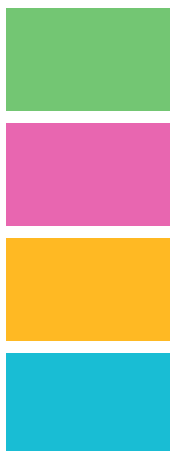




Guía Clínica de Intervención Para el Trastorno del Espectro Autista

Diplomado en Intervención de los Trastornos del
Neurodesarrollo

**CRISTINA RUVALCABA RIVERA
ANGÉLICA LAGUNA NÚÑEZ**



INDICE

03	-----	Introducción
04	-----	Criterios de Diagnostico
05	-----	Comorbilidad
06	-----	Datos Estadísticos
07	-----	Características de evaluación
08	-----	Recomendaciones para la intervención
17	-----	Seguimiento

Introducción

El tema del autismo es un tema muy complejo, porque existen diferentes posturas y teorías que intentan explicarlo, además es un trastorno muy diverso por la variedad de “síntomas” y por los múltiples grados de afectación que presentan, siendo cada uno completamente diferente a los demás en cuanto al nivel de gravedad, por ésta razón se ha establecido el concepto de “espectro autista”.

El autismo es un trastorno crónico y profundo del desarrollo, considerado como una discapacidad ya que sus características llevan a la persona a un aislamiento profundo, por su dificultad para entender y comunicarse, generando en ellos un comportamiento incomprensible para quienes lo rodean, haciendo sentir tanto a los padres como a los maestros, desesperación y frustración al no saber cómo tratarlos para sacarlos adelante.

El autismo es un trastorno que por desgracia va en aumento, al grado de ser ya considerado como un problema de salud pública, por lo tanto la atención de niños con este tipo de condición es cada vez más frecuente en las escuelas, desafortunadamente, la falta de diagnóstico temprano y el desconocimiento de la atención especializada que requieren estos alumnos, evita la adecuada atención y por consiguiente la inclusión a la educación regular, por lo que es de vital importancia estar capacitados para brindar la atención oportuna y adecuada.

En esta guía se hará mención de la nueva postura del DSM-5 referente el término TEA, sus características, comorbilidad, diagnóstico, prevalencia, forma de evaluación y estrategias de atención que ayuden a los educadores, padres de familia y a la sociedad a entender y atender integralmente a los niños que lo presentan.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

El TEA es una condición neurológica considerada como resultante de una alteración del neurodesarrollo y cuyas características principales conciernen la disfunción en el eje de la comunicación e interacción social, así como un patrón de intereses y actividades que se caracteriza por ser restringido y repetitivo.

El autismo es un trastorno muy diverso por la variedad de “síntomas” y por los múltiples grados de afectación que presentan los sujetos; aunque en todas las personas autistas se observan alteraciones en las áreas antes mencionadas, cada uno es completamente diferente a los demás en cuanto al nivel de gravedad, por ésta razón se ha establecido el concepto de “espectro autista”.

Criterios diagnósticos

A. Déficits persistentes en comunicación e interacción social a lo largo de diferentes contextos, que no se explica por retrasos evolutivos de carácter general, y se manifiesta en todos los síntomas siguientes:	SI	NO
1.- Dificultades en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones, pasando por un reducido interés por compartir intereses, emociones y afecto y responder a ellos, hasta una falta total de iniciativa en la interacción social.		
2.-Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que van desde mostrar una marcada dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales, pasando por anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal, y déficits en comprender y usar la comunicación no verbal, hasta una falta total de expresividad emocional o gestual.		
3.-Dificultades para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo (más allá de aquellas desarrolladas con los cuidadores); rango de comportamientos que van desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y hacer amigos hasta una ausencia aparente de interés en la gente		
B. Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas:		
1.-Conductas verbales, motoras o uso de objetos estereotipados o repetitivos (ej., movimientos motores estereotipados, ecolalia, uso repetitivo de objetos, frases idiosincrásicas).		
2.-Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios (ej., rituales motores, insistencia en comer siempre lo mismo o seguir siempre el mismo camino, preguntas repetitivas o malestar extremo ante pequeños cambios)		
3.-Intereses restringidos, intereses obsesivos que son anormales por su intensidad o el tipo de contenido (ej., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).		
4.-Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor/calor/frío, respuesta aversiva a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).		
C. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño).		
D. El conjunto de los síntomas limitan y alteran el funcionamiento diario		
Deben cumplirse los criterios A, B, C y D.		

Instrumento emanado del DSM-5 para el Diagnóstico del Espectro Autista.

