

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Dras. Cécica Menéndez, Valeria Greif

INTRODUCCION

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por las dificultades en la comunicación social y los comportamientos e intereses restringidos y estereotipados.

El consenso clínico ha cambiado la conceptualización del trastorno del espectro autista hacia un modelo continuo en que la heterogeneidad de los síntomas se considera inherente al trastorno variando su presentación clínica de acuerdo a edad, nivel de lenguaje, cognitivo y severidad del cuadro.

Es un trastorno donde son comunes las comorbilidades (psiquiátricas, cognitivas, del lenguaje y médicas).

Para el diagnóstico los síntomas tienen que estar presentes desde la primera infancia, aunque no puedan percibirse hasta que las demandas sociales excedan la limitación de las capacidades.

Si bien en la actualidad los tratamientos disponibles permiten lograr una mejor calidad de vida que la que se lograba pocos años atrás (tanto para el niño como para su familia), es importante señalar que para el TEA no existen tratamientos curativos y la mayoría de los pacientes que lo padecen, particularmente en los países en desarrollo, no acceden a recibir tratamiento especializado o siquiera alguna forma de tratamiento.

DEFINICION

El DSM 5 incluye el trastorno del espectro autista dentro de los trastornos del neurodesarrollo.

Los trastornos generalizados del desarrollo desaparecen como tales para integrarse en los trastornos del espectro autista, que ahora engloban el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Estos cuatro cuadros clínicos responden a una única condición con diferentes niveles de gravedad en el ámbito de la interacción social y de las conductas limitadas y repetitivas.

EPIDEMIOLOGIA

Hasta hace unos años atrás el autismo se consideraba una enfermedad relativamente rara. Algunos datos epidemiológicos recientes han alterado radicalmente esta percepción. Sobre la base de encuestas poblacionales en los EE.UU., se estima que la prevalencia de los TEA es de 1 cada 88 niños. Si bien es cinco veces más común entre los niños (1 en 54) que en las niñas (1 en 252), estas últimas presentan discapacidad intelectual mas a menudo que los niños, quizá porque en las niñas sin discapacidad intelectual la probabilidad de ser identificadas, evaluadas y diagnosticadas sea menor.

Hallazgos neuroanatómicos y de neuroimágenes

Se han encontrado hallazgos neuroanatómicos y de neuroimágenes que revelaron un mayor volumen

cerebral que afecta tanto a la materia gris como a la blanca y también anomalías en la química cerebral, la síntesis de la serotonina y la electrofisiología cerebral.

En el “espectro autista” hay diferencias en el patrón de desarrollo del cerebro. Por ejemplo, el crecimiento excesivo del cerebro temprano se ha documentado en los dos primeros años de vida (Courchesne et al, 2001) y, en el desarrollo posterior, hay claras diferencias en la función y la estructura del “circuito empatía” del cerebro (amígdala, corteza prefrontal ventromedial, temporo-parietal cruce, corteza orbitofrontal, cingulada anterior, y otras regiones del cerebro relacionadas) (Lombardo et al, 2011).

También se observan diferencias en la conectividad entre las funciones del lóbulo frontal y parietal que se cree que se relacionan con el estilo cognitivo. (Belmonte et al, 2004).

Los factores ambientales

Se ha propuesto que el mercurio, el cadmio, el níquel, el tricloroetileno y el cloruro de vinilo pueden jugar algún papel en la etiología de los TEA (Kinney et al, 2010). El vínculo que se sugirió en algún momento, entre determinadas vacunas y trastornos del espectro autista ha sido desmentido por varios organismos internacionales.

Los factores genéticos y epigenéticos

El autismo es de 50 a 200 veces más frecuente en los hermanos de autistas diagnosticados que en la población general. Entre los familiares de los niños diagnosticados también hay un aumento de la prevalencia de las formas más leves de dificultades del desarrollo relacionadas con la comunicación y las habilidades sociales.

La línea epigenética de investigación promete ofrecer un modelo explicativo para entender la incidencia cada vez mayor de autismo sugerido por los hallazgos epidemiológicos.

