



MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología
/ 16-17

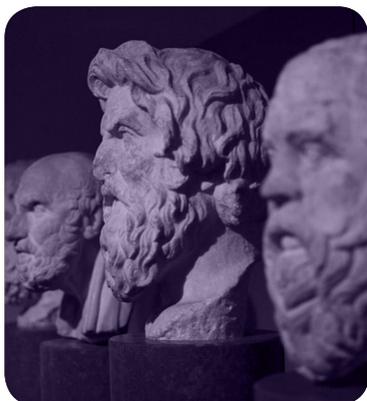
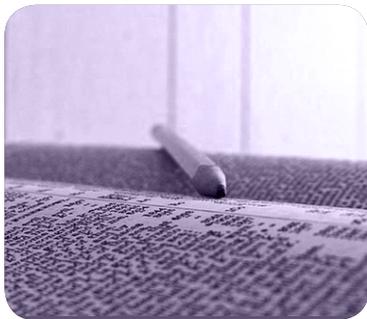
Psicología General
Sanitaria

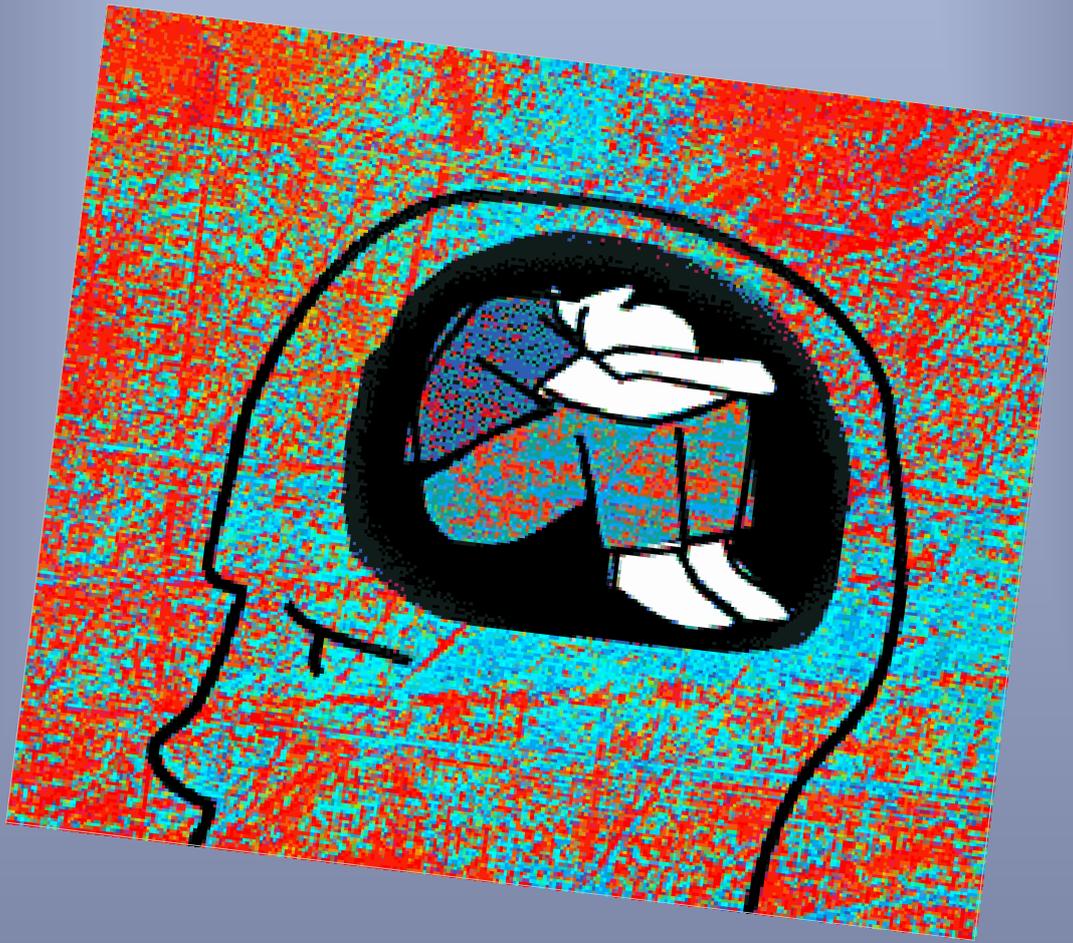


Campus Internacional
excelencia UAM
CSIC+



**Trastorno del
espectro autista.
Caso clínico**
*Jesús Mario Albarrán
Vergel*





TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA CASO CLÍNICO

TRABAJO FINAL. MASTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ALUMNO: JESÚS MARIO ALBARRÁN VERGEL

TUTOR: JOSÉ ANTONIO CARROBLES ISABEL

Resumen

En este trabajo se presenta el caso de una niña de 3 años con trastorno del espectro autista. En primer lugar, aparecen elementos introductorios de este trastorno, tales como modelos explicativos, criterios diagnósticos y tratamientos. A continuación se describe todo el proceso de intervención, la evaluación inicial, cuestionarios utilizados, diagnóstico, diario de sesiones, análisis funcional, objetivos y técnicas empleadas. Seguidamente aparecen los datos de la primera evaluación del desarrollo en las cuatro áreas como son perceptivo-cognitiva, comunicación y lenguaje, social y de autonomía personal y motora, así como los resultados de la segunda evaluación realizada seis meses después de iniciar el tratamiento. Resulta preciso señalar que dicho inventario de desarrollo refleja los logros en las cuatro áreas que siguen el curso normal del desarrollo infantil y que sirven a su vez de guía para la elaboración de los objetivos específicos a trabajar con cada sujeto, con la finalidad de que alcance la madurez evolutiva acorde a su edad cronológica. Para finalizar, se realiza una discusión acerca de los resultados obtenidos, las técnicas utilizadas y los nuevos objetivos de la intervención.

PALABRAS CLAVE: Trastorno del espectro autista, lenguaje, desarrollo infantil, diagnóstico.

Abstract

This paper presents a case of a 3 year old girl with an autistic spectrum disorder. First the introductory elements of this disorder are listed, such as explanatory models, diagnostic criteria and then treatment. Then the process of intervention, initial evaluation, questionnaires used, diagnosis, daily sessions, functional analysis, objectives and techniques used are described. Following that, the data from the first developmental evaluation are listed in the following four areas: perceptive-cognitive, communication and language, social, personal and motor autonomy, and the second evaluation results six months after treatment. It's important to point out that the aforementioned areas of development reflect the achievements in the four areas that make up the child development of the maturing process and serve, in turn, as a guide for the development of specific goals working with each subject, with the purpose of reaching evolutionary maturity according to their chronological age. To finish, a discussion is performed about the obtained results, the techniques that were used and the new targets for intervention.

KEY WORDS: Autism spectrum disorder, language, child development, diagnosis.

ÍNDICE

1) EL TRASTONO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	5
1.1 Introducción	
1.2 Criterios diagnósticos, epidemiología, diagnóstico diferencial y comorbilidad	
1.3 Modelos explicativos	
1.4 Tratamientos	
2) TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE UN CASO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	22
2.1 Contexto	
2.2 Sujeto	
2.3 Evaluación del caso	
2.3.1 Entrevista a la familia	
2.3.2 Observación	
2.3.3 Cuestionarios para el diagnóstico de autismo	
2.3.4 Inventario de desarrollo. Evaluación Pre y Post Intervención.	
2.4 Diagnóstico Principal	
3) PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	28
3.1 Descripción	
3.2 Objetivos del tratamiento	
3.2.1 Generales	
3.2.2 Específicos	

3.3 Técnicas aplicadas

3.4 Diario de sesiones

3.5 Evaluación PRE y POST Intervención

4) RESULTADOS.....50

**5) DISCUSIÓN SOBRE EL CASO ESPECÍFICO Y EL TRATAMIENTO
APLICADO.....50**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....52

ANEXOS.....55

1) EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

1.1 Introducción

El concepto de autismo ha ido evolucionando durante las últimas décadas, desde la definición de Leo Kanner (1943) como un trastorno delimitado y definido hasta el actual concepto de Trastorno del Espectro Autista, derivado de los estudios de Lorna Wing (1982), que entiende el trastorno como un continuo donde poder situar los diversos grados de afectación en sus diferentes dimensiones.