DETERMINAR EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Determinar el nivel de funcionamiento que nos darán algunas diferencias en la intervención psicopedagógica. Para establecer estos niveles se debe considerar: Edad de inicio del Espectro Autista. Su capacidad intelectual. Cantidad de rasgos o características de autismo

Nivel 3 o bajo: Requieren soporte muy substancial. Deficiencias y alteraciones graves en la comunicación y en el funcionamiento en todos los ámbitos, respuesta mínima a la apertura social e inflexibilidad del comportamiento. Su integración sería para centros especializados para la discapacidad.

Nivel 2 o Medio: Requieren soporte substancial. Deficiencias notables en la comunicación, respuesta reducida o anormal a la apertura social, dificultad para hacer frente a los cambios en diversos contextos. Integración a la escuela regular con apoyo especializado, directo y continuo.

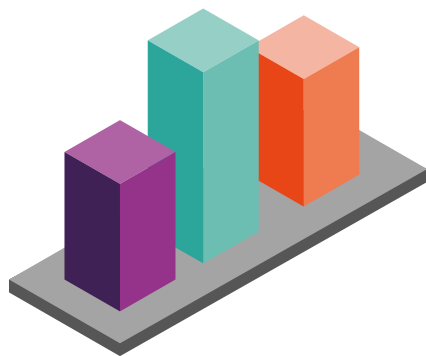
Nivel 1 o Alto: Requieren soporte. Dificultad para iniciar interacciones sociales, respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía. Integración a la educación regular con apoyo escolar especializado y continuo al principio de la intervención hasta llegar el punto de no requerir apoyo académico, sino una vigilancia en la interacción social.

COMORBILIDAD

Se reconoce actualmente que el autismo coexiste con frecuencia con las siguientes patologías:

- Trastorno del desarrollo neurológico TDA/H
- Trastorno de la conducta oposicionista desafiante
- Trastorno del aprendizaje como: Dislexia, discalculia y disgrafia.
- Enfermedades autoinmunes
- Agresión, irritabilidad, agitación psicomotora e insomnio
- Convulsiones: El 30% presentan 1 o 2 convulsiones en su vida, la primera a los 5 años y la otra en la adolescencia, o mostrar crisis focales complejas hasta en el 27% de los casos.
- Trastornos del sueño: Afecta a 40 – 80% de los casos
- Depresión, ansiedad e Hipersensibilidad
- Discapacidad intelectual: Alteraciones intelectuales y del lenguaje
- Problemas gastrointestinales: Alimentación selectiva, Reflujo gastroesofágico,
- Estreñimiento, Diarrea, Dolor abdominal, Alergias e intolerancias alimenticias
- Síndromes genéticos relacionados con los trastornos del espectro autista:

Síndrome	Síndrome + Autismo
Síndrome Prader-Willi	10-15 %
Síndrome de Ángelman	42-50 %
Síndrome de "X" Frágil	33-49 %
Síndrome Cornelia de Lange	6-11 %
Síndrome de Down	5-9 %



DATOS ESTADÍSTICOS

Prevalencia

Por primera vez en la historia, se ha realizado un estudio de prevalencia del autismo en México, la cifra: 1 de cada 115 niños estarían en esa condición. El estudio fue realizado por científicos financiados por la organización Autism Speaks – la conocida asociación estadounidense dedicada a la difusión de información y concienciación sobre este desorden del desarrollo – y se realizó, por el momento, exclusivamente en León, Guanajuato. Los resultados fueron publicados en el Journal of Autism and Development Disorders.

“Esto significa que casi 1% de todos los niños en México, alrededor de 400,000, tiene autismo. Debido a que éste es el primer estudio de prevalencia en México, no se tiene una manera de comparar esto con la prevalencia en años previos, pero para comparación, hace 20 años se pensaba que el autismo afectaba a uno de cada 1,000 o menos niños en Estados Unidos. Así que 400,000 niños es un número muy importante y un problema urgente de salud pública en México”, afirmó Michael Rosanoff, director de Investigación en Salud Pública de Autism Speaks, en una entrevista con el diario El Economista.

En cuanto a México, un dato alarmante que mostró el nuevo estudio es que la mayoría de los niños con alguna condición ubicada dentro del espectro autista fueron detectados en escuelas regulares, sin que nunca hubieran sido siquiera diagnosticados.

CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN

El diagnóstico sigue siendo “clínico” descansa en la historia, entrevistas, observación e interacción con el paciente y pruebas de desarrollo, antecedentes médicos y familiares. Evaluación médica con estudios biomédicos, evaluación de inteligencia, habilidades sociales, comunicativas, lingüísticas y adaptativas.