Los factores de riesgo

Los factores de riesgo de trastornos del espectro autista que son clínicamente y estadísticamente importantes son:

- Un hermano o hermana con autismo.
- Un hermano con otro TEA.
- Historia familiar de esquizofrenia o trastorno psicótico.
- Historia familiar de trastorno afectivo.
- Historial de los padres de otro trastorno mental o del comportamiento.
- La edad materna mayor de 40 años.
- La edad paterna entre 40 y 49.
- El peso al nacer inferior a 2500 g.
- Prematuridad (menos de 35 semanas).
- Internación en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

- Presencia de defectos de nacimiento.
 - El sexo masculino.
- En relación con las condiciones médicas asociadas con TEA encontramos:

- Discapacidad Intelectual (8% -27,9%).
- El síndrome de X frágil (24% -60%).
- Esclerosis tuberosa (36% -79%).
- Encefalopatía neonatal / encefalopatía epiléptica / espasmos infantiles (4% -14%).
- La parálisis cerebral (15%).
- Síndrome de Down (6% -15%).
- La distrofia muscular (3% -37%).
- Neurofibromatosis (4% -8%).

En resumen, aunque la heredabilidad del autismo se ha estimado como muy alta, los retos que enfrenta la comprensión de la etiología en los TEA demuestra que los factores genéticos son heterogéneos y complejos, y su interacción con el medio ambiente poco conocida aún.

DIAGNOSTICO Y CUADRO CLINICO

Por definición, el trastorno del espectro autista aparece en el periodo inicial de desarrollo aunque en algunos casos no se reconoce hasta que el niño es mucho mayor.

Una investigación longitudinal llevada a cabo por el Proyecto First Words (Florida State University) arrojó información sumamente relevante para orientar a los profesionales que reciben a estos pacientes. Se identificaron “banderas rojas” que funcionan como guías para el diagnóstico de TEA, aunque con la explícita precaución de que ninguno de estos síntomas garantiza la presencia de la patología.

Las Banderas rojas: Área social; No sonríe socialmente; Contacto visual pobre; Prefiere jugar solo; No le interesan otros niños; Se “desconecta”; Parece estar en su mundo; Es muy independiente; Comunicación Retraso del lenguaje; No responde a su nombre; No cumple las consignas; Parece sordo; No pide ayuda; No señala ni saluda con la mano; Conducta Rabietas; Hiperactivo; Poco cooperativo u opositor; No juega con juguetes de la forma habitual, los alinea; Muy sensible a sonidos y texturas; Camina en puntas de pie; Excesivo apego a algunos juguetes; Hace movimientos extraños; Indicaciones de evaluación inmediata: Ausencia de silabeo antes de los 12 meses de edad; Ausencia de gestos (señalar y saludar) antes de los 12 meses; Ausencia de palabras aisladas a los 16 meses; Ausencia de frases (no ecológicas) a los 24 meses. Cualquier pérdida de lenguaje o adquisiciones sociales a cualquier edad.

Déficit persistentes en la comunicación social

Los niños con TEA no satisfacen el nivel esperado de habilidades sociales recíprocas y de interacciones sociales no verbales espontáneas.

Cuando son bebés quizá no sonrían y cuando

crecen es posible que carezcan de la postura anticipada de dejarse agarrar por su madre. En niños más grandes establecen contacto visual con menor frecuencia que los demás niños.

Esto incluye alteraciones en los comportamientos no verbales utilizados para regular la interacción social, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros del mismo nivel de desarrollo del niño, y la falta de la búsqueda espontánea para compartir juego, intereses, logros o placer con otras personas (por ejemplo, por la falta de mostrar, traer o señalar objetos de interés para la atención de los demás). Los niños con deficiencias en estas áreas carecen de reciprocidad social o emocional.

El deterioro en la atención conjunta es un síntoma temprano muy importante que se puede ver incluso en niños muy pequeños con autismo. El inicio de la atención conjunta es muy importante en el aprendizaje social y se relaciona con el lenguaje y el desarrollo cognitivo y se da cuando el bebé muestra interés en el mismo tema que su cuidador (por ej. cuando la madre señala un objeto y lo nombra, invitando al bebé a mirar en esa dirección).