Las manifestaciones conductuales que caracterizan este trastorno incluyen deficiencias cualitativas en la comunicación, la interacción social, la reciprocidad socioemocional, el lenguaje, los comportamientos comunicativos no verbales, así como patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados. Algunas de estas conductas son las siguientes:

Interacción social:

- Aislamiento social
- Conducta social inapropiada
- Evitar la mirada
- Falta de respuesta al ser llamado
- Incapacidad para participar en actividades en grupo
- Falta de conciencia acerca de los demás
- Indiferencia afectiva
- Presencia de afectos inapropiados
- Carencia de una empatía social o emocional.

Comunicación:

- Fracaso en el desarrollo de habilidades expresivas y receptoras para el lenguaje
- Lenguaje inmaduro
- Presencia de ecolalia
- Inversión de pronombres
- Jerga ininteligible
- Anormalidad en relación con las melodías
- Inhabilidad para iniciar o sostener una conversación apropiada
- Deficiencias persistentes de las habilidades conversacionales, como expresar determinados giros y entender las sutilezas del lenguaje (p. ej. bromas y sarcasmos)
- Capacidad alterada para interpretar el lenguaje corporal, la entonación y las expresiones faciales.

Patrones de conducta repetitivos y estereotipados:

- Resistencia al cambio,
- La insistencia en determinadas rutinas,
- El apego a objetos,
- La fascinación por las partes y el movimiento de objetos como las ruedas en movimiento de un coche o un ventilador.
- Los niños pueden jugar con juguetes pero se ocupan de alinearlos o manipularlos, en vez de la utilización simbólica de los mismos.

- Las estereotipias motoras y verbales tales como movimientos de aleteo, mecimiento, carreras en círculo, repetición de ciertas palabras, frases o canciones o tarareos, son también manifestaciones frecuentes del autismo

En ausencia de marcadores biológicos, hay que realizar una evaluación exhaustiva antes de emitir un diagnóstico de trastorno del espectro autista. Hasta la aparición de este concepto, el autismo era ese cajón de sastre donde incluir a todos los sujetos que presentaran varias de las manifestaciones conductuales descritas anteriormente, sin hacer valoraciones cuantitativas ni cualitativas de las mismas, englobándose bajo el paraguas de Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Por todo ello, serán las alteraciones sintomáticas del espectro autista y la ubicación concreta del sujeto en las diferentes dimensiones que lo configuran, las que definirán las estrategias y los objetivos del tratamiento. Es importante señalar que un mismo sujeto puede “moverse” por el espectro autista en diferentes momentos de su vida.

En la actualidad, para realizar un diagnóstico de trastorno del espectro autista se recurre a los criterios diagnósticos recogidos de manera muy explícita en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [DSM-5]; American Psychiatric Association [APA], 2013).

1.2 Criterios Diagnósticos, epidemiología, diagnósticos diferenciales y comorbilidad según el DSM-5 (APA, 2013) para el Trastorno del Espectro Autista

TABLA 1

Criterios diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2013)

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

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

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

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

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej. Estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p.ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día)
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p.ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes)
4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej. Indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, olfateo o palpación excesiva de objetos , fascinación visual por las luces o el movimiento)

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

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

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos

Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento

Con catatonia

TABLA 2

Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista según el DSM-5 (APA, 2013)

Nivel de gravedad	Comunicación Social
Grado 3: Necesita ayuda muy notable	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles, que raramente inicia una interacción y que, cuando lo hace, utiliza estrategias inhabituales para cumplir solamente con lo necesario, y que únicamente responde a las aproximaciones sociales muy directas.
Grado 2: Necesita ayuda	Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacción sociales y respuestas

notable.	reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.
Grado 1: Necesita ayuda	Sin ayuda in situ, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo un apersona que es capaz de hablar con frases completas y que establece la comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente no tienen éxito.

Nivel de gravedad	Comportamientos Restringidos y Repetitivos
Grado 3: Necesita ayuda muy notable	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de la acción.
Grado 2: Necesita ayuda	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el

notable.	observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.
Grado 1: Necesita ayuda	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

TABLA 3

Prevalencia, diagnóstico diferencial y comorbilidad según el DSM-5 (APA, 2013) para el Trastorno de Espectro Autista

<p>Prevalencia</p> <p>En los últimos años, las frecuencias descritas para el trastorno del espectro autista en estados unidos y otros países han llegado a cerca del 1% de la población, con estimaciones parecidas en las muestras infantiles y de adultos. no está claro si las tasas más altas reflejan la expansión de los criterios diagnósticos para incluir los casos subumbrales, un aumento de la conciencia del trastorno, las diferentes metodologías de estudio o un aumento real de la frecuencia del trastorno del espectro autista. El trastorno del espectro autista se diagnostica cuatro veces más frecuentemente en el sexo masculino que en el femenino. En las muestras clínicas, las niñas tienden a tener más probabilidades de presentar discapacidad intelectual acompañante, lo que sugiere que en las niñas, sin deterioro intelectual acompañante o retrasos del lenguaje, el trastorno</p>

podría no reconocerse, quizás por ser más sutil la manifestación de las dificultades sociales y de comunicación.

Diagnóstico Diferencial:

- Síndrome de Rett
- Mutismo Selectivo
- Trastorno del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmático)
- Discapacidad Intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual) sin trastorno del espectro autista
- Trastorno de movimientos estereotipados
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
- Esquizofrenia

Comorbilidad:

El trastorno del espectro autista se asocia frecuentemente a deterioro intelectual y a alteraciones estructurales del lenguaje (es decir, incapacidad para comprender y construir frases gramaticalmente correctas) que se deberían registrar con los correspondientes especificadores en cada caso. Muchos individuos con trastorno del espectro autista tienen síntomas psiquiátricos que no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno (aproximadamente el 70% de los individuos con trastorno del espectro autista puede tener un trastorno mental comórbido, y el 40% puede tener dos o más trastornos mentales comórbidos). Cuando se cumplen los criterios del TDAH y del trastorno del espectro autista, se deberían realizar los dos diagnósticos.

Este mismo principio se aplica a los diagnósticos concurrentes de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y otros trastornos comórbidos. Entre los individuos que tienen deficiencias en el lenguaje o no verbales, signos observables como serían las alteraciones del sueño o la alimentación y el incremento de conductas problemáticas deberían llevar a evaluar si existe ansiedad o depresión. Las dificultades específicas del aprendizaje (lectoescritura y aritmética) son frecuentes, así como el trastorno del desarrollo de la coordinación. Las afecciones médicas comúnmente asociadas al trastorno del espectro autista deberían ser anotadas bajo el especificador “Asociado con una conocida afección médica/genética o ambiental/adquirida”. Tales afecciones médicas son la epilepsia, los problemas del sueño y el estreñimiento. El trastorno de la conducta alimentaria de la ingesta de alimentos es una forma característica de presentación del trastorno del espectro autista bastante recuente. Las preferencias extremas y restringidas de alimentos pueden persistir en el tiempo.

1.3 Modelos Explicativos

A pesar de que no existe una teoría explicativa y validada científicamente acerca de la etiología del TEA, son muchas las investigaciones e hipótesis que se han publicado acerca de las causas de este trastorno. A continuación se recogen las más significativas.

✓ Teoría de la mente y el déficit metarrepresentacional

Se define la teoría de la mente como la capacidad de atribuir estados mentales a uno mismo y a los demás, es decir, la capacidad de elaborar metarrepresentaciones. Las personas con TEA presentan un déficit en esta capacidad, por lo que el mundo social les parece confuso y no sienten la necesidad de interactuar con los demás salvo para

satisfacer las necesidades básicas. El representante de esta teoría es Simon Baron-Cohen (1998). Este planteamiento teórico a pesar de tener bastante apoyo experimental no explica lo que ocurre antes de que aparezcan las habilidades representacionales.

