generalización, motivación, espontaneidad y flexibilidad que presentan los aprendizajes realizados mediante ensayos discretos. Desarrollaron una técnica de enseñanza que consiste en la modificación de algunos aspectos del ensayo discreto: enseñanza de conductas pivotales (PRT Pivotal Response Training). Es una conducta que cuando se modifica influye sobre las demás, como la motivación.

¹ “La eficacia de una intervención se determina a partir de la calidad de los datos empíricos que la sustentan. Suelen considerarse tres aspectos para demostrar la eficacia de una intervención: (1) utilización de metodologías de investigación apropiada, (2) resultados obtenidos por la intervención superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo, y/o resultados equivalentes a un tratamiento ya establecido como eficaz, y (3) resultados constatados por, al menos, dos grupos de investigación independientes” (Martínez, 2015, p.36).

TEACCH Treatment and Education of Autistic Communication- Handicapped Children	Creado por Erick Schopler a principio de la década de 1960. Es también uno de los programas pioneros. Su aplicación comenzó a desarrollarse en las escuelas de educación especial en Carolina del Norte, EEUU. Su marca distintiva es la enseñanza estructurada, a partir de la cual se intenta enseñar habilidades para que el niño con TEA pueda desarrollar actividades de la manera más independiente posible en entornos altamente adaptados a partir de la utilización de información visual.
Relationship Development Intervention	Creado por Steve Gutstein. Íntimamente vinculado a la concepción teórica del desarrollo propuesta por Daniel Stern (1991) es un programa que se focaliza en la experiencia interpersonal y el desarrollo de la misma, más que en la adquisición de habilidades discretas. Se basa en la aplicación de diferentes técnicas de interacción sensible. Establece seis niveles de desarrollo en la participación experiencia en relaciones sociales.
Relationship Focused Intervention	Desarrollado por Gerald Mahoney y James McDonald. Se basa en la utilización de técnicas de interacción sensible. Puede ser implementado por padres o profesionales. Si bien fue pensado para ser aplicado en diferentes dificultades del desarrollo (Síndrome de Down, retraso mental), demostró ser efectivo para el desarrollo de los niños con TEA. Lograron clarificar la influencia que generan las diferentes técnicas de interacción sensible para el desarrollo de habilidades vinculadas a diferentes dominios.
Hanen	Desarrollado en 1975 por Ayala Hanen Manolson para ser aplicado en niños con diferentes dificultades, que presentan alteraciones o retrasos en la adquisición del lenguaje. Si bien fue diseñado para ser aplicado por padres, también puede ser implementado por profesionales. Se basa en la aplicación de técnicas de interacción sensible.
Son-Rise	El programa fue adaptado y popularizado por Barry y Samahria Kaufman, padres de un niño con TEA. Responde a la tradición desarrollada por el programa <i>The option approach to autism</i> [Enfoque Opción para el Autismo] (Jordan, 1990). Su implementación se apoya en la utilización de técnicas de interacción sensible: (i) unirse -joining- a través de la imitación contingente de las acciones del niño, (ii) responder en forma contingente, y (iii) estimular/expandir la respuesta del niño (Houghton, Schuchard, Lewis y Thompson, 2013)
DIR Developmental Individual Difference Relationship-Based	Creado por Stanley I. Greenspan (1941-2010). Intenta conciliar la teoría del desarrollo cognitivo propuesta por Piaget con el desarrollo emocional propuesto por el psicoanálisis freudiano (Greenspan y Benderly, 1997). El objetivo general del programa es que el niño atraviese cuatro etapas en su desarrollo emocional y cognitivo. A su amparo se desarrolló la estrategia denominada Floor-time (Tiempo de piso) que consiste en la aplicación de técnicas de interacción sensible durante intercambios lúdicos entre el niño y el adulto. Deber ser aplicado por los profesionales y los padres.
SCERTS Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support	Desarrollado por Barry Prizant, Amy Wetherby, Emily Rubin, Amy Laurent y Patrick Rydel. Prioriza el desarrollo de: (i) interacción social (siguiendo la propuesta teórica desarrollada por Daniel Stern [1991]), (ii) la comunicación espontánea (siguiendo el trabajo de Bruner [1981,1986] sobre el desarrollo de la comunicación), y (iii) la regulación emocional a partir de la aplicación de diferentes apoyos transaccionales (orientados a fomentar el aprendizaje del niño, a la familia y a los profesionales). Si bien su implementación se basa en las técnicas de interacción sensible utiliza diferentes tipos de apoyo (organización visual, sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación, etc.) para promover el desarrollo. Se organiza en tres niveles del desarrollo: compañero en el escenario social, compañero en el escenario lingüístico, y compañero en el escenario comunicativo.

ESDM Early Start Denver Model	La versión actual fue desarrollada por Sally Rogers (a partir del Modelo Denver de los '80) conjuntamente con Geraldine Dawson. Sigue dos guías teóricas: (i) la alteración del desarrollo interpersonal, basado en el modelo propuesto por Stern (1991), explicada a partir de un déficit temprano en la capacidad de imitación (Rogers y Pennington, 1991), y (ii) el modelo de la motivación social en el autismo propuesto por Geraldine Dawson (2008). La intervención se desarrolla a partir de la combinación de técnicas de interacción sensible, los principios del ABA y la enseñanza de conductas pivotales (PRT) durante interacciones lúdicas, altamente planificadas, entre el niño y el terapeuta.
P-ESDM Parent- Early Start Denver Model	Desarrollado por Sally Rogers, Geraldine Dawson y Laurie Vismara siguiendo los lineamientos propuestos por el programa ESDM. La diferencia es que esta intervención fue específicamente diseñada para ser implementada por los padres, tras una formación específica.
ImPACT	Desarrollado para ser implementado por los padres y creado por Brooke Ingersoll y Anna Dvortcsak La intervención se basa en la aplicación organizada de técnicas de interacción sensible y técnicas de enseñanza provenientes del ABA conjuntamente con estrategias para generar intentos de comunicación (tentaciones comunicativas). Para la aplicación del mismo los padres deben formarse con profesionales.

Nota: Tomado de Martínez (2015, p.63-72).

Luego de seleccionados los programas, y con el propósito de facilitar un estudio comparativo, desarrolló una clasificación por prototipos, definidos según la existencia o no de ciertos rasgos distintivos. A continuación, se definen, en la tabla 4, los prototipos, en la tabla 5, los rasgos distintivos y en la tabla 6 se ve cómo se distribuyen esos rasgos en cada prototipo.

Tabla 4. Prototipos

Prototipos
ABA-Tradicional: se organizan en torno a la aplicación sistemática de los principios de la modificación de la conducta, la técnica básica de enseñanza es el ensayo discreto.
ABA-Naturalista: se organizan en torno a la aplicación sistemática de los principios de la modificación de la conducta, la técnica básica de enseñanza es la enseñanza incidental e incorpora técnicas para generar tentaciones comunicativas.
Transaccionales: la estrategia básica de intervención es la modificación de la forma y del estilo en la cual padres, hermanos, educadores, terapeutas, interactúan (transacciones) con el niño con TEA. A esta forma de interactuar se la denomina interacción sensible.
Ambientales: se centran en la estructuración del entorno y de las actividades mediante la implementación de sistemas de organización espacial y temporal por medio de claves visuales.
Integrativos: utilizan en forma coordinada técnicas, recursos y estrategias propias de los otros prototipos, pero estableciendo criterios para su elección, articulación y momento de aplicación.

Nota: Tomado de Martínez (2015, p.50-51).