OBSERVACIONES Juicio clínico basado en las preocupaciones de los padres, pruebas de tamizaje (EDI, M-CHAT)

ENTREVISTAS ESTRUCTURADA

ADI-R (Entrevista para el Diagnostic del Autismo-Revisada)

DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)

INVENTARIOS DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS AUTISTAS

ADOS-2 (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2)

CARS (Childhood Autism Rating Scale)

GARS-3 (Guilliam Autism Rating Scale-3)

- Pruebas psicométricas: De desarrollo (Battelle o Bailey), de Inteligencia (pruebas estandarizadas), de lenguaje y función adaptativa (Sistema de Evaluación de la Conducta)
- Adaptativa II ABAS-III. CSBS Communication and Symbolic Behaviour Scales)
- Analíticas de laboratorio: Estado del metabolismo del hierro, Estado de las hormonas tiroideas, Investigación general de alergias, otras que la historia y exploración hagan necesarias.
- Estudios de neuroimagen: Tomografía Axial computarizada, Resonancia Magnética Cerebral.
- Estudios neurofisiológicos: Electroencefalograma, Potenciales evocados auditivos, Audiometría tonal y audiometría lúdica.
- Screening periódico (12, 18 y 24 meses)
- Protocolo Navarro para la detección temprana

RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

01. Pedagógica

El alcance educativo de cualquier niño, joven o adulto con autismo dependerá de múltiples factores como:

- El nivel de espectro autista que presente.
- Las oportunidades para incorporarse lo antes posible a la educación formal (intervención temprana).
- La buena calidad de los servicios educativos (regulares y especiales).
- El nivel de dedicación que tengan los padres, maestros y personal de apoyo.
- Los apoyos médicos complementarios recibidos por cada persona.

Las estrategias de inclusión deben considerar los siguientes puntos básicos:

1. Requerimientos de la escuela: número bajo de alumnos, escuelas estructuradas con estilos didácticos directivos y formas de organización que hagan “anticipable” la jornada escolar, compromiso y buena disposición por parte de los profesores y profesionales en general, contar con recursos humanos complementarios como maestro de apoyo, psicólogo, logopeda o maestro de comunicación que guíen el trabajo psicopedagógico del maestro regular.

2. La personalización de la enseñanza; es decir, la adecuación, el ajuste de lo que enseñamos y cómo lo enseñamos, a las características personales de los estudiantes. **ESTRATEGIA:** Programación múltiple, con atención a la diversidad, consiste en utilizar múltiples formas de comunicar los conocimientos y presentar las actividades, múltiples formas de evaluar que se ajuste a las múltiples formas de ser del alumno.

3. Intentar realizar adaptaciones lo menos significativas posible. Es conveniente empezar adaptaciones de acceso, en las actividades metodológicas, materiales o procedimientos de evaluación, antes de hacer adaptaciones en los objetivos y en los contenidos, y dentro de estas la eliminación debe ser la última decisión a tomar.

En la siguiente tabla se muestran de manera sintética y global los cuatro elementos esenciales para un Trabajo Educativo Eficaz con Alumnos TEA.

