



Título: EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

Autoras:

Vanessa De Souza. Licenciada en Psicología. Especializada en el tratamiento de niños con TEA. Magister en Atención Temprana. Montevideo (Uruguay).

Dra. Mercedes González. Licenciada en Pedagogía y Logopeda. Doctora por la Universidad de Málaga. Profesora del Grado de Logopedia de la facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.

Introducción:

El conocimiento del Trastorno del Espectro Autista se ha ampliado en su conceptualización y en los criterios diagnósticos a lo largo de los últimos años. Según el DSM-V (American Psychiatric Association – APA, 2014), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno que presenta deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social, y en diversos contextos y patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades. Los estudios e investigaciones clínicas señalan que los primeros signos de alerta pueden ser identificados entre los 6 y los 12 meses, pero suelen ser más identificables entre los 18 y 24 meses (Ozonoff, Iosif, Baguio, Cook, Hill, Hutman, Rogers, Rozga, Sangha, Sigman, Steinfeld, Young, 2010). Sin embargo, la mayoría de los casos diagnosticados se realizan después del periodo preescolar, muy tardíamente.

Los datos actuales del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estiman que 1 de cada 68 niños en diversos estados de EEUU se le ha identificado con algún trastorno del espectro autista (TEA). Este nuevo dato, es aproximadamente un 30% más alto que los referidos en el 2012, que indicaban que 1 de cada 88 niños tenían el trastorno. Estos datos justifican la necesidad de dispositivos de prevención y detección para de estos trastornos.

La atención temprana tiene como objetivo garantizar el desarrollo y el bienestar del niño y su familia. Las intervenciones en Atención Temprana se basan en el desarrollo infantil y su evolución dependiendo del momento de detección y del comienzo de la intervención. Cuanto antes se inicie una intervención, mejor se aprovechará la plasticidad cerebral del sistema nervioso en su etapa de maduración y menor será el daño en el desarrollo del niño.

El objetivo general de este trabajo es demostrar la importancia del conocimiento y de la aplicación de herramientas de evaluación para detección precoz de los Trastornos del espectro Autista (TEA) en la Atención Temprana, y la mejora del pronóstico futuro por medio de la intervención. Para ello, se plantea el estudio de un caso clínico, de un niño de 27 meses con sospecha del Trastorno del

Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.



Espectro Autista, mostrando el proceso de evaluación y la intervención a nivel de Atención Temprana.

Signos de alarma en el trastorno del espectro autista.

Es fundamental determinar los signos de alarma en la detección temprana que puedan alertar sobre un niño con un posible diagnóstico de TEA.

Los estudios dicen que si la sospecha es realizada en los 3 primeros años de edad es posible intervenir adecuadamente y obtener un impacto positivo en las características de adaptación psicosocial y familiar, desarrollo cognitivo y habilidades de comunicación e interacción social. Los estudios recientes indican que la intervención temprana marca la diferencia entre un pronóstico favorable o desfavorable si la intervención empieza antes de los tres años que después de los cinco años. (Wetherby y Woods, 2006; Virués-Ortega, 2010; Dawson, Jones, Merkle, Venema, Lowy, Faja, Kamara, Murias, Greenson, Winter, Smith, Rogers, Webb, 2012).

Antes de los 12 meses	No sonríe, no muestra expresiones de placer.
	No responde por imitación, ni realiza gestos como señalar, mostrar o estirar los brazos.
	Ausencia de sonrisa social.
	Ausencia de imitación espontánea.
	Falta de ansiedad ante los extraños (sobre los 9 meses).
Después de los 12 meses	No responde a su nombre.
	Ausencia de balbuceo
	No señala con la mirada, ni mediante gesto o vocalizaciones
	No dice palabras
Entre los 18 y 24 meses	Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo.
	No elabora frases.
	Pérdida de una habilidad que ya había alcanzado.
	No responde cuando se lo llama. Parece que no escuchara.
	Dificultades para seguir la mirada del adulto.
	No usa juguetes, se entretiene con objetos y establece formas repetitivas de juego.
A partir de los 36 meses	Uso repetitivo del lenguaje.
	Ausencia de juegos esperados para la edad.
	En algunos casos puede ser que antes hablara y ahora no.
	Pobre respuesta a su nombre.
	Preferencia de actividades en solitario.
	Falta de interés y acercamiento a niños de su edad o a extraños
	Escaso reconocimiento o falta frente a la muestra de tristeza o felicidad de otras personas.
	Hipersensibilidad a sonidos, al tacto de algunas texturas.
Apego inusual frente a un juguete, que siempre lleva consigo o interfiere en su cotidianidad.	