Tabla 5. Rasgos Distintivos de los Prototipos

Rasgos distintivos
Interacción sensible: modificación planificada y deliberada de la conducta y actitud del adulto frente al niño con TEA.
Manejo explícito de contingencias: manejo de antecedentes, consecuencias y uso de reforzadores.
Uso del moldeado: reforzamiento sistemático de aproximaciones sucesivas a la conducta objetivo.
Uso de prompt verbal: guía verbal que permite al niño proferir la conducta objetivo de enseñanza.
Uso de prompt físico: guía física que permite al niño proferir la conducta objetivo de enseñanza.
Objetivos de tratamiento basados en el desarrollo típico: el programa promueve como objetivos de enseñanza habilidades que se desarrollan típicamente en la ontogénesis.
Tentaciones comunicativas: acciones de quienes enseñan a los niños y disposiciones de los objetos en el entorno de modo tal que incitan y promueven la intención comunicativa.
Entorno modificado: deliberadamente se modifica el entorno de enseñanza estructurándolo (con información y claves visuales) o quitando la mayor cantidad posible de distractores.
Entorno natural: la intervención se desarrolla en los lugares habituales donde el niño realiza cotidianamente sus actividades.
Uso de rutinas cotidianas como entorno de aprendizaje: la intervención se enmascara dentro de las rutinas cotidianas del niño.
Sesiones de intervención desarrolladas en situaciones lúdicas: la intervención se desarrolla en formatos interactivos a través del juego.

Nota: Tomado de Martínez (2015, p.50).

Tabla 6. Distribución de los rasgos distintivos en cada prototipo

Distribución de los rasgos distintivos en cada prototipo					
	ABA		Transaccionales	Ambientales	Integrativos
	Tradicional	Naturalista			
1. Interacción sensible			✓		✓
2. Manejo de contingencias	✓	✓		✓	✓
3. Utilización del moldeado	✓	✓		✓	✓
4. Utilización de prompt verbal	✓	✓		✓	✓
5. Utilización de prompt físico	✓	✓		✓	✓
6. Objetivos evolutivos			✓		✓
7. Tentaciones comunicativas		✓	✓		✓
8. Entorno modificado	✓			✓	
9. Entorno natural		✓	✓		✓
10. Rutinas cotidianas		✓	✓	✓	✓
11. Entorno lúdico		✓	✓		✓

Nota: Tomado de Martínez (2015, p. 51).

Analizando los manuales de dichos programas, pudo extraer qué aspectos se trabajan, los cuales se explican en la tabla 7:

Tabla 7. Dimensiones presentes en los programas

Definición operacional de las dimensiones utilizadas para la revisión de los programas	
1. Comunicación y lenguaje	Uso de los objetivos principales del programa es propiciar el desarrollo de la comunicación y del lenguaje.
2. Interacción social	Uno de los objetivos principales del programa es propiciar el desarrollo de la interacción social.
3. Conductas adaptativas	Uno de los objetivos principales del programa es favorecer el desarrollo de conductas adaptativas al entorno, por ejemplo: habilidades para la vida diaria, juego, habilidades académicas o escolares, etc.
4. Conductas contextualmente inapropiadas	El programa incorpora en forma explícita procedimientos para intervenir ante la presencia de conductas contextualmente inapropiadas, por ejemplo: análisis funcional, intervención comunicativa, o incorpora estrategias a fin de prevenir su aparición.
5. Emoción	El programa contempla explícitamente la utilización de estrategias con el fin de lograr la estabilidad emocional y el desarrollo de la capacidad de autorregulación.
6. Generalización	El programa establece criterios específicos sobre cómo deben diseñarse las situaciones de aprendizaje o qué procedimientos pueden usarse con el fin de favorecer la generalización de lo aprendido a diferentes entornos con diferentes personas.
7. Enseñanza	El programa describe con suficiente detalle cómo se aplican las técnicas de enseñanza que utiliza, cómo se articulan entre sí y cómo se organizan estratégicamente.
8. Evaluación	El programa ofrece instrumentos propios que evalúan el nivel de desarrollo de la persona con TEA antes, durante y después de su implementación.
9. Objetivos	El programa explicita los criterios a través de los cuales se elaboran los objetivos específicos de la intervención. No se limita a una lista de habilidades discretas, o a una descripción de objetivos amplios y/o globales.
10. Desarrollo	La elaboración de los objetivos propuestos por el programa se basa en datos empíricos y teorías sobre el desarrollo ontogenético típico.
11. Progreso	El programa ofrece instrumentos que permiten medir en forma sistemática el cumplimiento, o no, de los objetivos propuestos.
12. Re decisión	El programa provee un algoritmo que permite la evaluación sistemática de cada uno de los elementos que conforman la intervención, objetivos, estrategias, técnicas, apoyos, etc.) a fin de reelaborar la intervención en aquellos casos en los cuales no se logran los objetivos propuestos.
13. Rutinas	El programa incorpora de forma explícita la utilización de las rutinas cotidianas como estrategia de aprendizaje.
14. Coordinación	El programa indica explícitamente quién y cómo se coordinan los recursos (sobre todo los humanos) durante el desarrollo de la intervención.
15. Fidelidad	El programa provee instrumentos y procedimientos que permiten valorar la fidelidad de su implementación.
16. Articulación	El programa indica explícitamente cómo puede articularse con otros programas.
17. Profesionales	El programa sugiere los aportes específicos que pueden realizar diferentes profesionales (psicólogos, fonoaudiólogos, educadores, etc.) al desarrollo e implementación del programa.
18. Formato	El programa especifica los diferentes formatos (uno a uno, o grupal) de implementación.
19. Entorno	El programa contempla de forma explícita la incorporación de estrategias o información acerca de cómo modificar el entorno físico a fin de que este propicie el desarrollo de la persona con TEA (organización visual, sectores o

	áreas de trabajo, organización de los materiales de trabajo, etc.).
20. Transición	El programa contempla la elaboración de objetivos con el fin de facilitar la transición entre diferentes etapas del ciclo vital y/o contextos en los cuales participa la persona con TEA, por ejemplo: de nivel inicial a Primaria.
21. Emplazamientos	El programa establece claramente los emplazamientos en los cuales se puede desarrollar el programa. Si se puede implementar en más de un emplazamiento, se indican explícitamente los criterios que definen la forma en la cual se aplica el programa en los diferentes emplazamientos (hogar, escuela, centro, etc.).
22. Familia	El programa provee estrategias que permiten involucrar de forma efectiva a los padres, u otros familiares en el tratamiento de las personas con TEA.
23. Apoyos sociales	El programa implementa como parte del tratamiento el apoyo de redes sociales, por ejemplo, talleres para hermanos, abuelos, cuidadores temporarios, etc.
24. Edad	El programa explicita las edades para las cuales fue desarrollado.
25. Intensidad	El programa provee información que permita establecer criterios claros que vinculan las necesidades reales de las personas con TEA con la carga hora/semana de la intervención.
26. Inclusión	El programa determina explícitamente los criterios mínimos necesarios para la incorporación de una persona al tratamiento, criterios que van más allá del diagnóstico diferencial, por ejemplo: CI, CI Verbal, Puntuación en instrumento de diagnóstico, etc.
27. Duración	El programa indica cuáles son los criterios que permiten determinar la duración mínima y máxima de tiempo durante el cual debe implementarse el programa. Los mismos deben estar establecidos a partir de los datos obtenidos en los estudios sobre eficacia.
28. Conformidad	El programa ofrece instrumentos que permitan medir el nivel de conformidad y/o percepción de los logros y objetivos alcanzados por parte de los padres.
29. Eficacia	El programa informa de la realización de estudios que demuestren la eficacia de la intervención. La misma debe haberse realizado utilizando alguna de las siguientes metodologías: estudio de caso, estudios pre-post, o ensayos clínicos controlados.
30. Eficacia externa	Se realizaron estudios por grupos de investigadores independientes a los creadores del programa. Los mismos se realizaron utilizando alguna de las siguientes metodologías: estudio de casos, diseños pre-post, ensayos clínicos controlados.

Nota: Tomado de Martínez (2015, p.57-60).