¿QUÉ EVALÚAR Y CON QUÉ HERRAMIENTAS?	¿QUÉ ENSEÑAR A LOS ALUMNOS CON AUTISMO?	¿CÓMO ENSEÑAR?	¿MEDIANTE QUÉ ESTRATEGIAS Y RECURSOS ENSEÑAR?
La Evaluación Psicopedagógica Aplicar una Evaluación Psicopedagógica individualizada, contextualizada, integral y objetiva que aporte información sobre los siguientes aspectos: 1. Contexto escolar, familiar y social. 2. Nivel de Espectro Autista. 3. Habilidades Adaptativas 4. Nivel de Competencia Curricular. 5. Desarrollo Integral de las áreas: intelectual, social, afectiva, psicomotriz y lenguaje/comunicación. 6. Historia escolar y antecedentes de desarrollo. 7. Tratamientos médicos y complementarios recibidos. La información más relevante y útil obtenida por los maestros y equipo de apoyo se concentra en el Informe de Evaluación Psicopedagógica.	Una Propuesta Curricular Organizada por campos de formación y asignaturas que satisfaga las NEE del alumno y alineada con los niveles: 1. Inicial. 2. Preescolar. 3. Primaria. *La selección de los aprendizajes esperados que adecuados para el alumno con TEA debe basarse en: La Evaluación Psicopedagógica, La Evaluación del Espectro Autista, las necesidades planteadas por los padres de familia, las Guías Curriculares para estudiantes con discapacidad y el análisis de Currículos Funcionales específicos para autismo. *Las adecuaciones a las asignaturas y la redacción de los "aprendizajes esperados" deben escribirse en el formato de la Propuesta Curricular Adaptada (PCA o PEE). *Para determinar los aprendizajes esperados adecuados para el alumno se recomienda considerar los siguientes criterios: Autonomía, Funcionalidad, Probabilidad de Adquisición y Sociabilidad.	La educación de los alumnos con autismo implica 9 Principios Metodológicos que deben ser respetados por todos los educadores para lograr los mejores resultados educativos: 1. Aplicar estrategias para generar vínculo socio afectivo inicial. 2. Avanzar de un ambiente escolar superestructurado a uno normalizado. 3. Aplicar estrategias de anticipación y previsión de cambios. 4. Educación basada en aprendizaje sin error. 5. Generar experiencias de aprendizaje en ambientes naturales. 6. Avanzar de una Educación individualizada a la colectiva. 7. Pasar de la sobre dirección pedagógica a la autonomía. 8. Progresar de la adaptación del ambiente al alumno a la adaptación del alumno al ambiente. 9. Tratamiento médico responsable.	Las estrategias educativas que se emplean actualmente para atender a estos alumnos puede organizarse en 8 grandes ejes prácticos compuestos por técnicas, estrategias y materiales específicos para conseguir los propósitos educativos que se hayan planteado para cada caso: 1. Estrategias de protección sensorial. 2. Nuevas Tecnologías Electrónicas. 3. Estrategias de Comunicación eficaz. 4. Estructuración Espacial. 5. Estructuración Temporal. 6. Interacción Social Eficaz. 7. Procedimientos ABA (Análisis Conductual Aplicado) 8. Procedimientos Lúdicos para el desarrollo Integral.

02. Psicológica

La alteración del desarrollo socioemocional está ligado a tres factores afectados en los niños con autismo “la intersubjetividad” (capacidad de ir entendiendo y comprendiendo el comportamiento humano), “la teoría de la mente” (capacidad para predecir, explicar, atribuir intenciones y deseos a la conducta de los otros) y “las habilidades metarepresentacionales” (Implica no sólo la capacidad de atribuir estados mentales, sino también la posibilidad de desdoblarse cognitivamente de las representaciones primarias perceptivas).

Sin la comprensión de lo anterior se enfrenta a un mundo caótico situándolo en desventaja total para la adquisición del lenguaje y del comportamiento social, dando como resultado un gran déficit en la percepción, reconocimiento y expresión de las emociones, habilidades consideradas como primordiales para el desarrollo socioemocional.

Al haber imposibilidad en el niño para comunicarse y expresar sus sentimientos, puede manifestar alteraciones psicológico-emocionales tales como presencia de conductas desafiantes, destructivas y/o autoagresivas, por lo que el proceso de enseñanza en esta área deberá de proveer contención, amistad y afecto, así como el desarrollo de habilidades adaptativas que faciliten y favorezcan la relación con el medio ambiente y el despliegue de sus potencialidades. Una PCA bien diseñada para alumnos con TEA implica necesariamente la enseñanza explícita de habilidades sociales y emocionales.

Las habilidades que se pueden trabajar sistemáticamente en casa y en el colegio son:

- Autoconciencia: Identificación de los pensamientos, los sentimientos y las fortalezas de cada uno, y notar cómo influyen en las decisiones.
- Autoconciencia social: Identificar y comprender los pensamientos y los sentimientos de los demás desarrollando la empatía, y ser capaz de adoptar el punto de vista de las demás personas.
- Autogestión: Dominar las emociones para que faciliten su utilización, establecer objetivos a corto y largo plazo, y hacer frente a los inconvenientes.
- Toma de decisiones responsable: Generar, ejecutar y evaluar soluciones positivas a los problemas y considerar las consecuencias para uno mismo y para los demás.
- Habilidades interpersonales: Resolver conflictos para mantener unas relaciones sanas y gratificantes..

03. Alteraciones senso-perceptuales

La gran mayoría de las personas con autismo presentan alteraciones senso-perceptuales que afectan a uno o más de sus sentidos, se han localizado anomalías en prácticamente todas las categorías sensoriales: exterocepción, propiocepción e interocepción. Estas anomalías pueden ser de tres tipos y presentarse en una misma persona: hipersensibilidad, hiposensibilidad y fascinación sensorial o autoestimulación.