✓ Modelo de orientación social

Autores como Sigman (2000) han sugerido que el TEA podría ser el resultado de un doble proceso evolutivo alterado en el que en primer lugar pueden observarse anomalías neurobiológicas en los mecanismos de autorregulación del arousal, que dificultarían las respuestas adecuadas a los estímulos sociales y ambientales y en segundo lugar existirían alteraciones específicas en las habilidades de representación que, combinadas con las anteriores, provocarían un déficit en la atención conjunta, lo que limitaría la capacidad para desarrollar las habilidades sociales que precisan la comprensión de las señales que informan socialmente del afecto y de las capacidades cognitivas que requieren una experiencia compartida.

✓ Teoría de Hobson

Peter Hobson (1995) sugiere que la ausencia de una teoría de la mente en autismo es el resultado de un déficit más básico, un “déficit emocional primario”, en la relación interpersonal. El reconocimiento de las actitudes de los otros y el desarrollo de la imitación posibilitan el acceso a la mente del otro. Desde esta concepción, el TEA es una consecuencia de las dificultades en el procesamiento de estímulos afectivos.

✓ Teoría de Coherencia Central

Uta Frith (1991), defensora de esta teoría, afirma que las personas con autismo muestran dificultades para elaborar interpretaciones comprensivas de las situaciones, de “dar sentido” a la realidad, de integrar trozos de información dispares en patrones coherentes, mediante inferencias sobre las causas y los efectos de las conductas. Ello indica la existencia de un problema anterior a la metarrepresentación, el de la integración de aspectos de una situación en un conjunto coherente. Su teoría no sólo explicaría la inexistencia de conductas y capacidades, como la atención conjunta y la teoría de la mente, sino que también explicaría las habilidades extraordinarias, las sensaciones fragmentadas, la monotonía y las conductas repetitivas.

✓ Teoría Biológica

Es posible identificar redes cerebrales específicas, tales como la amígdala y regiones relacionadas, que son cruciales para la comunicación social. Cuando estas regiones del cerebro no funcionan de manera adecuada, se pueden observar deficiencias en la atención compartida, la reciprocidad afectiva y la capacidad para una teoría acerca de la mente.

Hay resultados que parecen indicar que el desarrollo cerebral en los niños TEA sufre una interrupción progresiva de crecimiento y poda del árbol dendrítico de la conectividad cerebral del tálamo y circuitos corticotalámicos.

1.4 Tratamientos

Todas las alteraciones se pueden mejorar en función del nivel cognitivo, la edad, el tratamiento que se recibe y la implicación de la familia. Por lo tanto, no podemos considerar iguales a todas las personas con TEA, ni siempre de la misma manera a lo largo de su vida.

➤ Tratamiento Farmacológico

No existe un tratamiento farmacológico específico para el TEA, pero se pueden tratar distintos problemas asociados. El propósito del tratamiento farmacológico en los niños es facilitar la mejoría de la evolución global y evitar la presentación de dificultades añadidas en los aprendizajes y en el deterioro cognitivo. Suele considerarse el tratamiento a corto plazo para controlar problemas como conductas autolesivas o estereotipias, y a largo plazo, para mejorar el insomnio, la hiperactividad o incluso las crisis epilépticas, si las hay.

Existe una amplia gama de fármacos que pueden emplearse, aunque los principales son los neurolépticos, inhibidores de la recaptación de serotonina y los antiepilépticos.

Neurolépticos: para los problemas de conducta en general. Actúan generalmente bloqueando los receptores dopaminérgicos D2 (mesocorticales y mesolímbicos), proporcionan una acción preferentemente antipsicótica sobre el síndrome esquizofrénico, pero cuando se administran a personas no psicóticas el paciente se muestra tranquilo y sosegado.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: el hallazgo neuroquímico más importante en el TEA es una elevación de los niveles de serotonina hasta en un 25% en

las personas con este trastorno. La serotonina se encuentra implicada, además, en numerosos trastornos de conducta, en la ansiedad, la agresión, la depresión, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo.

Antiepilépticos: La relación entre TEA y epilepsia es frecuente sobre todo si existe un déficit intelectual, un problema motor y una ausencia de lenguaje. El reconocimiento de las crisis epilépticas en los autistas puede llegar a ser muy difícil por la variabilidad de su presentación y, sobre todo, porque estos niños realizan habitualmente una serie de movimientos y presentan una serie de conductas indistinguibles de este tipo de crisis.

El control de un niño con trastorno espectro autista debe ser meticuloso y los tratamientos no son para toda la vida, sino que cambian en función de la sintomatología que presenta el paciente en cada momento.

➤ Tratamiento Psicológico

Riviere (2002) sugiere un conjunto de estrategias, previa diferenciación de niveles de gravedad en los trastornos del espectro autista, especialmente útiles para favorecer competencias intersubjetivas y destrezas mentalistas.

En los niveles de mayor afectación prescripciones como hacerse crecientemente presente en el mundo de la persona con TEA, y compartir el placer con ella, programar relaciones cada vez más aceptables y satisfactorias de contacto físico, suscitar relaciones lúdicas mediante juegos circulares de interacción, exagerar claramente los gestos expresivos en situaciones de imitación/contraimitación y reforzar los contactos oculares espontáneos.

En los niveles intermedios incluye prescripciones tales como fomentar estructuras de reciprocidad, desarrollar la capacidad de etiquetar expresiones emocionales, la enseñanza explícita en la predicción de conductas y desarrollar destrezas de ordenación y explicación de historias mentalistas y de comprensión de narraciones.

Para los niveles de menor afectación propone estrategias como predicción de emociones, detección de intenciones reales o simuladas, facilitar el desarrollo de sus propias capacidades y acotar los efectos de la autopercepción de las limitaciones de inferencia mentalista.

Mulas (2005) afirma que:

La utilización de un ambiente estructurado pero al mismo tiempo cálido y afectivo, en el que se respeten los deseos mediante la construcción de mejores competencias comunicativas, es, sin duda, una de las mejores vías para promocionar la educación de estos niños. (p.20)

➤ Tratamiento Psicopedagógico: El Método Teacch

El método TEACCH, abreviación en inglés de Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados, desarrollado por el departamento de Psiquiatría de la escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte, se basa en una educación estructurada, que aprovecha las capacidades visoespaciales, y ofreciendo la ventaja de ser autónomo no solo en la realización de tareas sino en el cambio de una tarea a otra. Los materiales empleados deben permitir abordar todos los ámbitos de trabajo favoreciendo aquellas capacidades que están preservadas. Para eso:

- Se aprovechan principalmente las capacidades espaciales dando únicamente la información relevante para la realización de esa actividad, huyendo de cualquier adorno innecesario.
- El material propuesto para cada actividad debe reducir al mínimo la posibilidad de error, ya que el aprendizaje por “ensayo - error” no funciona con estos niños.
- A través de las estrategias de clasificación y de emparejamiento, se puede enseñar de forma visual cualquier contenido conceptual y/o procedimental.
- El uso de los pictogramas y palabras en los paneles, proporciona la posibilidad de dar instrucciones concretas de forma visual que ayudan a la ejecución de la tarea.

Todos estos aspectos determinan las características que deben cumplir los materiales:

- Que pueda retirarse la ayuda, que se puedan utilizar sin el apoyo inicial con la finalidad de avanzar de forma independiente. Es decir, el material debe tener un carácter flexible y ayudar al alumno no sólo a lograr el objetivo planteado sino también el deseado (por ejemplo: clasificar los colores implica a su turno la posibilidad de aprender el nombre de los colores).
- Manipulativos, que permiten su adaptación según el desarrollo psicomotriz del alumno.
- Que ofrezcan información visual, indicando el propio material lo que se debe hacer con él, en qué orden y cuándo finaliza la tarea, potenciando así el trabajo individual e independiente del alumno.
- Que el apoyo físico común sea el uso de velcro, dando la posibilidad de que el niño manipule el trabajo de forma independiente quedando constancia del resultado del trabajo, dando inmovilidad en ese momento y ofreciendo la oportunidad de poder reutilizar esa misma tarea introduciendo nuevos elementos.

2) TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE UN CASO DE TRATORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

2.1.Contexto

La evaluación e intervención se realiza en el contexto determinado por el centro de trabajo, en este caso un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (C.D.I.A.T.) de una población de la provincia de Toledo.