La investigación sobre la teoría de la mente ha demostrado que la capacidad de los niños para imitar a otros está en el origen de la comprensión de la perspectiva de los otros. La teoría de la mente permite a uno tener una idea del estado mental de los demás y, en cierta medida, predecir sus acciones. Esto también está relacionado con la capacidad de comprender el engaño y las emociones de los demás (empatía). Esta teoría permite entender que las dificultades en este dominio afectan el juego de simulación, la empatía, el intercambio, la reciprocidad social y emocional y las relaciones con compañeros. Este tipo de deficiencias se pueden ver en todos los individuos con TEA, independientemente de la edad y coeficiente intelectual (Baron-Cohen, 2009). Sin embargo, estas alteraciones no son exclusivas de los TEA y se puede ver también en la esquizofrenia y en algunos trastornos de la personalidad.

Otro concepto importante es la sobre-selectividad del estímulo: los niños con TEA utilizan en gran medida la atención selectiva. Esto tampoco es exclusivo de los TEA y puede ser visto en niños con discapacidad intelectual.

Esta sobre selectividad puede deberse a la atención restringida o a un sesgo hacia la información local y no global. Esto les permite a las personas con TEA mostrar cierta superioridad en la capacidad local de procesamiento de información.

Los niños con TEA utilizan comportamientos no verbales, tales como contacto visual, gestos, posturas corporales y expresiones faciales con menos frecuencia que los niños de desarrollo típico.

Uno de los hallazgos más importantes de los últimos años ha sido la observación de que los niños de dos años de edad que padecen este trastorno no

pueden orientarse hacia el movimiento de cuerpos humanos en movimiento (Klin et al, 2009) y referentemente no miran a los ojos de los adultos que se acercan (Jones et al, 2008).

Los niños con TEA muestran varios comportamientos atípicos, probablemente algunos de ellos debido a la hipersensibilidad que se puede observar en las modalidades visual, auditiva y táctil y pueden ser específicos a ciertos estímulos (Baron-Cohen et al, 2009).

La hipersensibilidad visual puede dar lugar a la visión lateral. (Motttron et al, 2006). Esta visión lateral se ha interpretado como un intento de limitar la información excesiva o para centrarse en la información óptima. La hipersensibilidad auditiva y táctil puede ser muy estresante. Por otra parte, la hipersensibilidad sensorial también puede conducir a una atención excepcional a los detalles.

Incluso las personas con TEA de alto funcionamiento pueden tener problemas en sus relaciones de pares. Mientras que algunos no tienen ningún interés en relacionarse con sus compañeros, otros pueden tener mucho interés, pero presentar dificultades para interpretar las acciones del otro y responder en consecuencia.

También se incluye en este eje el retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje hablado, que no va acompañado de intentos compensatorios comunicacionales; un deterioro importante de la capacidad para iniciar o mantener conversaciones; lenguaje estereotipado, repetitivo o idiosincrásico, y la falta de juego imitativo, espontáneo, variado, o fantasioso.

Estos retrasos en el lenguaje o la falta del mismo, y las peculiaridades en el habla son a menudo la preocupación inicial de los padres y constituyen el motivo de consulta.

Si se le muestra un osito de peluche a un niño normal de 12 meses seguramente mirará a los adultos para obtener reaseguro y explorará activamente el peluche. Posiblemente lo tocará y se lo mostrará a sus padres. Un niño con TEA a los 20 meses podría mostrarse muy reacio a tocar el peluche. Su fuerte reacción negativa se conoce como "recolo sensorial".

Un niño con TEA a los 2 años podría sobre-reaccionar a la luz y comenzar a involucrarse en conductas de auto-estimulación para calmarse a sí mismo. Un niño con TEA a los 3 años podría ser muy reactivo a los ruidos fuertes, como el aplauso.

Es importante distinguir estas dificultades de las que presentan los niños con otras discapacidades del desarrollo y sensoriales. La diferencia radica en los intentos de compensación, ya que estos últimos niños suelen utilizar medios no verbales – como gestos- para la comunicación. La ecolalia, que consiste en repetir las palabras que dice otra persona, (al modo de un "eco") es frecuente en los trastornos

del espectro autista. La velocidad, el volumen y la entonación del habla también presentan alteraciones: puede ser anormalmente alto, bajo, rápido, lento, desigual, monótono, etc.