Tabla I. Señales de alarma de los Trastornos del Espectro Autista, según la Guía de los Trastornos del espectro Autista publicada en PRONADIS (URUGUAY, 2014)

Herramientas de evaluación para la prevención de los tea.

Además de la observación de los signos de alarma citados anteriormente, existen algunas herramientas de evaluación que ayudan a detectar alteraciones en el desarrollo y aportan conocimiento en prevención de las señales de alarma en los TEA. Algunas herramientas de cribado usadas son: Chat, M-Chat, M-chat R/T.

El Chat (Checklist for Autism in Toddlers) es un cuestionario diseñado en Estados Unidos, en 1992 para determinar señales de alerta de posibles casos de niños con el Trastorno del Espectro Autista (TEA) a los 18 meses.

El cuestionario tiene 2 secciones (A y B) para ser completadas; por padres (sección A) y por pediatras (sección B). La sección A evalúa 9 áreas del desarrollo, con una pregunta para cada área: juego brusco y desordenado, interés social, desarrollo motor, juego social, juego simulado, gesto protoimperativo, gesto protodeclarativo, juego funcional, atención conjunta. La sección B es una observación del profesional para comprobar las respuestas de los padres correspondientes al comportamiento del niño.

El M-Chat (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) es una versión actualizada del Chat diseñada en 2001 con 23 preguntas que se contestan sí o no para ser aplicadas a niños de 18 meses. El protocolo muestra que si el niño puntúa negativo en 2 de los 5 ítems críticos o en 3 de los 25 ítems generales, se considera de riesgo para realizar seguimiento. Las preguntas correspondientes a los ítems críticos muy comunes en niños con TEA son las preguntas 2 (interés por otros niños), 7 (gesto protoimperativo), 9 (gesto protodeclarativo), 13 (imitación), 14 (respuesta al nombre), 15 (atención conjunta).

El M-Chat – R/T (*Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up*) es una versión actualizada del M-Chat diseñado en Estados Unidos en 2009 para identificar señales de alerta para el TEA en niños de 16 a 30 meses. El cuestionario consta de 20 preguntas que se contestan sí o no, y que pueden ser completadas por los padres, cuidadores u otro adulto que conozca bien al niño. Si el puntaje total es 0 a 2 significa bajo riesgo, pero si el niño es menor de 24 meses se recomienda evaluar nuevamente a partir de los 2 años. Si el puntaje es de 3 a 7, se recomienda pasar la segunda etapa (entrevista de seguimiento). Si el puntaje es de 8 a 20, significa alto riesgo y es recomendable omitir la entrevista de seguimiento y derivar inmediatamente a una evaluación diagnóstica.



Estudio de caso clínico:

Datos personales

Niño de 2 años de edad que reside con sus padres en Montevideo, en un entorno sociocultural medio-bajo y que actualmente acude a una guardería.

En relación a los antecedentes clínicos, la gestación y el embarazo se desarrollaron con normalidad. El parto fue a las treinta y siete semanas de gestación por cesárea. Pesó 3565 gramos, longitud 48 centímetros y perímetro cefálico 32 centímetros, sin patología perinatal.

Fue alimentado con lactancia materna y complemento desde el nacimiento, con incorporación de alimentos a los 6 meses según pauta, con buena tolerancia. No ha presentado ningún tipo de enfermedad, solamente resfriados comunes y de manera ocasional.

El desarrollo evolutivo a los cuatro meses fue normal. Según los padres decía palabras como: “mamá”, “papá”, “tete” (para chupete). Jugaba a “está/no está”, miraba a los ojos, aplaudía y a los dieciséis meses se percibe marcha libre.