El libro blanco de atención temprana la define como

El conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar. (Grupo de Atención Temprana, 2000, p.13)

Y establece como objetivo que

Los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. (Grupo de Atención Temprana, 2000, p.17)

2.2. Sujeto

Niña de 2 años y 9 meses derivada por presentar sintomatología de Trastorno del Espectro Autista (TEA).

En el proceso de evaluación y valoración se observan los siguientes síntomas:

- Ausencia de Interacción Social, contacto ocular escaso.
- Lenguaje verbal inexistente.
- Dificultades de comprensión.
- Ausencia de juego simbólico
- Patrones de comportamiento estereotipados tales como balanceo constante, aleteo de manos, y repetitivos como alineación de objetos
- Hipersensibilidad acústica
- Escasa capacidad imitativa
- Retraso Madurativo

2.3 Evaluación del Caso

2.3.1 Entrevista a la Familia:

Durante la entrevista inicial con el padre y la madre, ambos se muestran muy sorprendidos ante la posibilidad de un diagnóstico de TEA. Tras explicarles en qué consiste este trastorno con la mayor delicadeza posible se les informa que se realizará una evaluación más exhaustiva para observar la evolución de la niña antes de emitir un diagnóstico de estas características, ya que modificará por completo la vida de todos los que estén a su alrededor.

La madre demanda que se le diagnostique inmediatamente y que comience el tratamiento para que “se cure rápido”. Ante esta circunstancia se establece una línea de intervención con la familia para facilitar el proceso de aceptación así como para informarles de todos los recursos de que disponen y ofrecer apoyo psicológico.

El deseo de la familia es que su hija sea una niña “normal” y aunque se encuentran en la fase de negación, su predisposición a colaborar es buena.

2.3.2 Observación

Durante las sesiones de evaluación se procede a la observación de las conductas y manifestaciones del trastorno del espectro autista, con la finalidad de comprobar el cumplimiento de los criterios establecidos para emitir dicho diagnóstico.

Se realiza una visita a la guardería para observar la interacción con otros niños y obtener más información por parte de la tutora.

2.3.3 Cuestionarios para el Diagnóstico de Autismo

- Cuestionario del desarrollo comunicativo y social en la infancia (M-CHAT/ES).
(Ver Anexo I)

El Cuestionario del Desarrollo Comunicativo y Social en la Infancia es el método usado internacionalmente para detectar trastornos del espectro autista en niños con edad comprendidas entre 18 y 60 meses. El cuestionario consta de 23 ítems, subdivididos internamente en las categorías de normales o críticos. Se considera que un niño "falla" en el cuestionario si falla en 2 o más ítems críticos o si falla 3 ítems cualesquiera. No todos los casos en los que se fallen suficientes ítems tienen por que cumplir los criterios para un diagnóstico del espectro autista. Sin

embargo, existe dicha posibilidad, y se justifica que se realice una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

RESULTADO: Falla en 16 ítems, de los cuales 4 críticos

- IDEA (Inventario De Espectro Autista). (Ver Anexo II).

Esta escala diseñada por Riviére (1998) refleja un conjunto de doce dimensiones que se alteran sistemáticamente en los cuadros de autismo. Para cada dimensión establece cuatro niveles según el grado de afectación. La puntuación en la escala puede alcanzar hasta 96 puntos, en los casos más extremos o graves. Esta escala permite no sólo evaluar el espectro autista, sino además establecer las estrategias de tratamiento.

DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
RELACIONES SOCIALES	5
CAPACIDADES DE REFERENCIA CONJUNTA(Compartir focos de interés con otras personas)	6
CAPACIDADES INTERSUBJETIVAS Y MENTALISTAS (Teoría de la mente)	5
FUNCIONES COMUNICATIVAS	6
LENGUAJE EXPRESIVO	8
LENGUAJE RECEPTIVO	5

ANTICIPACIÓN	6
FLEXIBILIDAD	8
SENTIDO DE LA ACTIVIDAD	7
FICCIÓN E IMAGINACIÓN	8
IMITACIÓN	6
SUSPENSIÓN (Capacidad de hacer significantes)	6

PUNTUACIÓN TOTAL: 76

2.3.4 Inventario de Desarrollo.

Se utiliza el Programa para la Estimulación del Desarrollo Infantil-PEDI de Zulueta y Mollá (1997). Los ítems y resultados se pueden observar en el punto 3.5 evaluación PRE y POST Intervención.

2.4 Diagnóstico Principal:

Siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013), así como el resultado de los cuestionarios y el inventario de desarrollo, la sujeto presenta Trastorno del Espectro Autista con gravedad de grado 2, en comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos. Con déficit intelectual acompañante leve. No asociado a una afección médica o genética, ni factor ambiental conocido, ni a otro trastorno del neurodesarrollo.

Aunque la discapacidad intelectual es frecuente entre los individuos con TEA, debido a la corta edad de la sujeto, resulta muy aventurado realizar un diagnóstico de Trastorno del Desarrollo Intelectual, aunque sí es recomendable continuar con las evaluaciones en un futuro ya que la comorbilidad entre estos dos trastornos es muy frecuente.

A su vez, la presencia de comunicación verbal anormal, patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas y repetitivas descarta la posibilidad de un trastorno de la comunicación social.

3) PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1 Descripción

El programa de intervención ha sido elaborado a partir del Programa para la estimulación del desarrollo infantil de Zulueta y Mollá (1997). El propio programa de intervención consta de una evaluación inicial para definir el punto de partida de la intervención así como una evaluación una vez finalizada para observar tanto la evolución del niño como la eficacia del programa. Esta evaluación nos ofrece no sólo información relevante para el caso, sino que además los propios ítems de evaluación se convierten en los objetivos específicos que trabajar durante las sesiones de estimulación con la niña.

La primera evaluación se realiza antes de iniciar el tratamiento y la segunda seis meses después de la puesta en marcha del mismo, con la finalidad de evaluar los resultados obtenidos. Ambas evaluaciones determinan a su vez los objetivos que han de establecerse

Los criterios de valoración determinan la ayuda que necesita el sujeto para realizar la conducta evaluada, de tal manera que se establecen tres parámetros clasificatorios:

- **S**: Realiza la conducta sin ayuda
- **A**: Realiza la conducta a veces y/o con ayuda.
- **N**: No realiza la conducta.

Las sesiones tienen una duración de 30 minutos con una frecuencia máxima de dos días por semana y tratamiento. En función de la evolución del usuario se pueden ampliar o reducir dichas sesiones.

Una vez terminada la sesión de tratamiento se dedican unos minutos para hablar con la familia y transmitirles la información acerca de la evolución de la terapia así como de algunos ejercicios que pueden realizar en casa para reforzar el aprendizaje y la evolución del niño/a. En el CDIAT se concede gran importancia a la Familia, ya que es el núcleo donde el niño/a se desarrolla y aprende, por lo que es sin duda un factor muy importante a la hora de desarrollar la intervención, y contar con su apoyo repercute favorablemente en la efectividad del tratamiento. Por ello, además de las sesiones individuales con el niño, también se realizan sesiones con la familia y el niño, y otras exclusivamente con la familia. La finalidad de estas sesiones es capacitar en la medida de lo posible a la familia para que continúe con el tratamiento de su hijo/a en el entorno familiar.

La coordinación con los servicios de pediatría, rehabilitación, neurología, servicios sociales, escuelas infantiles y centros de educación infantil es un aspecto muy relevante, no solo para la prevención y detección temprana de alteraciones o trastornos del desarrollo, sino también para intercambiar información útil para el tratamiento así como establecer las líneas de intervención.

3.2 Objetivos del Tratamiento

3.2.1. Generales

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit global del desarrollo de la niña.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo de la niña.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.

- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados al Autismo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar a la niña como sujeto activo de la intervención.
- Evaluación de los intereses, puntos fuertes, progresos y necesidades.
- Desarrollo de habilidades, incluyendo habilidades cognitivas y académicas, habilidades de comunicación, de ocio y para trabajar conductas.
- Proporcionar un tiempo para el desarrollo de una relación positiva.
- Proporcionar una rutina de aprendizaje, estructurando los espacios, el tiempo, creando materiales individualizados y facilitándole la anticipación de lo que va a suceder.