Por último, procedió a configurar la tabla 8, donde se ven los componentes que integran cada programa:

Tabla 8. Dimensiones contempladas por cada programa

Dimensiones contempladas por cada programa														
	ABA				*	Transaccionales						Integrativos		
	UCLA YAP	AP	SM	PRT	TEACCH	RDI	RFI	HN	SR	DIR	SCERTS	P-ESDM	ESDM	IMPACT
1. Comunicación y lenguaje	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Interacción social	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Conductas adaptativas	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓		✓	✓
4. Conductas contextualmente inapropiadas	✓	✓	✓	✓	✓						✓		✓	
5. Emoción		✓		✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
6. Generalización	✓	✓		✓	✓						✓		✓	
7. Enseñanza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
8. Evaluación		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
9. Objetivos		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
10. Desarrollo				✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
11. Progreso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓
12. Re decisión					✓						✓		✓	
13. Rutinas							✓	✓					✓	✓
14. Coordinación	✓				✓								✓	
15. Fidelidad		✓		✓			✓						✓	
16. Articulación												✓	✓	
17. Profesionales										✓	✓		✓	
18. Formato	✓									✓	✓		✓	
19. Entorno			✓		✓		✓		✓	✓	✓		✓	
20. Transición	✓				✓						✓		✓	
21. Emplazamientos	✓		✓	✓	✓	✓					✓		✓	
22. Familia	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
23. Apoyos sociales	✓													
24. Edad	✓		✓	✓	✓		✓				✓		✓	
25. Intensidad	✓			✓										
26. Inclusión				✓		✓	✓					✓	✓	
27. Duración	✓													
28. Conformidad												✓		
29. Eficacia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓
30. Eficacia externa	✓			✓	✓				✓	✓	✓		✓	

Nota: Tomado de Martínez (2015, p.74).

Después de este análisis, se puede tener una idea de cada programa, sus similitudes y diferencias. De todas formas, dadas las características del trastorno y la

variabilidad de persona a persona, resulta lógico pensar que no existe un único programa que sea mejor para todos los niños, sino que habría que buscar qué niño es el mejor candidato para qué programa (Martínez, 2015).

Tratamiento Farmacológico

Si bien la psicofarmacología ha avanzado mucho, ayudando en el tratamiento de varios trastornos psiquiátricos, aún no se ha encontrado un medicamento que trate los síntomas patognomónicos de TEA. Aun así, algunos se utilizan porque al tratar las conductas no deseadas, posibilitan la intervención psicoeducativa, permitiendo, en consecuencia, mejoras tanto en lo que respecta a las características nucleares del autismo como en la calidad de vida del niño y su familia. Son varias las condiciones psiquiátricas comórbidas: ansiedad, déficit de atención con y sin hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante, depresión (Ruggieri, 2017; Mulas et al., 2010).

Dentro de las drogas aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration) están la Risperidona, utilizada para tratar “irritabilidad en personas con TEA, incluyendo conductas disruptivas, berrinches auto- o heteroagresiones y cambios bruscos de humor, [...] hiperactividad, impulsividad, inatención estereotipias, aislamiento, conductas repetitivas, lenguaje inadecuado” (Ruggieri, 2017, p. 416); el Aripiprazol, para “trastornos de la conducta, como rabietas, agresión y conductas autodestructivas” (Ruggieri, 2017, p. 418); la Fluoxetina, para la depresión; el Divalproato de sodio para estabilizar el ánimo; el Metilfenidato, para tratar la hiperactividad, la impulsividad y la atención. El Haloperidol no es muy aconsejado por los efectos colaterales. La Melatonina es utilizada para tratar los trastornos del sueño, aunque no está aprobada por la FDA para ser utilizada en TEA, hace años que se receta en estos casos (Ruggieri, 2017; Vázquez et al., 2017; Martínez, 2015; Hernández, Risquet y León, 2015; Reynoso, Rangel y Melgar, 2017; Hervás, Balmaña y Salgado, 2017).

Otras intervenciones

Integración sensorial

Trabaja sobre las sensaciones, con el objetivo de lograr un mejor procesamiento sensorial. Esta afección es muy común en personas con TEA

(Martínez, 2015). “La modulación y el condicionamiento de las conductas reactivas ante sensaciones aplicadas a situaciones ambientales que estimulen cualquier sentido, ya sean táctiles, visuales, auditivas, de propiocepción, sabores y olores, ayudan a la modulación de la conducta” (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017).

Musicoterapia

Reportó tener efectos positivos en personas con TEA. (Martínez, 2015, p.45; Reynoso, Rangel y Melgar, 2017).

Oxitocina

“La oxitocina es un neuropéptido relacionado con el apego social y el desarrollo de vínculos (Insel, 1997)” (Ruggieri, 2017, p.426). Se aplica por vía intranasal por única vez (Vázquez et al., 2017).

Algunos estudios indican que su empleo en personas con TEA reduce la estereotipia y otros que desarrolla las capacidades de teoría de la mente (Martínez, 2015). Un tercer grupo asegura que favorece las habilidades sociales (Ruggieri, 2017). Vázquez et al. (2017) afirman que se requieren más estudios antes de recomendar su aplicación. Hervás, Balmaña y Salgado, 2017, no recomiendan su uso porque, a pesar de haberse obtenido buenos resultados en las investigaciones, su vida en sangre es muy corta, y tendría que reaplicarse nasalmente con periodicidad.

Terapias alternativas

“La medicina alternativa y/o complementaria se basa generalmente en casos anecdóticos sin base científica, siendo su difusión vehiculizada por mecanismos de propaganda que influyen fácilmente a quienes no conocen el tema o se encuentran angustiados buscando alternativas sin tener una orientación clara y por otra parte muchas veces ponen en riesgo a la persona que lo recibe” (Ruggieri, 2017, p.435).

No existe evidencia científica que avale la utilización de los siguientes para la mejora de los síntomas nucleares del TEA: dieta libre de gluten y caseína, secretina (hormona gastrointestinal), enzimas digestivas, probióticos, solución mineral milagrosa, kéfir de coco, antibióticos, antifúngicos, vitaminas y otros suplementos, agentes quelantes, cámara hiperbárica, tratamientos inmunológicos. Tampoco existen resultados concluyentes para masajeterapia, tratamiento de integración

auditiva, empaquetamiento, o yoga (Ruggieri, 2017; Vázquez et al., 2017; Mulas et al., 2010; Reynoso, Rangel y Melgar; 2017).

Inclusión Escolar

Según la Convención de los Derechos de la Persona con Discapacidad de las Naciones Unidas (ONU, 2006, art. 24), las personas con discapacidad tienen derecho a una educación inclusiva, teniendo en cuenta los apoyos y ajustes necesarios, que, en el caso de los niños con TEA, tiene que ver con sus debilidades y fortalezas, su estilo de aprendizaje y sus intereses.

La primera cuestión a considerar es si el niño concurrirá a una escuela común o especial. Para esto, hay que tener en cuenta, en primer lugar, las características del niño (capacidad intelectual, intervención temprana recibida o no, cantidad y tipos de apoyos necesarios, nivel de comunicación expresivo -verbal o no-). A un niño que tenga un nivel cognitivo bajo, no haya recibido intervención temprana y no pueda comunicarse le costará mucho adaptarse a una escuela común. Por esto es fundamental comenzar con el tratamiento lo antes posible, y, en especial, trabajar sobre el aspecto expresivo de la comunicación (D'Agostino, 2017).

Una vez decidido el tipo de escuela, surge la búsqueda de la institución ideal para este niño en particular. D'Agostino (2017) reporta: "Un gran número de escuelas en Argentina no incluyen chicos con desafíos en el desarrollo" (p.135). Y aconseja: "No vale la pena perder el tiempo ni las energías en sus limitaciones; el tiempo es muy preciado para el niño, así como las energías de la familia y el equipo" (p. 135). Se debe buscar un colegio que acepte al niño con su diagnóstico y que esté dispuesto a ayudarlo. Es importante transmitir este diagnóstico a la hora de inscribir al niño, por un lado, para asegurarse que la institución lo acepte tal como es, y, por otro, para que comprendan el origen de sus dificultades y así estén mejor preparados para asistirlo (D'Agostino, 2017).