Las personas con trastornos del espectro autista puede inventar sus propias palabras o frases y lenguaje puede ser repetitivo (repetir las mismas frases en distintas situaciones, incluso cuando no son apropiados para el contexto). Incluso los niños que presentan un trastorno de alto funcionamiento pueden tener problemas para iniciar y mantener una conversación. Esto incluye la falta de charla “casual”, no proporcionar información suficiente al responder las preguntas y no pedir información de forma apropiada para las convenciones sociales. El hecho de que estos niños presenten intereses restringidos vuelve la conversación con ellos muy difícil de sostener.

Los niños con un desarrollo normal juegan con varios materiales de manera flexible y creativa. Por ejemplo, en una secuencia de juego los niños pueden usar un títere como la mamá y un bloque de madera como el bebe (Juego imaginativo). En cambio, muchos niños con TEA no podrían hacerlo, dados sus déficits en el juego imaginativo.

Patrones restringidos y estereotipados de comportamiento, actividades e intereses

Incluye patrones estereotipados y restrictivos, la adherencia inflexible a rutinas, manierismos motores estereotipados y repetitivos y preocupaciones absorbentes por partes de objetos. Se ha sugerido que este dominio es muy amplio y contiene al menos dos subtipos de comportamientos:

- a) comportamientos sensoriales repetitivos y la insistencia en lo mismo.
- b) intereses circunscriptos (de orden superior).

Las conductas repetitivas motoras se ven más frecuentemente en los niños pequeños y se asocian con una inteligencia no verbal menor.

Muchas personas muestran gran interés en algunos temas, leen mucho sobre ellos, recogen objetos que estén relacionados y, pueden hablar sobre ese tema durante horas. La diferencia entre estos comportamientos normales y los de individuos con TEA se puede explicar en términos de la estrechez del foco, la inflexibilidad, perseverancia y la falta de habilidades sociales. Las personas con TEA pueden centrarse en una parte específica del objeto de su interés, por ejemplo, sólo el número de dientes de los dinosaurios. Pueden tener problemas en cambiar la conversación hacia otros temas, incluso cuando las demás personas claramente no están interesadas en lo que está diciendo. Siguen centrándose sobre el tema cuando se supone que deben hacer otras tareas y puede angustiarse cuando son interrumpidos. Ellos pueden mostrar menos interés en compartir su afición con otros, como por ejemplo unirse a un club.

La adherencia inflexible a rituales específicos, no funcionales es también un síntoma típico de los TEA. Los pequeños cambios en su rutina personal y en el medioambiente puede causar problemas significativos en sus vidas diarias y en las de sus familias.

Los manierismos motores estereotipados y repetitivos y la preocupación persistente por partes de objetos puede ser más evidente en los niños pequeños y en las personas con discapacidad intelectual. Estos incluyen agitar manos y dedos, el balanceo, caminar de puntillas, oler y lamer objetos no comestibles, entre otros. La preocupación persistente por partes de objetos puede manifestarse girando las ruedas de un auto, o haciendo parpadear los ojos de las muñecas, entre otros.

Los comportamientos estereotipados se puede observar en otras condiciones incluyendo Desorden de Tourette, Síndrome Frágil X, Trastorno de Rett, el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Pero es la frecuencia e intensidad con la que se manifiesta esta conducta lo que en los niños con trastornos del espectro autista lo distingue de los otros, así como la presencia del resto de la sintomatología.

El abordaje diagnóstico necesita incluir las preocupaciones planteadas por padres y maestros, la historia médica; las características de la vida en el hogar y en la escuela.

Además deben observarse las características del desarrollo y del comportamiento especificados por los manuales (CIE-10 y DSM 5). Relevar esta información suele ser suficiente para establecer un diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista.

Una buena evaluación diagnóstica debe, además de considerar los síntomas cardinales de este trastorno, incluir un perfil de fortalezas, necesidades, capacidades y deficiencias.

Es conveniente identificar:

- La capacidad intelectual y estilo de aprendizaje.
- Habilidades Académicas.
- Lenguaje y habilidades de comunicación.
- Motricidad fina y gruesa.
- Habilidades de socialización.
- Capacidad de adaptación, capacidad de autovalimiento.
- Hiper e hipo sensibilidad sensorial.