3.2.2. Específicos

En el apartado 3.5 (Evaluación pre y post intervención) aparecen los resultados de la primera evaluación del desarrollo madurativo en las cuatro áreas, estableciéndose como objetivos específicos para el tratamiento la realización de todas las conductas que no han sido superadas.

3.3 Técnicas Aplicadas

Técnicas Operantes:

- Reforzamiento Positivo: Aplicación de estímulos agradables con valor reforzante para la niña tras la consecución de objetivos.

- Uso de Instigadores, ayudas o consignas hasta que se produzca el dominio de la tarea.
- Extinción: Eliminación de reforzadores previamente establecidos ante un conducta que se desea eliminar.
- Moldeamiento: Desarrollo de una nueva conducta mediante el reforzamiento sucesivo de las aproximaciones más parecidas a la conducta final o meta y la extinción de respuestas que son muy distintas a dicha conducta meta.
- Desvanecimiento: Disminución progresiva de las ayudas que previamente se han establecido.
- Encadenamiento: Aprendizaje de tareas simples que, una vez aprendidas, posibilitarán la realización de tareas más complejas.
- Generalización de las respuestas aprendidas en situaciones naturales y con materiales o juguetes similares.

Procedimiento de Modelado

Aprendizaje de conductas a través de la observación de un modelo, en este caso el estimulador. Esta técnica presupone la capacidad de imitación.

Sistemas Alternativos de Comunicación:

- Pictogramas (Ver Anexo III) Consiste en un sistema de signos y símbolos donde cada tarjeta tiene un dibujo o fotografía con su correspondiente significado escrito que facilita la comunicación de la niña con su entorno. Es de fácil uso, además de ofrecer autonomía al sujeto.

Estructuración espacial del aula

- Diseño del entorno físico para darles información por adelantado: ofrecerles sentido a la actividad que están realizando.
- Uso de la información visual para organizar el entorno, las rutinas y las actividades.
- Presencia de rincones y lugares de trabajo concretos para cada actividad: lugar de la agenda diaria, lugar de trabajo individual en la mesa...

Estructuración espacial del centro

Los diferentes espacios del centro también están adaptados para que se pueda desenvolver de manera más o menos autónoma. Están identificados por su pictograma correspondiente, que identifica su uso y la actividad que se lleva a cabo en el mismo.

- Sala de Espera
- Sala de Estimulación
- Sala de Logopedia
- Sala de Psicomotricidad
- Aseo

Estructuración temporal del aula

A través de las agendas de trabajo, se establecen las rutinas y se estructuran los horarios para la realización de las diferentes tareas. Con este sistema de trabajo se aprenden los conceptos de “primero” “después” y “terminado”, muy importantes para la organización del trabajo.

3.4 Diario de Sesiones

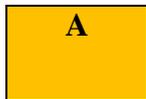
1ª SESIÓN	ENTREVISTA A LA FAMILIA
2ª—5ª SESIÓN	EVALUACIÓN DEL SUJETO.: <ul style="list-style-type: none"> - INVENTARIO DE DESARROLLO - MCHAT - IDEA - OBSERVACIÓN EN LA GUARDERÍA
6ª – 38º SESIONES	INTERVENCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - ESTIMULACIÓN COGNITIVA - INFORMACIÓN A LA FAMILIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO PARA FAVORECER EL PROCESO DE ACEPTACIÓN - SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN (PICTOGRAMAS)
39ª SESIÓN	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO COGNITIVO
40ª---ACTUALIDAD	INTERVENCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - ESTIMULACIÓN COGNITIVA - INTERACCIÓN SOCIAL - OBSERVACIÓN: EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AUTISTA EN LAS SESIONES SEMANALES

3.5 Evaluación PRE y POST Intervención

Nombre y Apellidos: Para garantizar el anonimato del sujeto se omitirán sus datos personales así como cualquier referencia que pudiera desvelar la identidad del mismo.



REALIZA LA CONDUCTA SIN AYUDA



REALIZA LA CONDUCTA A VECES Y/O CON AYUDA



NO REALIZA LA CONDUCTA

1ª Evaluación (PRE)

2ª Evaluación (POST)

Fecha: Mayo 2016

Fecha: Noviembre 2016

Edad (meses): 33

Edad (meses): 39

ÁREA PERCEPTIVO-COGNITIVA

RANGO 18-24 MESES

1^a 2^a

MIEMBROS SUPERIORES		
Pasa las páginas de una en una	S	S
SACAR-METER		
Mete monedas en una hucha	S	S
Ensarta bolas en un cordón blando	S	S
Ensarta bolas en un cordón rígido	S	S
Mete clavijas en un tablero con índice y pulgar	S	S
Mete cualquier pieza en el encaje de figuras geométricas	S	S
ABRIR-CERRAR		
Abre y cierra cajas “a presión”	S	S
ENHEBRAR		
Enhebra en tablas con agujeros que sujeta el adulto	N	S
Enhebra en una tabla de agujeros pequeños	N	S
CUBOS		
Construye un tren	S	S
Construye una torre de seis cubos	A	S
DIBUJAR		
Imita puntos en un folio	N	S

Imita trazos verticales y horizontales	N	S
FORMAS CONCRETAS		
Empareja objetos iguales	S	S
Distribuye tarjetas de formas concretas eligiendo entre cuatro	S	S
Mete cuatro formas concretas en sus huecos correspondientes	S	S
Distribuye tarjetas de formas concretas eligiendo entre seis	A	S
Compone puzzles de dos a seis piezas	N	N
Intenta doblar un papel en dos mitades	N	N
FORMAS ABSTRACTAS		
Empareja círculo, cuadrado y triángulo	S	S
NOCIONES ESPACIALES		
Ordena sus juguetes lo que denota que ha adquirido un orden espacial	S	S
PERMANENCIA DEL OBJETO		
Encuentra un juguete escondido fuera de su campo de visión	S	S
Encuentra un objeto escondido debajo de tres cajas, a través de búsqueda sistemática	A	S
Cuando se le pide un objeto sabe buscarlo en su lugar habitual	S	S
Sabe guardar los juegos en su sitio habitual	S	S
MEMORIA		
Recuerda dónde están o estaban las cosas	S	S
Disfruta al escuchar música y tiene su canción y melodía	N	N

favorita		
Reconoce imágenes familiares en una revista o una fotografía	N	S
USO DE MEDIOS		
Tiende su tazón al adulto para que éste le eche más alimento(gusanitos)	N	S
Utiliza la negación gestual o verbal	N	N
Coge la silla y la traslada hasta el lugar donde se encuentra el objeto que debe alcanzar	N	N
Voltea el contenido de una caja para buscar y encontrar el objeto que desea	S	S
JUEGO		
Comienza a aparecer el juego simbólico, asumiendo el rol de otra persona	N	N
Comprende que los juegos sociales tienen reglas pero no las acepta e intenta cambiarlas	N	N
IMITACION		
Imita palabras de dos sílabas	N	A
Participa en canciones imitando gestos y palabras	N	N
Imita modelos vistos en imágenes	N	N
Repite algún fragmento de una canción	N	N
Realiza imitaciones diferidas	N	N

RANGO 24-36 MESES (2-3 AÑOS)

1^a 2^a

SACAR-METER		
Saca y mete piezas en soportes de dos ángulos	N	S
Saca y mete piezas en soportes de cuatro ángulos	N	A
Hace collares con diferentes piezas	A	S
Prolonga líneas horizontales y verticales con clavijas en un tablero agujereado	N	S
Saca piezas del soporte de espiral, con las dos manos	S	S
Realiza líneas horizontales y verticales con clavijas en un tablero agujereado	N	S
ROSCA		
Abre recipientes de rosca	N	S
Desenrosca tornillos	N	A
PLASTILINA		
Arranca trozos de plastilina con índice y pulgar	N	S
Aplasta trozos de plastilina golpeándola	N	S
Separa y junta trocitos de plastilina	N	S
Hace agujeros con los dedos	N	S
Hace rodar plastilina cambiando su forma	N	S
PAPEL		
Rasga un papel con los dedos	S	S