Estrategias de Protección y Adecuación Sensorial (Perceptual):

- Supresión y mitigación de estímulos sensoriales aversivos
- Aplicación de accesorios de protección sensorial
- Procedimientos de tolerancia sensorial o desensibilización sistemática



04. Conductual.

Uso del Análisis Conductual Aplicado (ABA), que está compuesto de técnicas de “modificación de conducta”, el cual consiste en sistematizar la aplicación de consecuencias a las conductas realizadas por los sujetos; bajo la premisa que las conductas se adquieren, mantienen o reducen en función de las consecuencias.

Primeramente hay que realizar un análisis funcional de la conducta tomando en cuenta: el Estímulo antecedente: todo estímulo del medio que preceda a la conducta y que tenga alguna influencia sobre ella, la Conducta: todo tipo de acciones de un organismo sobre el medio exceptuando algunos reflejos y el Estímulo consecuente: cualquier estímulo del medio que siga a la conducta y que influya sobre su probabilidad de ocurrencia en lo futuro.

Seguir los siguientes principios:

- Determinar el reforzador
- Refuerzo inmediato
- Refuerzo intermitente
- Acompañar los reforzadores comestibles con sociales
- Cantidades pequeñas de reforzador
-

Los procedimientos más útiles para conseguir conductas adecuadas en personas con autismo son el reforzamiento positivo y el moldeamiento (aprendizaje por aproximaciones sucesivas)

El modelo conductual propone una serie ordenada de criterios que implican uno en el otro, de tal manera que si no se ha logrado el primer conjunto de conductas no se puede pasar al segundo, y si no se ha logrado el segundo conjunto no se puede pasar al tercero:

- 1.Repertorios básicos (atención, imitación, seguimiento de instrucciones).
- 2.Conductas indeseables (aquellas que impidan o dificulten la aplicación de los medio o que disminuyan la probabilidad de que el sujeto reciba estimulación reforzante.
- 3.Conductas complejas (las acciones más sofisticadas que cada cultura enseña a sus miembros para incrementar sus niveles de bienestar y autonomía).

05. Participación de la familia.

La familia pasa a ser el principal y más permanente apoyo para el individuo, de su actuación van a depender muchas de las expectativas, posibilidades y bienestar de la persona.

Sin duda alguna ellos deben constituir:

- Apoyar, como elementos principales.
- Cuanto más real sea un contexto en el que se aprenda una determinada habilidad, más probabilidad existe para que esa habilidad sea traducida a acciones concretas en la vida diaria.
- Las intervenciones con mejor resultado son aquellas que se dirigen a aspectos de la vida diaria y que se realizan con la mayor frecuencia.

FOMENTAR EN LOS PADRES UN SENTIDO DE COMPETENCIA POR MEDIO DE:

- Orientación en la búsqueda de información y en las medidas generales de precaución que deben tomarse para evitar acciones no apropiadas e incluso dañinas.
- Ayudarles a implementar entornos estructurados (flexibles a la vez) en casa y en otros ambientes en los que su hijo se desenvuelva.
- Capacitarlos para que poco a poco las intervenciones generales se realicen en casa y puedan completar controles que sirvan para la monitorización.
- Instruirles para registrar información de su hijo, ordenarla y valorar progresos en conjunto con los terapeutas, bajo un enfoque colaborativo multidisciplinario.



06. Características del lenguaje en personas con TEA

Las personas con TEA muestran deficiencias en las tres esferas del lenguaje: contenido, forma y uso, sin embargo, al igual que en todos los dominios, la variabilidad es amplia y puede ir desde una falta total de desarrollo del lenguaje verbal hasta un manejo avanzado de vocabulario. Parte de la variabilidad en la habilidad lingüística se ha asociado al tipo de autismo; los que presentan autismo clásico son los que tienden a estar en el rango inferior de habilidades del lenguaje y las personas con Asperger son quienes suelen presentar mejores capacidades lingüísticas (sin llegar a la normalidad en todas las esferas, en especial la pragmática).

Los niños con TEA presentan fallas tanto en el lenguaje expresivo como comprensivo y pueden observarse desde fases tempranas del desarrollo, incluso antes de los dos años de edad. Uno de los primeros hallazgos suele ser la falta de atención conjunta, así como una frecuencia reducida de actos con intención comunicativa y gestos simbólicos, de balbuceo y un nivel menor de comprensión del lenguaje; también son comunes el retraso en la adquisición de vocabulario y de las reglas conversacionales.

El uso o esfera pragmática del lenguaje es la que permanece con más deficiencias durante el curso evolutivo de las personas con TEA, incluso en aquellas que presentan un CI normal o un vocabulario adecuado; este dominio mantiene una fuerte asociación con las habilidades sociales en el autismo.