Alrededor de los 12 meses llama la atención que no responde a su nombre, deja de decir las palabras que decía, no presenta contacto ocular. Empieza el programa de experiencias oportunas en el CAIF (Centro de Atención a la Infancia y a la Familia) a los 14 meses y perciben que el niño no responde a su nombre, la comunicación visual es escasa, no se integra, ni interactúa con sus pares.

Sobre los antecedentes familiares, hay presencia de una abuela paterna que tiene depresión con intentos suicidas. Un hermano paterno que tiene trastorno de déficit de atención e hiperactividad y una hermana paterna que tiene trastorno bipolar con un episodio psicótico.

Motivo de la consulta

La pediatra solicita una intervención a nivel de atención temprana de A.P. por presentar dificultades en lenguaje/comunicación, interacciones sociales recíprocas, conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados.

Material y Métodos

Durante el proceso de evaluación se han realizado tres entrevistas, un cuestionario modificado para la detección de riesgo de autismo (M-CHAT), y dos pruebas estandarizadas: una entrevista revisada para el diagnóstico de autismo (ADI-R), y el inventario de desarrollo Battelle (BDI) en su forma completa. Es importante destacar que el área adaptativa del Batelle sugiere aplicarlo en el contexto natural del niño.

La evaluación es realizada en un tiempo aproximado de 2 meses, en la casa del niño y en un consultorio.

En el primer mes se efectúan observaciones al niño en su contexto natural (su casa), y entrevistas a los padres, con una duración de una hora cada una. En el segundo mes se administran diversos test. En la tabla I, se muestran las pruebas empleadas en la evaluación.



Tabla 2. Pruebas que evalúan el desarrollo del niño.

PRUEBAS	DESCRIPCIÓN
Cuestionario modificado para la detección de riesgo de autismo (M-Chat).	Cuestionario de exploración de los síntomas. Niños de 18 meses.
Entrevista para el diagnóstico de autismo revisada (ADI-R).	Entrevista a padres. Niños a partir de 18 meses.
Inventario de desarrollo Battelle (BDI)	Instrumento que evalúa el desarrollo del niño en distintas áreas.

Otros especialistas

Para descartar que las dificultades tengan una etiología de carácter orgánico y valorar otras áreas del desarrollo, se derivó a determinados especialistas: otorrino, psiquiatra, fonoaudiólogo y psicomotricista. Los resultados son los que a continuación se detallan:

- ✓ Médico Otorrino

Según la exploración de las capacidades auditivas se confirma la ausencia de déficit auditivo.

- ✓ Médico Psiquiatra

Según la exploración citogenética, el estudio cromosómico es normal. La resonancia magnética del cerebro también mostró que las estructuras cerebrales no presentan anomalía.

- ✓ Fonoaudiólogo/Logopeda

En el informe fonoaudiológico se observa un gran compromiso en las bases prelingüísticas necesarias para la adquisición de su sistema lingüístico. Se sugiere tratamiento fonoaudiológico con el fin de estimular los aspectos comunicativos precursores del lenguaje oral.

- ✓ Psicomotricista

En el informe psicomotriz se observa un perfil de desarrollo con presencia de signos de alarma en lo referente a la comunicación, interacción social, con desfase a nivel de desarrollo cognitivo y función simbólica. A nivel de desarrollo motor y conocimiento de su cuerpo, se percibe un tono de acción levemente aumentado con adecuada organización postura-motriz.

RESULTADOS

Tabla 3. Ítems Críticos del M-Chat

ÍTEMS CRÍTICOS	SI	NO
2. Interés por otros niños		X
7. Gesto protoimperativo		X
9. Gesto protodeclarativo		X
13. Imitación		X
14. Respuesta al nombre		X
15. Atención conjunta		X



Tabla 4. Resultados del ADI-R

A. Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca.	B. Alteraciones cualitativas de la comunicación.	C. Patrones de Conducta Restringidos, Repetitivos y Estereotipados.	D. Alteraciones en el desarrollo evidentes a los meses o antes.
TOTAL A: 24	TOTAL B: 12	TOTAL C: 4	TOTAL D: 5
Punto de corte: 10	Punto de corte: 7	Punto de corte: 3	Punto de corte: 1

La puntuación del niño superó el punto de corte para diagnóstico en todas las áreas.