Cumplimentados estos pasos, es aconsejable que el niño conozca la institución con antelación. Realizar varias visitas, tomar fotos y grabar videos de los distintos espacios de la escuela (puerta de entrada, aula, baño, área de recreo, caminos para llegar a los diferentes lugares, personas adultas con las que tendrán contacto, etc.)

ayudarán al niño anticipándole el nuevo ámbito y facilitándole su comienzo de clases (D'Agostino, 2017).

Por último, es necesario coordinar el trabajo en equipo. Se pueden encontrar ciertas dificultades, como docentes no capacitados para atender a TEA o maestras integradoras o acompañantes terapéuticos que no están tan conectados con el equipo de profesionales que realizan el tratamiento fuera de la escuela. Para esto es necesario establecer reuniones periódicas entre el docente del aula, los directivos de la institución, el acompañante terapéutico y el equipo tratante. En ellas se organizará y planificará el trabajo. Es recomendable una comunicación fluida entre todos los involucrados y un registro diario de progresos y dificultades para facilitar la posterior tarea de planificación de objetivos. Otra dificultad puede ser diferencias en las concepciones teóricas de la intervención entre los actores. Para resolverla, se propone un enfoque que se centre en planificar alrededor de tres preguntas: qué, por qué y para qué. El qué se refiere a las estrategias y los apoyos y el modo de implementación. El por qué apunta a la relevancia para el niño y su estilo de aprendizaje. El para qué se relaciona con el objetivo que se pretende alcanzar. Así, el foco está en ayudar al niño lo mejor posible, en lugar de centrarse en jerarquías de poder o de saberes (D'Agostino, 2017).

Como punto de partida de toda intervención es necesaria una evaluación completa del niño. Por ello, a las evaluaciones típicas se suma la evaluación en el entorno escolar. Si el niño ya se encuentra escolarizado, es aconsejable realizar una observación en ese contexto para recabar datos a fin de diagramar la intervención en la escuela. Si este no es el caso, puede observarse su desenvolvimiento en situaciones de su vida donde interactúe con otros niños (D'Agostino, 2017).

Teniendo en cuenta que la definición de objetivos es abordada en el ámbito clínico, es decir, por los profesionales que realizan el tratamiento fuera de la escuela, el siguiente paso sería considerar los apoyos y estrategias necesarios para que la inclusión del niño sea exitosa:

Uno debería intentar elegir los apoyos que abarquen la mayor cantidad de áreas, y que sean efectivamente posibles de implementar con los recursos materiales, físicos y humanos que haya en el dispositivo de inclusión, priorizando aquellos que garanticen que el alumno pueda incorporarse al aula, se sienta cómodo, contento y contenido en ella, de manera que puedan entonces agregarse cada vez más apoyos en actividades específicas de forma progresiva, para naturalmente luego evaluar su necesidad de conservarlos o desvanecerlos (Martínez, 2017, p. 139).

Dichos apoyos pueden clasificarse en: apoyos en la estructura y la organización (área física y actividades del aula), apoyos a la comunicación social (habilidad de comunicación individual e interacción con otros) y apoyos a la conducta y a la regulación emocional (preventivos o reactivos a conductas no deseadas) (D'Agostino, 2017). En la tabla 9, se enumeran los distintos apoyos y estrategias que la autora toma de los modelos TEACCH, ESDM, SCERTS y Hanen:

Tabla 9. *Resumen de estrategias y apoyos en estructura y organización*

Resumen de estrategias y apoyos en estructura y organización	
Estructura del aula y la organización de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurar el aula con espacios diferenciados y límites. • Limitar los materiales a la vista que no se usarán. • Identificar distractores en las paredes y ventanas y reducirlos. • Utilizar agendas. • Utilizar sistemas de trabajo. • Realizar actividades cortas y por pasos pequeños. • Ofrecer pausas, recreos, y alternar entre actividades quietas y movidas.
Relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Crear espacios de relajación: carpas, biombos, cajas de relajación.
Sonidos	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar auriculares o tapones de oído. • Hacer pausas fuera del aula. • Hacer desensibilización sistemática y progresiva.
Apoyos visuales y de clarificación	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar espacios con colores o intereses. • Usar objetos de transición. • Proveer información adicional con pictogramas/fotos en los espacios, y en los objetos. • Utilizar reglas de actividades o comportamientos apoyadas visualmente a través de intereses.

Nota: Tomado de D'Agostino (2017).

Tabla 10. *Resumen de estrategias para la comunicación y la interacción*

Resumen de estrategias para la comunicación y la interacción	
Comunicación del alumno	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar nivel del lenguaje expresivo y receptivo. • Utilizar sistemas alternativos de comunicación de acuerdo al perfil del alumno y de acuerdo a la tecnología y recursos disponibles. • Fomentar e inducir situaciones comunicativas.
Comunicación del maestro al alumno	<ul style="list-style-type: none"> • Usar lenguaje sencillo, claro, oraciones cortas. • Decir el nombre del niño. • Evitar la sobrecarga verbal. • Dar tiempo para responder. • Usar gestos y onomatopeyas para acompañar el lenguaje.

Interacción en grupos	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitar áreas de trabajo. • Utilizar materiales que fomenten la interacción. • Identificar tipos de actividades y su nivel de interacción. • Dar soportes y apoyos en los grupos grandes y que realicen actividades regladas. • Utilizar modelado. • Proponer reglas sin sentido. • Dar opciones. • Dar tarjetas de turnos y espera. • Marcar los lugares donde hay que estar para jugar. • Dar apoyos “invisibles”. • Sugerir ideas desde afuera del grupo. • Dirigir la conversación fuera de uno mismo. • Armar el juego, dar las pautas, y salir del juego. • Disminuir progresivamente la presencia en grupos, y desvanecer el apoyo.
-----------------------	---

Nota: Tomado de D’Agostino (2017).

Tabla 11. *Resumen de estrategias en conducta y regulación emocional*

Resumen de estrategias en conducta y regulación emocional	
Estrategias positivas	<ul style="list-style-type: none"> • Estructuración y organización. • Tener en cuenta el perfil sensorial y los estímulos presentes. • Usar historias sociales. • Utilizar sistemas de puntos. • Emplear apoyos visuales. • Utilizar el refuerzo social. • Evitar la sobrecarga y la demanda.
Estrategias reactivas	<ul style="list-style-type: none"> • Tener un plan de acción. • Distribuir roles en las crisis. • Evitar escaladas en el aula. • Garantizar la seguridad de todos. • Llevar al niño a un lugar tranquilo y neutro. • Utilizar ejercicios de relajación. • Mantener la calma. • Esperar a que el niño se tranquilice antes de volver al aula.
Casos especiales de conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Tener un perfil conductual del niño. • Realizar un análisis funcional de la conducta. • Implementar un plan individualizado derivado del análisis.

Nota: Tomado de D’Agostino (2017).

En la Educación Secundaria, se trabaja sobre las competencias sociales, la ampliación de intereses, la impulsividad y la autonomía. Se tiene que considerar que puede incrementarse la ansiedad, y que pueden ser blanco de bullying (Hervás, Balmaña y Salgado, 2017).

Proyecto de vida

La mayoría de las personas con TEA necesitan supervisión de por vida (Hervás, Balmaña y Salgado, 2017).

Entre un 5-10% logrará una vida independiente, alrededor de un 25% tendrá una vida autónoma con apoyo en áreas relevantes y entre un 65-70% tendrá necesidades de apoyo intensas en todas las áreas significativas de la vida adulta (Howlin, Savage, Moss, Tempier y Rutter, 2014; Jordan, 2012; Howlin y Moss, 2012; Howlin, Moss, Savage y Rutter, 2013) (Citado por Cuesta y Orozco, 2016).