Las personas con TEA utilizan el lenguaje de manera limitada, más comúnmente para regular su ambiente (demandar o pedir) que con una intención de informar, comentar o describir; también demuestran fallas para seguir las reglas de cortesía, esperar su turno y suelen hacer comentarios irrelevantes o perseverantes. Otra característica es que muestran un patrón de habla atípica, caracterizada por una prosodia anormal, monótona, con una cualidad del sonido mecánica o nasal.

07. Neuropsicológica

La intervención neuropsicológica es un proceso terapéutico que se encarga de rehabilitar las funciones cognitivas deficitarias o mal desarrolladas en el niño y el adolescente. Por tanto, en ella se trabajarán áreas como atención, concentración, memoria, aprendizaje, función ejecutiva y área lingüística, sin olvidar aspectos emocionales como la motivación, impulsividad, autoestima, etc. Tiene como objetivo promover el desarrollo de los procesos psicológicos alterados o que aún no se han formado empleando un conjunto de métodos sistemáticamente organizados a partir de principios neuropsicológicos.

El diseño del programa de intervención parte de los resultados de la evaluación neuropsicológica cuyos resultados deben estar estructurados de la siguiente manera:

- Establecer el cuadro clínico.
- El conjunto de síntomas.
- La dificultad mayor.
- El factor alterado.
- Las alteraciones primarias y secundarias.
- Las repercusiones en el nivel emocional y en la interacción social y familiar.
- Las repercusiones sobre la personalidad en formación.
-

El cuadro clínico neuropsicológico de la atención debe cubrir los siguientes pasos:

1. Diagnóstico
2. Planteamiento teórico
3. Líneas del desarrollo del programa
4. Diseño de actividades

Al diseñar el programa de rehabilitación hay que tener en cuenta los siguientes principios:

Neuropsicológicos:

Aprovechamiento de los analizadores conservados.

Creación de nuevos sistemas funcionales

Apoyo en los diferentes niveles de organización de la función

Apoyo en todos los procesos psicológicos conservados

Psicopedagógicos:

Proceder de lo simple a lo complejo.

Aprendizaje sin error

Establecer prioridades

Graduar la complejidad del material (zona de desarrollo próximo)

Diseño de un programa individualizado, ecológico y pragmático

Psicológicos:

Considerar cambios emocionales y de comportamiento

Motivación y colaboración para el tratamiento.

09. Médica



Hasta hoy ningún medicamento ha demostrado tener potencial para “curar” el autismo. Su uso es estrictamente sintomático, esto quiere decir que no tienen el propósito de revertir el trastorno si no sólo de modular ciertas manifestaciones conductuales que podrían estar interfiriendo significativamente en el funcionamiento cotidiano de los niños, por lo que, el personal de Educación debe estar consciente de que no todos los chicos con autismo necesitan fármacos para mejorar su sintomatología, y que lo mejor que pueden hacer por sus alumnos es adoptar una actitud sumamente analítica que los lleve a descubrir las posibles variables ambientales que están provocando la aparición de conductas inadecuadas, para luego intentar resolverlas con estrategias psico-educativas en lugar de recurrir de inmediato a los medicamentos.

Para determinar si la conducta agresiva necesita apoyo farmacológico primeramente debemos detenernos y analizar qué la causa (análisis funcional de la conducta), qué es lo que debemos cambiar ya sea en el ambiente, en los precipitantes, en las condiciones propias del niño como dificultades en la comunicación funcional, dificultades en el manejo de los estímulos, ambiente no estructurado, patrones de reforzamiento mal adaptativos, condiciones psiquiátricas y condiciones de salud en general. ¿Qué condiciones o comorbilidades sí podemos tratar con fármacos?

- Trastornos del sueño
- Movimientos estereotipados muy restrictivos
- Conducta agresiva
- Hiperactividad e Inatención.
- Epilepsia
- Ansiedad y depresión.

Las metas del tratamiento son maximizar la función, disminuir los signos disfuncionales, brindar apoyo al desarrollo, brindar apoyo al aprendizaje, asesorar a la familia, asesorar al centro escolar, brindar apoyos farmacológicos necesarios, mantener el mejor estado de salud posible y planificar el futuro dentro de lo posible.