Tabla 5. Resultados del Batelle

Personal/Social	Adaptativa	Motora	Comunicación	Cognitiva
T:-2,33	T:-2,33	T:-2,33	T:-2,33	T:-2,33
Edad equivalente 4 meses	Edad equivalente 14 meses	Edad equivalente 16 meses	Edad equivalente 2 meses	Edad equivalente 8 meses

Puntuación Total Directa: 146. Edad equivalente: 11 meses
Puntuación Típica en Z: -2,33.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el cuestionario M- Chat muestra que A.P., presenta numerosas deficiencias: no se interesa por otros niños, no presenta juego simbólico correspondiente a su edad, no utiliza el dedo índice para señalar ni para indicar interés por algo, no juega adecuadamente con juguetes pequeños, no sonríe como respuesta a la sonrisa del adulto, no presenta gestos de imitación, no responde cuando le llaman por el nombre, parece sordo, no comprende órdenes sencillas.

Las puntuaciones totales en la prueba ADI-R en cada dominio (A, B, C y D) superan el punto de corte diagnóstico establecido. Según los resultados obtenidos en todas las áreas del ADI-R podemos decir que A.P. estaría dentro de la categoría diagnóstica del Trastorno del Espectro Autista mostrando deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos y patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades completando todos los requisitos diagnósticos para este trastorno. La puntuación en la categoría A (alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca) fue bastante elevada demostrando que su déficit en la interacción social interfiere directamente en el desarrollo de su comunicación como queda reflejado en las investigaciones que demuestra la existencia de una relación entre las habilidades de atención conjunta

Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.



y la adquisición del lenguaje. Como su habilidad de atención conjunta tiene fallos debido a sus alteraciones cualitativas de la interacción social, se percibe muy reducidas sus posibilidades comunicativas. Además, la puntuación en esta área dificulta también el abanico de intereses y patrones de conductas de A.P. que se muestran restringidos, repetitivos y estereotipados.

La puntuación global de A.P. en el Batelle (centil: I, puntuación z: - 2,33) queda bastante por debajo del nivel esperado para un niño de su edad. Las puntuaciones por áreas revelan una situación de riesgo en todas las áreas de desarrollo evaluadas por el Battelle.

Con todos los datos obtenidos en el proceso de evaluación se establece que A.P., presenta todos los marcadores para una hipótesis de Trastorno del Espectro Autista. También presenta afectación en las áreas personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva.

Las dificultades se destacan en las habilidades de interacción social recíproca como contacto ocular, atención conjunta y la imitación que serían habilidades muy importantes para el inicio de intercambios sociales y comunicativos en el desarrollo del niño. Al tener estas áreas muy afectadas se ve influenciadas las oportunidades de aprendizaje general de A.P.

PROPUESTA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

La intervención se ha planteado por etapas considerando las prioridades del conjunto de habilidades que se quería trabajar. En un primero momento, priorizamos el establecimiento del vínculo entre terapeuta y el niño que permitiera el trabajo de manera divertida por medio de juegos diádicos como está o no está.

El objetivo general del programa de intervención es desarrollar y potenciar las áreas del desarrollo del niño que están ausentes o que presentan con déficits como: personal/social, adaptativa, motora, comunicación, cognitiva. El programa de intervención, en primer lugar, tendrá como objetivo incidir en las áreas de comunicación y lenguaje, interacciones sociales recíprocas e intereses restringidos y estereotipados.

El método utilizado es intensivo, presencial e individualizado en el que interviene de manera directa el profesional. Las sesiones tendrán una metodología lúdica e interactiva con el terapeuta implicado en todas las actividades y sirviendo de modelo al niño. No obstante, debe ser necesaria la intervención indirecta de los padres y, en algunas ocasiones, la presencia de algún familiar para aprender algunas estrategias de cómo ayudar al niño en su casa. Las sesiones del tratamiento son de una hora diaria dos veces por semana con una duración de doce semanas en un gabinete.

La propuesta también brindará pautas a los padres y al centro educativo para reforzar las habilidades que serán trabajadas.

Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.



ÁREA DE INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA

Objetivo General

- Desarrollar la habilidad de atención conjunta por medio de juegos diádicos con la terapeuta, el interés por la interacción y por los juguetes.