Rasga trocitos de papel utilizando índice y pulgar	S	S
Rasga trocitos utilizando índice, pulgar y medio de una mano	N	S
Dobla un papel por la mitad	N	N
PUNZÓN		
Pica dentro de un área de 12 cm	N	S
ENHEBRAR		
Une hasta cuatro puntos en línea recta	N	S
CUBOS		
Construye una silla con tres cubos	A	S
Construye una torre de diez cubos	N	S
Construye un puente con tres cubos	N	S
DIBUJAR		
Imita círculo, cruz y “V”	N	S
Copia líneas verticales, horizontales y circulares	N	S
Dibuja líneas verticales, horizontales y circulares, ante consigna verbal	N	S
PEGAR		
Despega gomets y los pega en un área de 12 cm	N	S
Pegar gomets siguiendo una línea recta	N	S
FORMAS CONCRETAS		
Distribuye diez formas concretas en sus huecos correspondientes	S	S

Distribuye tarjetas de formas concretas eligiendo entre nueve	N	A
Hace puzzles de 6 a 12 piezas	N	N
FORMAS ABSTRACTAS		
Empareja formas geométricas básicas	A	S
Distribuye círculo, cuadrado y triángulo en sus lugares correspondientes	A	S
Identifica por su propio nombre círculo, cuadrado y triángulo	N	S
Identifica el lugar donde colocar las piezas geométricas de un encaje de formas	A	S
TAMAÑO		
Empareja objetos grandes y pequeños	N	N
Identifica grande y pequeño entre dos objetos	N	N
Identifica “el más grande” y “el más pequeño” entre seis objetos	N	N
Nombra grande y pequeño	N	N
COLOR		
Distribuye el rojo y el amarillo eligiendo entre los dos	N	S
Identifica el rojo y el amarillo eligiendo entre los dos	N	S
Diferencia tres colores básicos	N	S
Empareja tres colores	N	S
CANTIDAD		
Indica su edad con el dedo	N	N

Identifica “uno” y “muchos”	N	N
Nombra “uno” y “muchos”	N	N
Identifica “dos”	N	N
Nombra “dos”	N	N
CLASIFICACIONES CONCRETAS		
Agrupar objetos similares a partir de un modelo	N	A
ORDENES		
Comprende órdenes simples	S	S
Trae un objeto que le pides de otra habitación	N	S
Sigue órdenes de una acción y dos objetos no relacionados	N	S
Sigue órdenes de dos acciones no relacionadas y un objeto	N	N
Sigue órdenes relacionadas de dos acciones y dos objetos	N	N
Sigue órdenes no relacionadas de dos acciones y dos objetos	N	N
Sigue órdenes de una acción y tres objetos relacionados	N	N
Sigue órdenes de una acción y tres objetos no relacionados	N	N
Sigue órdenes relacionadas de tres acciones y un objeto	N	N
CONOCIMIENTO DEL ESQUEMA CORPORAL		
Señala al menos 4-5 partes elementales del cuerpo en sí mismo y en muñeco	N	S
NOCIONES ESPACIALES		
Pone un objeto dentro, fuera y debajo de una caja	A	S
Diferencia entre abierto-cerrado	N	S

Diferencia entre dentro-fuera	N	S
Diferencia entre delante-detrás	N	N
INTERACCION CON EL MEDIO		
Identifica objetos por su uso funcional	N	N
JUEGO		
Juega con juguetes en miniatura representando acciones propias y ajenas y secuenciando dos y tres acciones de forma lógica	N	N
En su juego simbólico usa objetos sustitutos y representa acciones con objetos imaginarios	N	N
IMITACION		
Imita rutinas sociales	N	N

ÁREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

RANGO 18-24 MESES

1^a 2^a

LENGUAJE COMPRENSIVO		
Identifica una imagen entre seis al nombrársela	N	S
Señala partes del cuerpo en un dibujo	N	S
Sigue órdenes de tres elementos	N	N
LENGUAJE EXPRESIVO		
Emite espontáneamente al menos veinte palabras	N	N
Emite palabras referidas a acciones	N	N
Une dos palabras	N	N
CONDUCTAS INSTRUMENTALES		
Sopla instrumentos con boquilla	N	N
Sopla instrumentos que se deslizan por los labios	N	N
Sopla una vela	N	N

RANGO 24-36 MESES (2-3 AÑOS)

1^a 2^a

ESTRUCTURA DE FRASE		
Utiliza frases de tres elementos cuya estructura sea sujeto-verbo-objeto	N	N
Expresa enunciados negativos utilizando al menos dos palabras	N	N

Expresa enunciados interrogativos utilizando la entonación	N	N
Expresa enunciados interrogativos utilizando las partículas qué, quién y dónde	N	N
ARTÍCULOS		
Utiliza enunciados que incluyan artículos determinados	N	N
ADJETIVOS		
Utiliza enunciados que contienen los adjetivos calificativos grande o pequeño	N	N
Utiliza enunciados que contienen los adjetivos demostrativos este, esta, estos y estas	N	N
Utiliza enunciados que contienen los adjetivos posesivos mi, tu, su y plurales	N	N
Utiliza enunciados que contienen los adjetivos posesivos nuestro/a, vuestro/a, su (de ellos) y plurales	N	N
PROPOSICIONES		
Utiliza enunciados que contienen las preposiciones a, para, de	N	N
PRONOMBRES		
Utiliza enunciados que contienen los pronombres personales yo o tú	N	N
Utiliza enunciados que contienen los pronombres personales él o ella	N	N
Utiliza enunciados que contienen los pronombres personales nosotros/as o vosotros/as	N	N
Utiliza enunciados que contienen los pronombres personales	N	N

ellos o ellas		
Utiliza enunciados que contienen los pronombres posesivos mío, tuyo, suyo con sus variantes de género y número	N	N
Utiliza enunciados que contienen los pronombres posesivos nuestro, vuestro, suyo con sus variantes de género y número	N	N

ÁREA SOCIAL Y DE AUTONOMÍA PERSONAL

RANGO 18-24 MESES

1^a 2^a

ALIMENTACION		
Mastica con movimientos rotatorios	N	A
VESTIDO		
Se quita prendas de ropa complicadas	N	A
Se pone prendas de ropa sencillas	N	A
CONDUCTAS INTERACTIVAS		
Enseña u ofrece aquellos objetos que tiene cerca	N	N
Juega con otros niños interaccionando intermitentemente	N	N

RANGO 24-36 MESES (2-3 AÑOS)**1^a 2^a**

ALIMENTACION		
Bebe en vaso, sosteniéndolo con una mano	S	S
Utiliza la cuchara con presión supina	S	S
Pincha alimentos con el tenedor	S	S
Termina de pelar, desenvolver o destapar alimentos	N	A
VESTIDO		
Desabrocha botones	N	A
Desata y abre distintos cierres	N	A
Se pone la camiseta, sin diferenciar la parte de delante de la de detrás	N	A
Se pone la ropa interior sin diferenciar la parte de delante de la de detrás	N	A
ASEO		
Se lava las manos	S	S
Colabora cuando se le baña	S	S
Se lava la cara	S	S
CONDUCTAS INTERACTIVAS		
Identifica en personas de su entorno emociones como alegría, tristeza o enfado	N	S
Juega a disfrazarse con ropa del adulto	N	N

Saluda empleando adecuadamente “hola” o “adiós”	A	S
Responde a cómo te llamas utilizando nombre y apellidos	N	N
Utiliza “gracias” en los momentos oportunos	N	N
Escoge cuando se le pide	A	S
Juega con un compañero 5-10 minutos	N	N
Presta atención a un cuento durante 5-10 minutos	N	N
Puede ayudar en tareas muy concretas de la casa	N	N
Mantiene una conversación durante unos 5 minutos	N	N
Obedece a la primera indicación el 50 por 100 de las veces	N	N
Se entretiene solo durante 30 minutos	N	N

ÁREA MOTORA

RANGO 18-24 MESES

1^a 2^a

POSICIÓN DE PIE		
Anda deprisa	A	S
Se mantiene de puntillas	S	S
Camina entre dos líneas situadas a 30 cm una de la otra	S	S
Se mantiene sobre un pie, flexionando la rodilla durante un segundo	S	S
Camina en círculo	S	S
Camina de puntillas	S	S