Como la vida es un continuo, la etapa adulta debe ser planificada con anticipación. Dentro del tratamiento individualizado, se plantearán los apoyos necesarios para ir acompañando cada etapa, de modo que se conforme un modelo integral, que permita el desarrollo de un proyecto de vida. En la adolescencia deben trabajarse aspectos de autodeterminación, autovaloramiento y estrategias adaptativas para llegar a la adultez con las habilidades necesarias para un desenvolvimiento más autónomo. También, se debe fomentar la participación en otras actividades y ambientes que no sean los usuales para ampliar el rango de intereses y capacidades (Cuesta y Orozco, 2016).

Debemos conjugar no solo cuestiones referidas a la organización en general (composición del equipo profesional, tiempos y actividades, vías de coordinación), sino aspectos referidos a las opciones que se van a impulsar desde este (formación, ocupación, ocio, vida independiente, autonomía e inclusión en la comunidad), cuestiones referidas al diseño, adaptación y la estructuración de los distintos espacios, el diseño y la adaptación de materiales y ayudas técnicas, y otras cuestiones de especial importancia como son todas aquellas pautas que pueden asegurar una auténtica calidad a través del trato directo de los profesionales con la persona con TEA (respeto a las diferencias, gustos e intereses, trato cercano y personal, clima positivo) (Cuesta y Martínez, 2012) (Citado por Cuesta y Orozco, 2016).

Educación Superior

Es posible que las personas con TEA accedan a estudios superiores. Para esto, es muy importante una buena orientación vocacional ocupacional. Ésta debe tener en cuenta, lógicamente, sus intereses vocacionales, pero al ser éstos muy restringidos, también debe contemplar otras posibilidades y tener en cuenta otros aspectos. Uno es el tipo de trabajo que se realizará una vez concluidos los estudios. Para esto se puede gestionar que la persona tenga contacto con lo que sería la vida laboral, previo al inicio del estudio. De este modo se evita que elijan trabajos que impliquen habilidades que no poseen o les resulten dificultosas, como habilidades sociales o flexibilidad. Existen proyectos que facilitan el acercamiento de las personas con TEA a contextos laborales y universitarios, como, por ejemplo, en España: TECNOARTEA de Autismo Burgos y el proyecto First Lego League (Merino,

2017); y en Argentina: talleres de artes plásticas y de robótica organizados por APAdeA y talleres artísticos y formación para el empleo en Fundación Brincar.

Otros aspectos a considerar son el estilo de aprendizaje (visual, auditivo, kinestésico o verbal) y las expectativas tanto de las personas con TEA como las de sus padres, para que éstas sean realistas y así no abandone y sienta el fracaso. La presencia de un examen de ingreso también puede ser una problemática, en algunos casos. Por esto, desde el 2007, en España, se implementan adaptaciones para personas con TEA. Algunas de éstas son salones silenciosos, con pocos alumnos, presencia de un tutor que facilite la comprensión de los enunciados poco amigables a personas con TEA, posibilidad de examen oral si el escrito fuera más difícil para el alumno y mayor tiempo para la resolución (Merino, 2017).

Una vez decidido el curso a tomar es conveniente preparar a la persona con TEA para la transición, mostrándole los lugares por donde transitará su educación superior y anticipándole cambios y problemas que puede llegar a encontrar. El mayor inconveniente reportado por estudiantes con TEA es la dificultad para relacionarse y formar un grupo de amistades, pero también, les es difícil tomar la iniciativa, manejar la ansiedad, lidiar con los cambios, manejar horarios, planificar las tareas y realizar tareas en grupo. Para esto, se puede proporcionar una serie de apoyos como adaptaciones curriculares, tutorías entre compañeros, proveer apoyos visuales, controlar los estímulos del entorno, redactar las preguntas en forma simple (no encadenada), proporcionar mayor tiempo para resolución de tareas, utilizar herramientas digitales como agendas para organizar clases y exámenes, proporcionar objetivos, instrucciones y explicaciones claras, evitando ambigüedades, informar sobre cambios con anticipación, y fomentar el trabajo en grupo, entre otros. Además, las instituciones pueden capacitar a sus profesores para atender a las necesidades especiales de personas con TEA, asesorarse con especialistas, concientizar a los otros alumnos para que puedan comprender, ayudar e integrar tanto en actividades académicas como de ocio a estudiantes con TEA. En la página web de Autism&Uni se pueden descargar guías de buenas prácticas para directivos, profesores y tutores y otros profesionales de instituciones de educación superior con ideas sobre cómo ayudar a personas con TEA a mejorar su experiencia en estas instituciones (Merino, 2017).

Inserción Laboral

Las personas con TEA tienen derecho a trabajar. (ONU, 2006, art. 27), Para que puedan acceder a este derecho, necesitan ayuda. Además, de ser un derecho, es una oportunidad para adaptarse a nuevas situaciones, relacionarse con otras personas y desarrollarse y así lograr una mejor calidad de vida (Cuesta y Orozco, 2016). Mansilla, Jiménez y Cuesta (2017) proponen, para la inclusión laboral de personas con TEA, el siguiente modelo al que denominan itinerario personalizado de inserción laboral. Se desarrolla en cinco fases:

La primera fase se denomina Recepción y acogida. En ella se reúnen datos sobre la persona relacionados con sus necesidades, expectativas e intereses. Se le informa sobre cursos, talleres, centros de formación, prácticas, empleos con y sin apoyo disponibles.

La segunda fase es la Orientación. Aquí se evalúan las capacidades, y se detectan fortalezas y debilidades. Se ofrecen oportunidades para descubrir nuevos intereses o habilidades.

La tercera fase corresponde a la Formación. Luego de haber esclarecido sus intereses vocacionales, se analiza si las expectativas y las capacidades de la persona con TEA se pueden correlacionar con los requerimientos de la posible salida laboral. Si no es así, se redefinen las opciones hasta encontrar una que se ajuste a estos dos factores (intereses y capacidades de la persona vs. tareas y habilidades necesarias para desarrollar el trabajo). Una vez logrado esto, se lo dirige al centro especializado donde pueda obtener la formación necesaria (taller, escuela de oficio, centro de estudios, el mismo trabajo que puede ofrecer capacitación ahí mismo, etc.) y se lo acompaña en esta instancia con los apoyos que fueran necesarios.

La cuarta fase es la Intermediación. Durante la misma, se obra como intermediario entre la persona con TEA y el empleador, ayudando en la búsqueda laboral, el contacto con el posible empleador, el proceso de selección y el inventario de apoyos y ajustes necesarios. En esta etapa se evalúan las características individuales de la persona con TEA y las características requeridas por el puesto de trabajo específico. También se diseña un programa de intervención, definiendo objetivos, apoyos y evaluaciones constantes del mismo para realizar los ajustes

necesarios. Se establecen los apoyos necesarios para afrontar la labor elegida en el entorno seleccionado. Éstos pueden ser control de los estímulos y otras adecuaciones en el área de trabajo, requisitos de los formadores y/o acompañantes laborales, uso de signos visuales para organizar el tiempo, el espacio y anticipar los cambios, adaptación de las tareas y la formación, entre otros.

La quinta y última fase concierne a la Evaluación del itinerario: Se evalúa la inserción (el trabajo realizado en cuanto a calidad y cantidad, los apoyos necesitados y que se necesitarán, etc.).

En Argentina, la agrupación APAdA cuenta con dos programas para la inserción laboral de personas con TEA. Uno es Empleabilidad, que brinda capacitación en autovalimiento, habilidades sociales y competencias técnicas para que las personas con TEA puedan tener una mejor calidad de vida. Correspondería a la fase de formación, ya que comprende talleres y cursos de capacitación. El otro es TEAcepto, que capacita y certifica a empresas que ofrezcan puestos de trabajos a personas con TEA. En un primer paso, se realiza un relevamiento del área y se sugieren adecuaciones, por ejemplo, a factores sensoriales, como luz o ruido. El segundo paso consiste en la capacitación sobre la condición (características y necesidades). El tercero consiste en la formación y evaluación en control conductual de tutores, que serán las personas responsables de la inducción laboral de la persona con TEA en la empresa. Por último, se entrega un certificado y se promueve como “espacio amigable para las personas con TEA”. Además, brindan soporte telefónico para inconvenientes que puedan surgir (APAdA, s.f.).