Objetivos Específicos

- Desarrollar el contacto ocular.
- Fomentar el gesto de saludar.
- Estimular la imitación gestual y verbal.

8

Actividades

Actividad 1: Mírame a los ojos. Ayudar al niño a direccionar la mirada en dirección a los ojos de la terapeuta llamándole su atención con movimientos exagerados en juegos diádicos. Aprovechar los objetos que tienen interés llevándolos a la altura de los ojos de la terapeuta para enseñar al niño donde debe mirar.

Actividad 2: Aprendo a saludar. Consiste en ayudar al niño a desarrollar el gesto de saludar dándole el modelo y después agarrándole de la mano (ayuda física) para que haga lo mismo aprovechando los momentos de llegada y salida del gabinete.

Actividad 3: Aprendo a imitar. Desarrollar la capacidad de imitación de los gestos de las canciones que a él le gusta dándole el modelo y después ayudándole con ayuda física a que realice los movimientos. Aprovechar los momentos en que haya vocalización espontánea por parte del niño para que la terapeuta lo imite.

ÁREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

Objetivo General

- Desarrollar la habilidad de comunicación y lenguaje.

Objetivos Específicos

- Desarrollar el uso de peticiones.
- Imitar los sonidos onomatopéyicos.
- Estimular el uso del gesto de señalar para expresar interés.

Actividades

Actividad 1: Hago peticiones. Aprender a hacer peticiones con el uso de imágenes. Ayudar al niño a comunicarse aprendiendo a intercambiar una imagen por el objeto deseado. El niño debe pedir el juguete/comida/objeto deseado agarrando la tarjeta correspondiente y dejándola en la mano de la

Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.

www.congresoaspromin.org

Lugar de edición: Huelva.

Edita: ASPROMIN. 2018





terapeuta que enseguida nombrará y le reforzará dándole el objeto pedido. Esta estrategia es basada en la fase I del método PECS (*Picture Exchange Communication System*).

Actividad 2: Imito los sonidos onomatopéyicos. Con la ayuda de músicas que al niño le guste estimular la imitación de los sonidos de los animales.

Actividad 3: Aprendo a señalar. Con el uso de libros ayudar al niño a señalar los juguetes/objetos/personajes que a él le gusta dándole el modelo y después agarrándole de la mano (ayuda física) para que el niño señale también.

ÁREA DE PATRONES DE COMPORTAMIENTOS, INTERESES RESTRINGIDOS, REPETITIVOS Y ESTEREOTIPADOS

9

Objetivo General

- Desarrollar el interés por juguetes variados aumentando el repertorio de juego dándole el modelo de juego funcional y estimulando el juego simbólico.

Objetivos Específicos

- Estimular el contacto con juguetes variados.
- Desarrollar el interés por mirar cuentos.
- Fomentar el juego simbólico.

Actividades

Actividad 1: A jugar con las burbujas. La terapeuta hace burbujas y estimula al niño que intente soplar ayudándolo.

Actividad 2: A disfrutar de los cuentos. Ayudar al niño a desarrollar el interés por mirar cuentos.

Actividad 3: A jugar con los bloques. Ayudar al niño a jugar con bloques de distintas texturas (madera y goma eva) armando torres y construcciones.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Dawson, Jones, Merkle, Venema, Lowy, Faja, Kamara, Murias, Greenson, Winter, Smith, Rogers, Webb, (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of de American Academy of child and adolescent psychiatry*, 51 (11).
- Ozonoff, Iosif, Baguio, Cook, Hill, Hutman, Rogers, Rozga, Sangha, Sigman, Steinfeld, Young, 2010. (2010). A prospective study of de emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (3), 256-266.

Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.

www.congresoaspromin.org

Lugar de edición: Huelva.

Edita: ASPROMIN. 2018





- Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 387-399.
- Wetherby, A.M., & Woods, J.J. (2006). Early social interaction project for children with autism spectrum disorders beginning in the second year of life a preliminary study, *Topics in Early Childhood Special Education*, 26(2), 67-82.

Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera.

www.congresoaspromin.org

Lugar de edición: Huelva.

Edita: ASPROMIN. 2018