Corre	S	S
Corre cambiando de dirección	S	S
ESCALERAS		
Sube y baja escaleras apoyándose en la barandilla	S	S
Sube y baja un escalón sin ayuda	S	S
PELOTA		
Da una patada a la pelota	S	S

RANGO 24-36 MESES (2-3 AÑOS)

1^a 2^a

MARCHA		
Se pone de rodillas y anda	S	S
Anda deprisa hacia atrás	S	S
Lleva un recipiente sin verter el contenido	S	S
Corre con cambios bruscos de dirección	S	S
Corre, pudiendo frenar de repente	S	S
CAMINOS		
Anda por un camino circular de 20 cm de ancho	S	S
Anda por una superficie de 20 cm de ancho a 30 cm del suelo	N	S
Anda hacia atrás por una superficie de 20 cm a 30 cm del suelo	N	S
Anda por una superficie de 10 cm de ancho	N	S

Hace ejercicios de equilibrio sobre una superficie de 20 cm de ancho a 30 cm del suelo	N	S
SALTO		
Salta en el sitio con ambos pies a la vez	S	S
Salta desde 10 cm de altura	S	S
Salta hacia delante una vez con los pies juntos	S	S
Sube la escalera solo	S	S
Baja la escalera solo	S	S
TRICICLO CON PEDALES		
Sube y baja en el triciclo con ayuda	S	S
Mantiene los pies en los pedales cuando se le empuja	S	S
Pedalea sin ayuda metro y medio	N	S
Pedalea 10 m	A	S
Dirige el manillar haciendo giros más amplios	S	S
Pedalea salvando obstáculos	N	S
PELOTA		
Lanza una pelota grande a 1 m de distancia	S	S
Lanza una pelota pequeña con una mano a 1 m de distancia	S	S
Chuta un balón a 1 m de distancia	S	S
Coge una pelota con los brazos extendidos a 1 m de distancia	S	S
Chuta una pelota pequeña a 1 m de distancia	S	S
Chuta el balón a 3 m de distancia	S	S

4) RESULTADOS

Tras la intervención se observa una evolución en el área perceptivo-cognitiva y de autonomía personal, a pesar de mantener un retraso madurativo aún, se ha reducido considerablemente su diferencia previa a la intervención con respecto a los ítems de adquisición esperados para su edad. El desarrollo en el área motora continúa su curso, aunque prácticamente no se ha avanzado en las áreas de comunicación, lenguaje y social, salvo que comienza a desarrollarse el lenguaje comprensivo. Sin lugar a dudas, el hecho de que no haya desarrollado aún el juego simbólico, ni el lenguaje expresivo, ni realice conductas instrumentales o de interacción forma parte de los resultados esperados, ya que representan aspectos claves en la sintomatología del trastorno del espectro autista.

Resulta evidente el déficit en la comunicación e interacción, pero los resultados de la intervención son esperanzadores ya que ponen de manifiesto la capacidad de la niña para el aprendizaje, dejando patente la necesidad de continuar con el tratamiento.

5) DISCUSIÓN SOBRE EL CASO ESPECÍFICO Y EL TRATAMIENTO

UTILIZADO

La intervención en un trastorno del espectro autista, resulta un reto no sólo para los profesionales sino también para la familia y el entorno de la niña. Afortunadamente nos encontramos en un momento en el que hay muchos estudios, técnicas y estrategias que nos ayudan a trabajar con estos sujetos, a comprender “su mundo”, adaptarnos a él y lograr objetivos.

El diagnóstico precoz permite iniciar un trabajo de forma temprana y por tanto más eficaz, puesto que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho

mayor en etapas precoces del desarrollo, gracias a la posibilidad de aumentar las interconexiones neuronales, en respuesta a ambientes enriquecidos con estímulos debidamente programados. El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad.

Respecto al tratamiento, el uso de pictogramas ha facilitado mucho la comunicación con la niña, dotándole además de más autonomía, estructurando el trabajo y estableciendo las rutinas.

Quizá el aspecto más difícil está siendo la aceptación del diagnóstico por parte principalmente de la madre, aunque he de reseñar que su colaboración está resultando vital para la intervención.

El contexto en el que se realiza el trabajo nos marca la fecha en la que terminará la intervención, ya que al cumplir los seis años deberá abandonar el centro. Por ello, el objetivo principal es que cuando llegue ese momento hayamos dotado a la niña y la familia de las estrategias y conocimientos necesarios para enfrentarse al mundo que les rodea. A partir de ese momento cederemos el testigo a otros profesionales que continuarán con la labor. Entonces será el momento de evaluar los logros conseguidos y establecer nuevas metas, siempre realistas y adaptadas a las necesidades de la niña.

El trastorno del espectro autista no es un trastorno degenerativo, por lo que la capacidad de aprendizaje permanece durante toda la vida. Mediante esta intervención se ha podido comprobar que la sujeto conserva esta capacidad por lo que si continuamos con el tratamiento a lo largo de toda su vida, le dotaremos de los conocimientos y estrategias que puedan paliar sus deficiencias, principalmente para desarrollar, mantener y entender las relaciones sociales, y fomentar su inclusión como persona de pleno derecho en esta sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baron-Cohen, S. (1998). *Autismo, una guía para padres*. Madrid: Alianza.
- Delval, J. (1995). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Fejerman, N. (1994) *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires: Paidós.
- Frith, U. (1991). *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza.
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro blanco de atención temprana*. Madrid: Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía.
- Hobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Johnson-Martin, N.M.; Jens, K.G; Attermeier, S.M. y Hacker, B.J. (1997). *Currículo Carolina*. Madrid. TEA
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, (2), 217-250.
- León, O., y Montero, I. (1997). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación* (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Lovaas, O. I. (1989). *El niño autista: el desarrollo del lenguaje mediante la modificación de la conducta*. Madrid: Debate

- Martos, J. y Riviere, A. (2001). *Autismo. Comprensión y explicación actual*. Madrid: IMSERSO.
- Mulas, F. (2005). *Autismo Infantil*. Barcelona: Viguera Editores S.L.
- Olivares, J. y Mendez, F.X. (1999). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Paluszny, M. (1991). *Autismo: Guía práctica para padres y profesionales*. México: Trillas
- Pérez-López, J. y Brito de la Nuez, A. (2009). *Manual de atención temprana*. Madrid: Pirámide
- Riviere, A. (1998). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Riviere, A. (1988). *Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo*. Madrid: CIDE (MEC)
- Riviere, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.
- Riviere, A. (2002). *El autismo y los trastornos generalizados del desarrollo*. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios, *Desarrollo psicológico y educación 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (pp. 329-360). Madrid: Alianza Editorial.
- Rutter, M. y Schopler, E. (1984). *Autismo*. Madrid: Alhambra.

- Sánchez Asín, A. (1997). *Atención temprana. Programa de 0 a 3 años*. Barcelona: Cedecs Editorial, S.L.
- Secada, Francisco (1988). *Escala observacional del desarrollo*. Madrid: TEA
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta. Un modelo explicativo*. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- Sigman, L. y Capps, L. (2000). *Niños y niñas autistas*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Valdez, D. (2005). *Evaluar e intervenir en autismo*. Madrid: A. Machado Libros.
- Wing, L. (1985). *La educación del niño autista. Guía para los padres y maestros*. Barcelona: Paidós.
- Wing, L. (1982). *Autismo infantil: aspectos médicos y educativos*. Madrid: Santillana.
- Zulueta Ruíz de la Prada, I. y Mollá Bernabeu (1997). *Programa para la estimulación del desarrollo infantil. El niño en su primer año de vida*. Madrid: CEPE
- Zulueta Ruíz de la Prada, I. y Mollá Bernabeu (1997). *Programa para la estimulación del desarrollo infantil. El niño de 1 a 2 años*. Madrid: CEPE
- Zulueta Ruíz de la Prada, I. y Mollá Bernabeu (1997). *Programa para la estimulación del desarrollo infantil. El niño de 2 a 3 años*. Madrid: CEPE
- Zulueta Ruíz de la Prada, I. y Mollá Bernabeu (1997). *Programa para la estimulación del desarrollo infantil. El niño de 3 a 4 años*. Madrid: CEPE