SEGUIMIENTO



Escalas de Indicadores Tempranos

Correlación entre las pautas normales del desarrollo y las disarmonías en el de un niño autista. Martha Susana Lara (2012)		
PIAGET	VYGOTSKY	AUTISMO
Etapas	Actividades conductoras	Dificultades
Etapas sensoriomotora (0 a 2 años) Principales logros: 1) La conducta orientada a metas. 2) La permanencia de los objetos. Consideradas para Piaget estructuras básicas del pensamiento simbólico y de la inteligencia humana.	Lactantes (primer año) Principales logros: Comunicación emocional, Apego, manipulación de objetos, acciones Sensomotoras simples.	Recién nacido No ve a su madre cuando lo amamanta, no comprende el comportamiento humano, no presenta el apego, es pasivo, no tiene interés por las personas, y su interés por los objetos es limitado y estereotipado, no posee la intersubjetividad y no reconoce las emociones.
Preoperacional (2 años a 7) Principales logros: El niño puede emplear símbolos como medio para reflexionar sobre el ambiente. (Galleta, leche, etc.) Empezará a utilizar el pensamiento Preoperacional la imitación diferida y el juego simbólico. Piaget consideraba esta edad como "edad de oro" del juego simbólico a los años preescolares.	Edad temprana (1 año a 3) Principales logros Manipulación de objetos, Pensamiento psicomotor y aparición del concepto de sí mismo.	18 meses No presenta la atención conjunta, alteración en los gestos de señalar, el interés social está alterado. 2 años Se encierra más en sí mismo, en ritos y conductas estereotipadas. El habla no aparece o se vuelve ecológica. Alteraciones en el juego, no presenta juego de ficción. Alteraciones en la imitación y en copiar movimientos.
Etapas de las operaciones concretas (7 a 11 años) Los niños comienzan a utilizar operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre los hechos y los objetos de su ambiente.	Niños de preescolar (3 y 5 años) Juego Imaginación, función simbólica e integración de las emociones y el pensamiento	3 a 6 años Continúan con alteraciones en la imitación así ajenos a los estímulos exteriores, presentan conductas autoestimulante, autolesivas o estereotipadas, no entienden las reglas
Etapas de las Operaciones Formales (11 a 12 años en adelante) La capacidad de pensar en forma abstracta y reflexiva.	Niños de primaria en adelante Actividad de aprendizaje, inicio de razonamiento teórico, motivación intrínseca para aprender. Aparición de funciones mentales superiores. Las funciones mentales superiores, exclusivas de los seres humanos, son procesos cognitivos adquiridos en el aprendizaje y en la enseñanza.	6 a 11 años Presentan problemas de aprendizaje, no porque no puedan aprender, sino porque no se sabe cómo enseñarles. Dificultades en la capacidad pragmática del lenguaje. Incapaces de ver la "globalidad". Intereses limitados. Adolescencia en adelante Presenta niveles intelectuales bajos, empobrecidos los procesos de socialización, las conductas de comunicación y las capacidades de imaginación.

CUESTIONARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE REFORZADORES

Un reforzador positivo es un acontecimiento o estímulo que, presentado inmediatamente después de una conducta, provoca que la frecuencia o posibilidad de que ocurra la conducta, aumenten. Es sinónimo de premio o recompensa. Dado que cada persona es única y diferente, los reforzadores deben ser acordes a las necesidades e intereses de la persona en particular.

A continuación se presenta un cuestionario, que permite la identificación o reconocimiento de reforzadores, de acuerdo a las siguientes categorías: consumo, actividad, manipulativo, de posesión o social. Una vez que lo resuelvan, podrán identificar aquellos que sean útiles en su programa de manejo de conducta.