Ocio

Las personas con TEA tienen derecho a “a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural”, a “desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual”, a “participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas” (ONU, 2006, art. 30). Es decir, tienen derecho a disfrutar de actividades elegidas por ellos, que les permitan disfrutar y divertirse. El ocio es vital para mejorar la calidad de vida de las personas. No sólo porque implica entretenerse con algo placentero, sino también por las implicancias terapéuticas, que, a su vez, redundan en su beneficio. A través de

actividades de ocio compartidas con otros, se interviene sobre los elementos sociales afectados (comunicación, turnos, normas sociales, etc.). Es necesario que se brinden propuestas teniendo en cuenta sus gustos y sus capacidades, pero también que se ofrezcan posibilidades de ampliar esos intereses. Para esto puede diagramarse un proyecto, en el que se ofrecen opciones de ocio en contextos comunitarios y en el hogar, teniendo en cuenta las adecuaciones, los recursos con los que se cuenta, los tiempos (Ruiz y Hortigüela, 2017).

En Argentina, la Fundación Brincar brinda actividades de recreación y ocio, como talleres de artística, espacios lúdicos para niños, sábados recreativos para preadolescentes y adolescentes. En APAdeA, ofrecen un taller de robótica y un taller de artes plásticas. (Ver la sección Agrupaciones de TEA en Argentina)

Familias

Las particularidades de los niños con TEA pueden causar un alto nivel de estrés en los padres, sobre todo en la etapa previa al diagnóstico, ya que, el desconocer qué sucede y carecer de herramientas para lidiar con sus conductas puede ser abrumador. Como respuesta a esta situación se han desarrollado algunos sistemas de ayuda (Rattazzi, 2016).

Intervenciones mediadas por padres

Desde los años 70, se vienen diseñando programas que proveen a los padres con las estrategias necesarias para poder tener una mejor calidad de vida familiar. Estos abordajes tienen las ventajas de, por un lado, permitirles intervenir tempranamente (a veces, entre el diagnóstico y la búsqueda del centro o los profesionales para realizar el tratamiento puede transcurrir mucho tiempo valioso), y, por el otro, de otorgarles el empoderamiento que implica el conocimiento y la habilidad de ser partícipes de la mejora en la calidad de vida de sus hijos. Existen dos formas de participar. Una, es colaborando activamente en el tratamiento realizado por los profesionales. Siendo que ellos son los que pasan más tiempo con el niño, los que conocen sus intereses, los que lo observan en diversidad de situaciones y contextos, aportan información valiosa a los profesionales para el diseño de los objetivos y la definición de las prioridades. Además, posibilitan

continuar con el tratamiento en el hogar, prolongando así los tiempos de intervención y permitiendo la generalización de lo aprendido. La otra, es llevando a cabo ellos mismos el tratamiento. En los casos en los que no haya profesionales disponibles o capacitados en el área en la ciudad donde viven, los padres tienen un rol más protagónico, ya que la gran parte del tratamiento debe ser realizado por ellos. Esta también es una opción para aquellas familias que no pueden afrontar los costos de las diversas terapias, ya que el costo de la capacitación como padre tratante es mucho menor (Rattazzi, 2016).

Además de los modelos P-ESDM, Hanen y Son-Rise, ya explicados en la sección Intervención Psicoeducativa, Ratazzi (2016), psiquiatra infanto-juvenil y cofundadora del Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista (PANAACEA), menciona los siguientes programas:

TEM

Transforming Everyday Moments (Transformando los Momentos de Cada Día) es un programa que se basa en un taller de capacitación a padres con niños menores de 6 años con desarrollo del lenguaje alterado. Se enseña a los padres “cómo intervenir mediante el juego (por ejemplo, ‘ser fáciles y divertidos’ cuando juegan con sus hijos), así como herramientas para estimular la comunicación y estrategias de manejo conductual”, como “‘enganchar’ a sus hijos en interacciones sociales recíprocas y frecuentes que promuevan la aparición de conductas sociocomunicativas específicas [...] mirar a la cara, sostener la atención conjunta, imitar, usar gestos para pedir, responder a iniciativas de atención conjunta e iniciar momentos de atención conjunta” (Rattazzi, 2016, p.141). La ventaja de este programa, con respecto a otros mediados por padres, es que los talleres son gratuitos y se forma a formadores de modo tal que éstos brinden el taller gratuito a otros padres, formando así una cadena (Rattazzi, 2016). En Argentina, los padres interesados pueden inscribirse a un taller TEM a través de la página web de PANAACEA.

CST

La Organización Mundial de la Salud, en respuesta al creciente número de casos de niños con trastornos del desarrollo, implementó un programa denominado

Entrenamiento de Habilidades para Cuidadores (Caregiver Skills Training). Este programa centrado en la familia es gratuito y es una opción para padres (o tutores) de bajos recursos. La capacitación a padres se centra en enseñarles a transformar situaciones de juego y actividades cotidianas en oportunidades de aprendizaje y desarrollo (WHO, s.f.). Brinda estrategias para desarrollar la comunicación emocional y social y la habilidad de resolución de problemas a través del juego, y para disminuir las conductas no deseadas (Rattazzi, 2016).

Talleres para padres y familiares

Existen varias modalidades de taller. En los talleres grupales para padres que comparten una misma problemática se intercambian vivencias, consejos, sugerencias, se escucha a otros padres que ya pasaron por situaciones como las propias y se ve cómo las resolvieron, entre otras cosas. El objetivo es sentirse acompañados, comprendidos y aprender a manejar el estrés que conlleva convivir con un niño dentro del espectro y todas sus implicancias (Rattazzi, 2016). Otros talleres, explican el cuadro y enseñan habilidades a otros familiares y personas allegadas al niño. En Argentina, existen varias asociaciones y agrupaciones de padres. Algunas de ellas brindan espacios para padres. En PANACEA, se ofrecen talleres pagos, capacitando en autismo y sexualidad, estrategias para el trastorno del sueño, reeducación oral motora integral (método ROMI), desregulación emocional y sensorial (PANACEA, s.f.). En APAdeA, las propuestas incluyen: taller de sueño, abordaje educativo en el hogar y estrés en el aislamiento, herramientas legales para el ejercicio de los derechos de las personas con TEA; y también Rincón de Padres, un acompañamiento a padres que, en estos momentos de cuarentena por la pandemia de COVID-19, es vía la plataforma Zoom (APAdeA, s.f.). En Fundación Brincar ofrecen contención familiar en los formatos: madres y abuelas, padres y abuelos, encuentro mixto, encuentro de hermanos, contención online. También, tienen varios cursos disponibles: ABC en autismo, conductas disruptivas, cómo acompañar a una persona con autismo, primeros pasos (estrategias para padres), aprendizaje en TEA, comunicación y lenguaje en TEA, juego en TEA, adolescencia en TEA, transición a la vida adulta (Fundación Brincar, s.f.). AsAAr también tiene un taller de padres (vía Zoom, por el momento) (AsAAr, s.f.). En CEUPA cuentan con charlas sobre la introducción al método Son-Rise, la

importancia de la familia, la educación afectivo-sexual, distintos métodos de enseñanza para TEA y transición a la vida adulta (CEUPA, s.f.).

Agrupaciones de TEA en Argentina

RedEA (Red Espectro Autista). Es una organización de asociaciones de padres, familiares y profesionales que nuclea a todas las abajo mencionadas. Tienen biblioteca, videoteca y recursos disponibles (RedEA, s.f.).

PANAACEA (Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista). Está formada por un grupo de especialistas (tres Psiquiatras infanto-junveniles, dos Terapistas Ocupacionales, una Psicopedagoga, una Fonoaudióloga, una Pediatra, y una Lic. En Ciencias de la Educación). Ofrecen cursos arancelados para padres, para profesionales de la salud, realizan diagnósticos de niños sospechados de espectro autista, y tratamiento multidisciplinar (PANAACEA, s.f.).