Examen físico

Resulta importante también llevar a cabo un examen físico completo. Ciertos hallazgos a partir de la exploración física pueden ser útiles para detectar condiciones coexistentes otras tórnos que se establezcan como causa del TEA. Se debe prestar especial atención a la identificación de los estigmas en la piel (neurofibromatosis y esclerosis tuberosa), así como anomalías congénitas y rasgos dismórficos que incluyen micro y macrocefalia. El examen debería también buscar signos de lesiones físicas, causadas por auto lesiones o por maltrato.

Diagnóstico diferencial

El trastorno autista, al presentarse en su forma típica completa, no es difícil de reconocer por un profesional con experiencia. Para realizar el diagnóstico clínico es necesario realizar una historia del desarrollo completa y detallada, observación del comportamiento del niño, obtener información colateral de otros observadores (terapeutas, maestros, etc) y utilizar evaluaciones estandarizadas (ADOS, ADIR). Sin embargo, los médicos deben descartar disfunciones genéticas, neurológicas o trastornos sensoriales. La situación es diferente para los cuadros clínicos que no se ajustan a las descripciones tradicionales del trastorno, que son cada vez más frecuentes debido a la ampliación del constructo (Espectro autista). Esta situación puede conducir a desacuerdos diagnósticos.

Los bebés y niños pequeños

El diagnóstico diferencial de esta edad deben descartar trastornos que interfieren con el desarrollo normal del lenguaje y de las habilidades sociales tales como:

- Dificultades de audición: puede darse si el niño ha perdido su balbuceo, muestra vocalizaciones pobres o indiferencia a los estímulos auditivos. El examen de rutina en los niños muy pequeños (donde no se puede esperar que cooperen) puede incluir estudios como audiometrías y potenciales evocados auditivos
- De privación psicosocial grave. Es sabido que la de privación emocional severa en la infancia conduce a graves alteraciones psicológicas incluyendo cuadros clínicos pseudo-autistas (Rutter et al, 1999). En estos casos los síntomas suelen consistir en indiferencia al entorno, retraso en el lenguaje, intereses restringidos y conductas repetitivas. Al contrario que en el autismo, la reciprocidad social no es completamente anormal y los déficits pueden revertirse rápidamente en la mayoría de los casos si el entorno mejora.
- La discapacidad intelectual (o Retraso Mental). Es a menudo un diagnóstico difícil de excluir, en los primeros años de vida, porque la evaluación del funcionamiento cognitivo es más difícil. Asimismo, se evidencia que la gravedad de la discapacidad intelectual se correlaciona positivamente con déficits sociales de interacción (Wing y Gould, 1979). Por lo tanto, poder distinguir si los síntomas (los déficits de socialización, comportamientos estereotipados y/o autolesivos o comportamientos estereotipados) se corresponden con autismo o discapacidad intelectual severa puede ser un verdadero desafío.
- Trastornos del lenguaje receptivo-expresivo: Es frecuente en los niños y por lo general consiste en un simple retraso en el dominio de la fonología, léxico y sintaxis en el contexto de un de-

sarrollo normal de las habilidades sociales, la comunicación no verbal, habilidades cognitivas y la imaginación.

- El mutismo selectivo y la ansiedad de separación. Puede distinguirse fácilmente de autismo debido a que se constata comunicación normal y habilidades sociales en el hogar u otros ambientes.

Los niños mayores

El diagnóstico diferencial en las presentaciones típicas autistas es más fácil en los niños mayores, pero puede ser difícil en los casos de la "periferia" del espectro, especialmente en los niños con alto funcionamiento. Una historia médica exacta, que establece el inicio de los síntomas antes o después de la edad de tres años, a menudo es un indicador importante.

Los profesionales deben considerar la posibilidad de que se trate de esquizofrenia infantil.

La posible confusión entre esta condición poco frecuente y TEA pueden surgir de la pobre expresión de las emociones y del negativismo. Sin embargo, las alucinaciones y los delirios son específicos de la esquizofrenia. Además, la mayoría de los niños con esquizofrenia de inicio temprano no presentan retraso en el lenguaje.