Reforzadores de consumo: ¿Qué es lo que más le gusta comer? ○ Alimentos corrientes ○ Comida sana: frutos secos, nueces, cereales, etc. ○ Comida no tan sana: palomitas, patatas fritas, etc. ○ Golosinas: gomas, helados, galletas, chocolates, etc. ○ Otros:	Reforzadores de actividad: ¿Qué es lo que más le hacer? ○ Pasatiempos ○ Manualidades ○ Reformas y decoración ○ Preparar comida o bebida ○ Tareas domesticas ○ Televisión o juegos de video ○ Otros:
¿Qué es lo que más le gusta beber? ○ Leche ○ Refresco ○ Jugo ○ Otros:	Actividades al aire libre ○ Deporte ○ Actividades artísticas (música, baile, pintura, etc.) ○ Actividades gratuitas cerca de casa (ver escaparates, pasear, ir a comer, montar en bici, columpiarse, etc.) ○ Actividades gratuitas lejos de casa (hacer senderismo, caminar en la nieve, nadar, acampar, ir a la playa, etc.) ○ Actividades de pago (cine, teatro, encuentros deportivos, discotecas, bares, etc.) ○ Actividades pasivas (ver televisión, escuchar la radio, cintas o discos, charlar, bañarse, sentarse, etc.) ○ Otros:
Reforzadores de manipulación: ¿Qué tipo de juegos o juguetes le interesan? ○ Coches y camiones de juguete ○ Muñecas ○ Juguetes de cuerda ○ Globos ○ Silbato ○ Saltar a la cuerda ○ Libros para colorear ○ Juegos de video ○ Otro:	Reforzadores de posesión: ¿Qué tipo de cosas le gusta tener? ○ Cepillo ○ Esmaltes de uñas, cortaúñas, limas, etc. ○ Ligas, broches o moños para el cabello ○ Peine ○ Perfume ○ Cinturón ○ Guantes ○ Pinturas para la cara ○ Tazas, estampas o juguetes coleccionables ○ Otros:
Reforzadores sociales: ¿Qué tipo de estimulación física o verbal le gusta recibir? (Especifique de quién)	
Estimulación verbal ○ ¡Buen chico/a! ○ ¡Bien hecho! ○ ¡Buen trabajo! ○ ¡Sigue así! ○ ¡Qué bonito/a! ○ Otro:	Contacto físico ○ Un abrazo ○ Un beso ○ Cosquillas ○ Chocar los cinco ○ Lucha libre ○ Balancearse sobre las rodillas de otro ○ Dormir con alguien ○ Otro:
Reforzadores más relevantes para el niño (a), de acuerdo al análisis anterior:	

Privación de reforzador: El término privación describe el período durante el cual el individuo no experimentó o recibió el reforzador. La mayoría de reforzadores no serán efectivos, a menos que la persona haya sido privada de ellos durante un tiempo antes de otorgarlos. Cuanto mayor sea el tiempo de privación, más efectivos serán los reforzadores.

Actividad en casa: de acuerdo al análisis realizado, privar de los principales reforzadores identificados por un período de 7 a 10 días.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN EN LA ESCUELA

Nombre del niño: _____
Firma del responsable de la observación: _____

Indicaciones de registro: pintar del color que corresponda a cada indicador. En comentarios, agregar observaciones que consideren relevantes de cada semana y se considera opcional. El registro se enviará semanalmente, a través de los padres de familia.

Semana:

Indicador:	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Me integré en las actividades de grupo					
Participé en actividades en equipo					
Trabajé en actividades individuales					
Me mantuve sentado por el tiempo esperado o indicado					
Seguí instrucciones					
Ayudé a recoger el material					
Mi conducta fue:					
Comentarios:					
Escala:	No lo logré		Lo logré con ayuda		Lo logré solo
Generales:					
Conducta:	Inadecuada: situación de riesgo o agresión		Regular: No seguir instrucciones, levantarse, distracción		Adecuada: Mantenerse en las actividades, terminar, integrarse con el grupo o equipo.

REGISTRO DE CONDUCTA

FECHA: _____ ASIGNATURA: _____

ANTECEDENTE	CONDUCTA	CONSEQUENTE Y ACTUACIÓN
¿Qué estaba haciendo?	¿Cómo responde a lo que se le pide?	¿Cómo se actúa ante la conducta?
○ Se le pide que haga alguna tarea ○ En momento de ocio ○ Se le pide que recoja, la actividad ha finalizado. ○ Se le pide que se siente Le pido que salga a: _____ Le pido que pare de: _____ Otra: _____	○ Agresión física ○ Autoagresión ○ Se escapa o corre ○ Negativismo ○ Tira y/o rompe cosas ○ Escupe ○ Quita cosas ○ Lloro Otro: _____ _____ ¿Qué quiere conseguir con esa conducta? _____ _____	○ Se tranquiliza sola/a ○ Es reconducido a la actividad inicial ○ Es reprendido ○ Se realiza tiempo fuera (dentro del aula, en un lugar reservado para reflexionar, separado del grupo) ○ Se le cambia la actividad ○ Se ignora ○ Se da contención ○ Otro: _____ _____ ¿Funciona la medida tomada? SI NO, ¿Por qué? _____ _____ PROPUESTA DE MEJORA: _____ _____
Persona que registra: _____		

PLANEACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Alumno _____ Edad _____ Fecha _____

Escuela _____ Grado y Sección _____ Objetivo _____

General: _____

Asignatura o Campo Formativo	Aprendizajes Esperados y/o propósitos	Competencias	Actividades	Recursos didácticos	Fecha de aplicación	Adecuación / Observación

Nombre del especialista _____ Firma _____