APAdA (Asociación Argentina de Padres de Autistas). Realizan diagnóstico y tratamiento. Ofrecen artículos de interés. Disponen de una bolsa de trabajo para personas con TEA, y capacitaciones y talleres gratuitos y grupos de apoyo para padres y arancelados para profesionales de la salud. Poseen un programa de capacitación y certificación de empresas que empleen personas con TEA. Desarrollan programas de acompañamiento educativo. Brindan asesoramiento legal (APAdA, s.f.).

AsAAr (Asociación Asperger Argentina). Es una organización sin fines de lucro formada por padres que busca informar, orientar y contener a otros padres que sospechan o han recibido recientemente el diagnóstico de su hijo. Brindan además videos a través de su canal de YouTube sobre distintas temáticas relacionadas, obtenidos de jornadas y simposios sobre el tema (AsAAr, s.f.).

Fundación Brincar. Provee talleres artísticos, espacios recreativos y talleres de oficios, capacitación y contención a familiares, capacitación para profesionales, charlas de concientización, y una biblioteca virtual de libre acceso (Fundación Brincar, s.f.).

CEUPA (Conciencia, Esperanza y Unión Para el Autismo). Es una agrupación de padres, familiares y amigos de niños con autismo que siguen el método The Son-Rise Program® de Barry Kaufman. Brindan charlas a la comunidad (CEUPA, s.f.).

Liga Asperger 7. Funciona a través de una página de Facebook, brindando espacios de juego, charlas y encuentros de personas con Asperger (Liga Asperger 7, s.f.).

TGD PADRES TEA. Son un grupo de padres de personas con TEA, que buscan ayudar a otros padres y familiares, difundir y concientizar sobre el espectro, informar sobre abordajes terapéuticos y promover la integración escolar y social (TGD PADRES TEA, s.f.).

FLACSO Argentina (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Argentina). Ofrece seminarios, cursos y especializaciones de posgrado (FLACSO Argentina, s.f.).

Fundación Visibiblia. Se ocupan de adecuar textos para la discapacidad (Fundación Visibiblia, s.f.).

Conclusiones

Para trabajar con personas con TEA, el Licenciado en Psicopedagogía debe capacitarse en técnicas específicas, ya sea de diagnóstico o de tratamiento. Es necesario que trabaje dentro de un equipo interdisciplinario, diseñando, en conjunto, un plan de tratamiento integral, que debe prolongarse hasta la vida adulta. La intervención, desde el rol psicopedagógico, es amplia. Se planifica y se lleva a cabo un tratamiento de intervención temprana que abarque las primeras herramientas necesarias para la vida diaria de ese niño: interacción social, atención conjunta, lenguaje, juego e imitación. Desde su detección, se trabaja con métodos cuya efectividad haya sido validada en investigaciones, basados en las teorías conductistas y del desarrollo, combinando, además, la enseñanza explícita de las habilidades alteradas según el desarrollo evolutivo típico y las habilidades que promueven la autonomía. Se planifica y se interviene en la inclusión escolar. Se acompaña con intervenciones que se van ajustando a los diferentes requerimientos de la vida de ese niño que pasa del jardín de infantes a la primaria y, luego, a la secundaria. Se interviene en la creación de un proyecto de vida que apunte al bienestar emocional, proveyendo oportunidades para el desarrollo y mantenimiento de capacidades necesarias para desempeñarse en la vida diaria, que le permitan, llegado el momento, acceder a un estudio superior y/o a un trabajo, promoviendo el autovaloramiento y la autodeterminación, ofreciendo actividades de ocio y oportunidades para ampliar sus intereses y capacidades, y fomentando la formación de un grupo de pertenencia que le garanticen una mejor calidad de vida. Por otro lado, se puede intervenir en la asistencia a padres, brindando cursos o facilitando herramientas para hacerlos partícipes del tratamiento de sus hijos, lo cual ha demostrado no sólo mejorar la condición de las personas con TEA, sino, también, la calidad de vida de toda la familia.

Bibliografía

- AETAPI (2017). Recomendaciones a familias que buscan atención temprana para su hijo con trastorno del espectro autista. En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp.37-59). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Alchouron, C., Corin, M., Di Ciencia, A., Krupitzky, S., Schiapira, I., Oiberman, A., Schlemenson, S., Corso, N., Orazi, V., Manfredi, L., Sapoznicoff, L. (2017). Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) [archivo PDF]. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001082cnt-guia-iodi-dic-2017.pdf>
- Artigas-Pallarés J. (2010). Autismo y vacunas: ¿punto final? [archivo PDF]. *Revista de Neurología*; 50 (Supl 3): S91-9. Recuperado de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2011/11/autismo-vacunas.pdf>
- Artigas-Pallares, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>.
- Asociación Argentina de Padres de Autistas [APAdA]. (s.f.). Recuperado de <http://apadea.org.ar/>
- Asociación Asperger Argentina [AsAAr]. (s.f.). Recuperado de <https://www.facebook.com/groups/asaar/>
- Autism&Uni. (s.f.). *Manuales de Buenas Prácticas*. Recuperado de <http://www.autism-uni.org/bestpractice/best-practice-guides-spanish/>
- Bejarano Martín, A., Magán Maganto, M., de Pablos de la Morena, A., Canal Bedia, R. (2017). Intervención psicoeducativa en alumnos con trastornos del espectro del autismo en educación primaria [archivo PDF]. *Revista Española de Discapacidad*, 5 (2): 87-110. Recuperado de <file:///C:/Users/natal/AppData/Local/Temp/Dialnet-IntervencionPsicoeducativaEnAlumnosConTrastornosDe-6231795.pdf>
- Biasutti de Oliveira, L. D., Dias de Oliveira, R. W., Serrano Enciso, J., y Nakamura-Palacios, E. M. (2016). Aplicación clínica de la escala de autismo en los niños.

- Revista Cubana de Pediatría*, 88(4), 406-416. Recuperado en 23 de junio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000400002&lng=es&tlng=es.
- Bonilla, M. F., Chaskel, R. (2017). Trastorno del espectro autista [archivo PDF]. *CCAP*, Volumen 15. Número 1. Recuperado de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/2.-Trastorno-espectro.pdf>
- Brookes (s.f.). *CSBS DP™ Infant-Toddler Checklist*. Recuperado de <https://brookespublishing.com/product/csbs-dp-itc/>
- Bryson, S., Zwaigenbaum, L., McDermott, C., Rombough, V., Brian, J. (2008). The Autism Observation Scale for Infants: Scale Development and Reliability Data. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38(4):731-8. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-007-0440-y>
- Bryson, S.E. y Zwaigenbaum, L. (2014). Autism Observation Scale for Infants [archivo PDF]. Recuperado de <https://kidsbrainhealth.ca/wp-content/uploads/2018/03/14-ComprehensiveGuidetoAutism-Bryson.pdf>
- Cala Hernández, O., Licourt Otero, D., y Cabrera Rodríguez, N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 157-178. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100019&lng=es&tlng=en.
- Conciencia, Esperanza y Unión Para el Autismo [CEUPA]. (s.f.). Recuperado de <https://es-la.facebook.com/pages/category/Nonprofit-Organization/Ceupa-Conciencia-Esperanza-y-Uni%C3%B3n-para-el-Autismo-160800383932848/>
- Cortez Bellotti de Oliveira, M. y Contreras, M. M. (2007). Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses) [archivo PDF]. *Archivos Argentinos de Pediatría* 2007; 105(5):418-426. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2007/arch07_5/v105n5a08.pdf
- Coto Choto, M. (2007). Autismo Infantil: el estado de la cuestión. [archivo PDF]. *Revista de Ciencias Sociales*; 116: 169-180. Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/11203>
DOI10.15517/racs.v0i116.11203