Otra enfermedad psiquiátrica que se debe excluir es el trastorno obsesivo-compulsivo debido a los rituales y los intereses determinados, pero el diagnóstico diferencial puede hacerse fácilmente sobre la base de la historia y la presentación clínica global.

El TEA presenta una alta co-morbilidad con Retraso Mental. Más del 60% de los TEA tienen algún grado de RM. También es frecuente la co-morbilidad con TDAH (trastorno por déficit de atención) y TND (Trastorno negativista desafiante).

Al diseñar el tratamiento para estos niños es muy importante no sólo personalizar (en el sentido de poder determinar qué necesita ese niño en particular (de acuerdo con su edad, su nivel y áreas de dificultad, comorbilidades, etc) y también cuál es su contexto (nivel de recursos familiares y de la comunidad, viabilidad presente y futura de las indicaciones, entre otras)

Aunque no hay cura para los TEA, hay una fuerte evidencia de que el tratamiento y el soporte psicológico a las familias puede mejorar significativamente las vidas de las personas con TEA y sus familias.

Hasta la fecha, los programas que incluyen intervenciones basadas en el área del comportamiento, las destinadas a mejorar la interacción entre padres e hijos, y aquellos con un énfasis en el desarrollo de las habilidades sociales y de comunicación parece ser las que más colaboran en la mejoría de los síntomas, al menos en el corto plazo.

A continuación se presentan posibles objetivos

a trabajar, dentro de un programa educativo terapéutico, en las distintas áreas afectadas:

Area de interacción social

Esta área tiene un valor primordial en estos niños. Los objetivos específicos de intervención son:

- Desarrollar el interés y uso social de los objetos.
- Desarrollar el interés social por las personas.
- Conocer y adaptarse a las normas de cada contexto.
- Desarrollar habilidades sociales. Y generalizarlas (a la familia, amigos...etc.)
- Posibilitar relaciones sociales con los otros, adaptando su comportamiento
- Conocer y participar en las actividades sociales y culturales del barrio o la comunidad.
- Responder al afecto y desarrollar actitudes de colaboración.
- Conocer y comunicar emociones y pensamientos propios, así como intentar comprender a los demás.

Area de comunicación y lenguaje

Los objetivos en esta área se relacionan con los del área social y se dirigirán a:

- Favorecer las competencias comunicativas más que las lingüísticas.
- Promover estrategias de comunicación expresiva, funcionales y generalizables.
- Aprender a entender y a reaccionar a las demandas de su entorno.
- Desarrollar estrategias de comunicación verbales o no verbales que posibiliten entender y ser entendido.
- Aprender a iniciar y mantener intercambios conversacionales, siguiendo normas sociales (contacto ocular, expresión facial, tono, volumen...).
- Expresar necesidades básicas, pensamientos y sentimientos.
- Emplear sistemas de comunicación total (lenguaje oral y signado simultáneamente).

Area cognitiva

Los objetivos se plantearán en función de los niveles cognitivos de cada niño.

- Desarrollar la atención selectiva y las asociaciones sencillas.
- Adquirir pautas simples de imitación.
- Fomentar un aprendizaje funcional, espontaneidad en su uso y generalización.
- Adquisición de habilidades de comprensión, razonamiento, percepción y resolución de problemas.
- Potenciar la motivación hacia los contenidos curriculares, haciendo uso de sus centros de interés.
- Desarrollo de la memoria semántica y estrategias de organización y análisis de la información.

- Reorganización de la estructura cognitiva mediante la adquisición de nuevos patrones comportamentales y pautas de conducta.

Area de autonomía personal

- Percibir, identificar y solucionar de forma activa sus necesidades básicas.
- Alcanzar gradualmente mayores niveles de autonomía en todos los ámbitos del desarrollo (alimentación, vestido, aseo, relaciones con las personas, el medio, uso correcto de recursos del entorno, etc.)
- Adquirir y desarrollar autonomía en las actividades escolares y extraescolares.
- Aprender habilidades y estrategias de control del entorno y de autocontrol.