ANEXOS

ANEXO I

Cuestionario del Desarrollo Comunicativo y Social en la Infancia (M-CHAT/ES)

CUESTIONARIO MODIFICADO PARA DETECCIÓN DE RIESGO DE AUTISMO

(Robins et al, 2001)

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

1. ¿Disfruta su hijo siendo montado a caballito y siendo balanceado sobre sus rodillas?.	SI	NO
2. ¿Se interesa su hijo por otros niños? (*)	SI	NO
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?	SI	NO
4. ¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras/ escondite?	SI	NO
5. ¿Simula alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té usando una tetera y una taza de juguete, o simula otras cosas?	SI	NO
6. ¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para PEDIR algo?	SI	NO
7. ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar INTERES por algo? (*)	SI	NO
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (p.ej. coches o bloques), y no sólo llevarselos a la boca, manosearlos o tirarlos?	SI	NO
9. ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para MOSTRARLE algo? (*)	SI	NO
10. ¿Mira a los ojos más de un segundo o dos?	SI	NO
11. ¿Parece hipersensible al ruido?	SI	NO
12. ¿Sonríe como respuesta a su cara o a su sonrisa?	SI	NO

13. ¿Le imita su hijo? (Ej. Si vd hace gestos ¿los imita él?)	SI	NO
14. ¿Responde su hijo a su nombre cuándo lo llaman?	SI	NO
15. Si Vd apunta a un objeto ¿Su hijo lo mira?	SI	NO
16. ¿Camina su hijo?	SI	NO
17. ¿Mira su hijo las cosas que Vd mira?	SI	NO
18. ¿Hace movimientos inusuales o extraños delante de su cara?	SI	NO
19. ¿Intenta atraer su atención cuándo está haciendo algo?	SI	NO
20. ¿Se han preguntado si su hijo es sordo?	SI	NO
21. ¿Comprende su hijo lo que la gente dice?	SI	NO
22. ¿Mira su hijo de manera fija al vacío o anda como si no supiera donde va?	SI	NO
23. ¿Mira su hijo a su cara para comprobar su reacción cuando se enfrenta a algo extraño?	SI	NO

ANEXO II

IDEA (Inventario De Espectro Autista)

A continuación se muestran los diferentes items que conforman el inventario de A. Rivière en cada una de las áreas antes señaladas.

1- Relaciones Sociales

Dimensión:	Puntuación:
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relaciones con iguales o con adulto.	8
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	6
Relaciones infrecuentes, inducidas , externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que como iniciativa propia.	4
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender las sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	2
No hay trastorno cualitativo de la relación.	0

2- Capacidades de referencia conjunta.

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	8
Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta.	6
Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	4
Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no preocupación conjunta.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta.	0

3- Capacidades intersubjetivas y mentalistas.

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (por ejemplo, intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	8
Respuestas intersubjetivas primarias, pero sin ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	6
Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de la T.M. (Teoría de la Mente).	4
Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea TM de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado.	2
No hay trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.	0

4- Funciones comunicativas

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas.	8
Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (por ejemplo, "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	6
Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico), pero no para compartir experiencias o cambiar el mundo mental.	4
Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	2
No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.	0

5- Lenguaje expresivo.

Dimensión:	Puntuación:
Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	8
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	6

Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero que no configuran discurso o conversación.	4
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	2
No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.	0

6- Lenguaje receptivo.

Dimensión:	Puntuación:
"Sordera central." Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	8
Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código.	6
Comprensión literal y poco flexible de los enunciados, con alguna clase de análisis estructural. No se comprende el discurso.	4
Se comprende el discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión.	0

7- Anticipación.

Dimensión:	Puntuación:
Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (por ejemplo, películas de vídeo). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	8
Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	6
Incorporadas estructuras temporales amplias (por ejemplo "curso" versus "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	4
Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los	2

cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación.	0

8- Flexibilidad.

Dimensión:	Puntuación:
Predominan las estereotipias motoras simples.	8
Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios.	6
Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	4
Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionismo.	2
No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad.	0

9- Sentido de la actividad

Dimensión:	Puntuación:
Predominio masivo de las conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	8
Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior.	6
Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes y cuya motivación es externa.	4
Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y se desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	2
No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad.	0

10- Ficción e imaginación.

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	8
Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	6

Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	4
Capacidades complejas de ficción que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles.	2
No hay trastorno cualitativo de las competencias de ficción e imaginación.	0

11- Imitación.

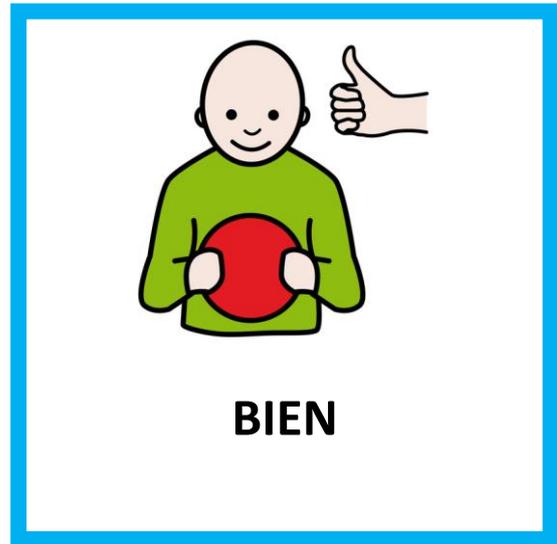
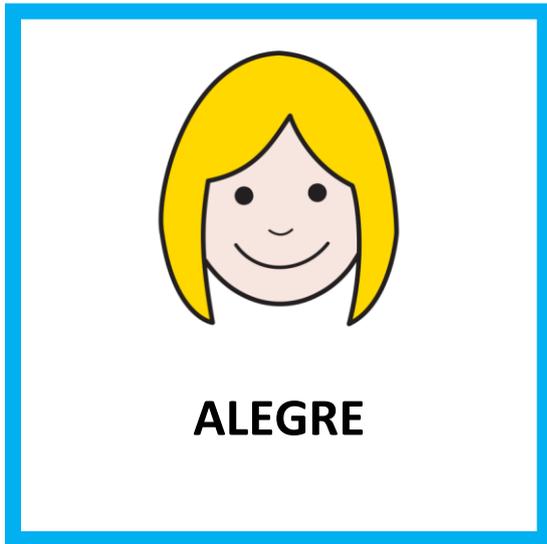
Dimensión:	Puntuación:
Ausencia completa de conductas de imaginación.	8
Imitaciones motoras simples, evocadas, no espontáneas.	6
Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	4
Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	2
No hay trastorno de las capacidades de imitación.	0

12- Suspensión.

Dimensión:	Puntuación:
No se suspenden preacciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	8
No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego funcional.	6
No se suspenden propiedades reales de las cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.	4
No se dejan en suspenso las representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión.	0

ANEXO III
PICTOGRAMAS

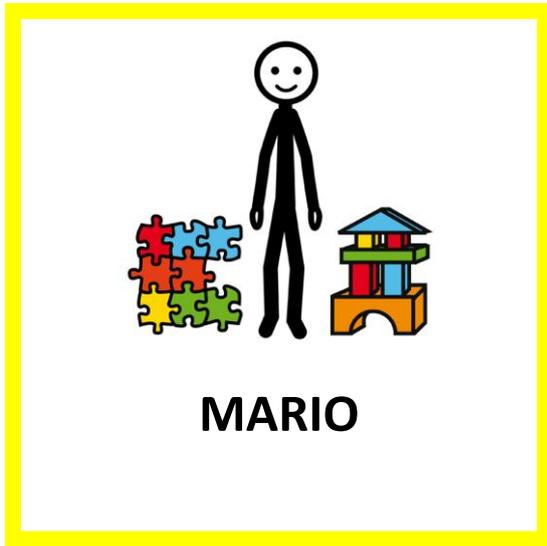
DESCRIPTIVOS



NOMBRES



PERSONAS



VERBOS



EVENTOS