- Cuesta, J. L. y Orozco, M. L. (2016). Adolescentes y adultos con trastornos del espectro autista: aspectos centrales para la formación y el trabajo. En Valdez, D. (Comp.). (pp.144-166). *Autismos: estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cuesta, J. L., Sánchez, S., Orozco, M. L., Valenti, A. y Cottini, L. (2016). Trastorno del espectro del autismo: intervención educativa y formación a lo largo de la vida. *Psychology, Society, & Education*, 2016. Vol. 8(2), pp. 157-172. Recuperado de <http://repositorio.ual.es/handle/10835/4774>
- D'Agostino, C.I. (2017). Inclusión en el jardín de infantes de niños/as en el espectro autista. En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp.201127-220164). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Domínguez, A., Astray, J., Castilla, J., Godoy, P., Tuells, J. y Barrabeig, I. (2019). Falsas creencias sobre las vacunas. *Atención Primaria*, Vol. 51 (1), 40-46. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.004>
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Argentina [FLACSO Argentina]. (s.f.). Recuperado de <https://www.flacso.org.ar/>
- Fortea Sevilla, M. S., Escandell Bermúdez, M. O. y Castro Sánchez, J. J. (2013). Detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Revista Española de Salud Pública*; 87:191-199. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/resp/2013.v87n2/191-199/es/>
- Fundación Brincar. (s.f.). Recuperado de <https://www.brincar.org.ar>
- Fundación Visibilia. (s.f.). Recuperado de <http://fundacionvisibilia.org/>
- Garrabé, L.J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 3, 257-261. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35124>.
- Hernández Rivero, O., Risquet Águila, D. y León Álvarez, M. (2015). Algunas reflexiones sobre el autismo infantil. *Medicentro Electrónica*, 19(3), 178-181. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300010http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300010&lng=es&tlng=es

- Hervás Zúñiga, A., Balmaña, N. y Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA) [archivo PDF]. *Pediatría Integral*, XXI (2): 92-108. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>
- IODI (2017). Recuperado de <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/249219/1309972/>
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., y Baron-Cohen, S. (2013). Subgrouping the autism “spectrum”: reflections on DSM-5. *PLoS biology*, 11(4), e1001544. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001544>
- Ley 27.043 (2014). Trastornos del Espectro Autista. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27043-240452/texto>
- Liga Asperger 7. (s.f.). Recuperado de <https://www.facebook.com/ligaasperger7/>
- Mansilla González, V., Jiménez Ruiz, M. y Cuesta Gómez, J. L. (2017). Herramientas para el Diseño de un Itinerario de Inserción Laboral para Personas con Trastorno del Espectro Autista. En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp.269-297). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Martínez, M. (2015). *Intervención psicoeducativa para niños con Trastornos del Espectro Autista. Descripción, alcances y límites*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Martínez, M. (2017). La elaboración de objetivos psicoeducativos para niños menores de 36 meses. Nuevas dimensiones en intervención temprana para TEA. En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp. 79-125201-220). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Merino Martínez, M. (2017). Apoyos para la Educación Superior. ¿Cómo puede llegar a realizar estudios superiores un alumno con autismo? En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp.241-267). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de Personas con Trastorno Del Espectro Autista [archivo PDF]. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/consenso-tea.pdf>
- Modified Checklist for Autism in Toddlers (2018). *Welcome to the Official M-CHAT™ Modified Checklist for Autism in Toddlers*. Recuperado de <https://mchatscreen.com/>
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. G., Abad, L. y Téllez de Menese, M. (2010) Modelos de intervención en niños con autismo [archivo PDF]. *Revista de Neurología*; 50 (Supl 3): S77-S84. Recuperado de <https://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/08/modelo-de-intervenci%C3%83%C2%B3n-con-ni%C3%83%C2%B1os-autistas.pdf>
- National Autistic Society. (s.f.). *The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) training*. Recuperado de <https://www.autism.org.uk/services/diagnosis/diagnostic/disco.aspx>
- ONU (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista [PANAACEA]. (s.f.). Recuperado de <https://www.panaaceea.org>
- Rattazzi, A. (2016). El rol de las intervenciones mediadas por padres en los trastornos del espectro autista: el papel central de las familias. En Valdez, D. (Comp.). (pp.130-143). *Autismos: estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Red Espectro Autista [RedEA]. (s.f.). Recuperado de <http://redea.org.ar>
- Reynoso, C., Rangel, M. J. y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos [archivo PDF]. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 55(2):214-22. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>
- Ruggieri, V. (2017). Mitos y Certezas de la Medicina Alternativa o Complementaria. En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp.435-449). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Ruggieri, V. (2017). Tratamiento Farmacológico de los Trastornos del Espectro Autista. En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp.409-434). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (2017). Autismo: un largo camino recorrido. En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp.201-2205-36). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (2017). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ruiz Camarero, C. y Hortigüela Terrel, V. (2017). Propuestas para Favorecer un Ocio Diario para Personas Adultas con TEA, Adaptado a sus Capacidades e Intereses. En Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (pp.381-408). *Autismo: Cómo intervenir, desde la infancia a la vida adulta*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- TEA Ediciones. (s.f.). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 (c)*. Recuperado de <http://web.teaediciones.com/ADOS-2-Escala-de-Observacion-para-el-Diagnostico-del-Autismo---2.aspx>
- TGD PADRES TEA. (s.f.). Recuperado de <http://tgd-padres.com.ar/>
- Valdez, D. (Comp.). (2016). *Autismos: estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Valenzuela, M. L. (2016). ¿Existe relación entre la vacuna triple vírica y el trastorno del espectro del autismo? *Revista de Estudiantes de Psicología*. Vol. 4, pp. 35-39. Recuperado de <https://mantenimiento.upsa.edu.bo/images/Revista-Estudiantes-Psicologia-4.pdf#page=35>
- Vázquez Villagrán, L. L., Moo Rivas, C. D., Meléndez Bautista, E., Magriñá Lizama, J. S. y Méndez Domínguez, N. I. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Neurociencia*;18(5):31-45. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75061>

- Villegas Bermúdez, D. (2017). Protocolo de Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tema: Estrategias de abordaje del paciente con Autismo, procedimientos, diagnósticos y manejo en el Primer Nivel de Atención. Revisión bibliográfica [archivo PDF]. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudio de Posgrados. Programa de Posgrado de Especialidades Médicas. Recuperado de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/5315/1/41739.pdf>.
- Western Psychological Services (WPS) (s.f.). (*ADI™-R*) *Autism Diagnostic Interview–Revised*. Recuperado de <https://www.wpspublish.com/adi-r-autism-diagnostic-interview-revised>
- Western Psychological Services (WPS) (s.f.). (*ADOS™-2*) *Autism Diagnostic Observation Schedule™, Second Edition*. Recuperado de <https://www.wpspublish.com/ados-2-autism-diagnostic-observation-schedule-second-edition>
- Western Psychological Services (WPS) (s.f.). (*CARS™-2*) *Childhood Autism Rating Scale™, Second Edition*. Recuperado de <https://www.wpspublish.com/cars-2-childhood-autism-rating-scale-second-edition>.
- Western Psychological Services (WPS) (s.f.). (*SCQ*) *Social Communication Questionnaire*. Recuperado de <https://www.wpspublish.com/scq-social-communication-questionnaire>
- Williams, J., Scott, F., Stott, C., Allison, C., Bolton, P., Baron-Cohen, S., Brayne, C. (2005). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test) Test accuracy [archivo PDF]. Recuperado de http://docs.autismresearchcentre.com/papers/2004_Williams_etal_CAST.pdf
- World Health Organization (2014). World Health Assembly resolution WHA67.8: Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders [archivo PDF]. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/maternal-child/WHA67.8_resolution_autism.pdf
- World Health Organization (2019). *Autism Spectrum Disorders*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

World Health Organization (2019). *CIE-11*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f437815624>

World Health Organization. (s.f.). *Training parents to transform children's lives*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/maternal-child/PST/en/