Consideraciones respecto del encuadre y metodología de trabajo

A raíz de las características de estos niños al diseñar el espacio terapéutico es importante:

- Ofrecer una organización del espacio altamente estructurado, ordenado y predecible.
- Proporcionar un ambiente de trabajo sencillo, con poco nivel de complejidad y con escasos elementos de distracción.
- Organizar los espacios, las actividades y el tiempo de modo que se facilite el desarrollo de estrategias de comunicación con el entorno para comprender las informaciones del medio y expresar estados emocionales y necesidades básicas.
- Usar reforzadores lo suficientemente poderosos para mantener la motivación del niño/a.
- Atribuir continuamente intenciones sociales a sus acciones, procurando que las reacciones del adulto a estas acciones estén relacionadas funcionalmente con ellas y sean claramente percibidas y motivadoras para el niño/a.
- Dirigirse al niño o niña con un lenguaje claro, concreto y pausado, usando pocas palabras, pero de significado inequívoco.
- Emplear indicadores, apoyos y claves visuales (fotografías, dibujos, pictogramas, símbolos, etc.)
- Usar sistemas alternativos de comunicación que amplían, organizan y facilitan el desarrollo del lenguaje.
- Implicar a las familias como agentes activos en el proceso terapéutico.

En relación a este último punto, es importante destacar el peso que tiene la participación de la familia. A lo largo de la infancia los padres deben ser reconocidos y valorados como elementos clave de cualquier intervención, de la información, formación y apoyo, siempre dentro del contexto de los valores de esa familia y la cultura, lo cual debe ser considerado en cualquier intervención profesional.

Independientemente de su edad, la mayoría de las personas con trastornos del espectro autista en

todo el mundo viven con sus familias. Las familias son redes de apoyo esenciales y resulta beneficioso maximizar su potencial, en sus propios términos.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico para esta población, está dirigido a aliviar síntomas que provocan malestar significativo para el propio sujeto y/o su desempeño en el ámbito familiar y escolar; empobreciendo su calidad de vida, y entorpeciendo actividades esenciales de su "día a día", como sus hábitos, sus actividades sociales y académicas.

No existe un tratamiento curativo para los TEA. Todo tratamiento farmacológico está dirigido al alivio de síntomas. Es así que algunos tratamientos serán transitorios y otros acompañarán a la persona tal vez toda su vida; pero en ningún caso alcanzaran la curación del cuadro de base.

Como en todo tratamiento, su implementación debe ser el resultado de una cuidadosa evaluación de la relación costo-beneficio, y debe estar a cargo del especialista psiquiatra o neuro-pediatra.

La utilización de psicofármacos puede ser la única estrategia terapéutica frente a un síntoma, o complementar las otras terapias (psicoterapias); sin embargo es casi generalizable que la combinación del abordaje farmacológico y psicoterapéutico es más efectiva que cada terapia por separado.

REFERENCIAS

- Ajuarriaguerra, J, Marcelli, D. Manual de Psicopatología del niño. Barcelona, Toray Masson; 1982.
- Artigas-Pallares, J. Paula, I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012; 32:115.
- Baron-Cohen S. Autism: the empathizing-systemizing (ES) theory. Annals of the New York Academy of Sciences, 2009; 1156:68-80.
- Baron-Cohen S, Ashwin E, Ashwin C et al. Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 2009; 364:1377-1383.
- CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor. 1992.
- Fritz, U. Autismo. Madrid. Alianza editorial. 1991.
- Matos, González. Nuevos desarrollos en autismo. El futuro es hoy. Madrid. APNA Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005.
- NICE. Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2011.
- Riviere, A. Autismo: Orientación para la intervención educativa. Madrid. Ed Trotta. 2001.
- Rutter M, Andersen-Wood L, Beckett C. Quasi-autistic patterns following severe early global privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 1999; 40:537-549.
- Sadock, Benjamin J. & Sadock, Virginia A. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría Clínica. Décima edición. Cartoné. 2008.
- Wetherby AM, Woods J, Allen L et al. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. The Journal of Autism and Developmental Disorders, 2004; 34:473-493.
- Wing L, Gould J, Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? Research in Developmental Disabilities, 2011; 32:768-773.
- Zero to Three. DC: 0-3R: Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood (Revised ed). Washington, DC: Zero to Three Press. 2005.