



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**Facultad de Psicología**

Trabajo Final de Grado

Monografía

**Trastornos del Espectro Autista:  
Actualización teórica e  
intervenciones posibles**

Estudiante: Cinthia Nahiara Parentelli Lasalvia

CI: 4.252.508-8

Tutor: Asist. Mag. Alfredo Parra

01 de Noviembre de 2016  
Montevideo, Uruguay

## ÍNDICE

1.	Resumen.....	2
2.	Fundamentación.....	3
3.	Trastornos del Espectro Autista.....	5
	3.1 Recorrido histórico.....	5
	3.2 Hacia una definición actual.....	8
4.	Intervenciones Posibles.....	19
	4.1 Intervenciones Psicodinámicas.....	19
	4.2 Intervenciones Biomédicas.....	20
	4.3 Intervenciones Psicoeducativas.....	20
	4.4 Recomendaciones actuales para tratamientos psicoeducativos....	29
5.	Reflexiones Finales.....	30
6.	Referencias Bibliográficas.....	32

## **1. Resumen**

Actualmente la psicopatología infantil es ampliamente estudiada y cada avance supone una nueva herramienta para mejorar la calidad de vida de una infinidad de niños y sus familias.

El autismo, desde las primeras descripciones clínicas de Kanner (1943), ha tenido importantes quiebres teóricos que permitieron afinar su concepción y desarrollar una amplia gama de intervenciones terapéuticas.

El objetivo del presente trabajo consiste en visualizar este proceso teórico y cómo éste se refleja en algunas de las técnicas de intervención diseñadas al respecto. Se apela a construir un aporte actualizado y con información relevante, dirigido a estudiantes y profesionales de la psicología.

Para ello, esta revisión bibliográfica, desarrolla la evolución histórica y el recorrido conceptual del trastorno, destacando algunos de los principales exponentes sobre autismo de las últimas décadas.

Para finalizar, se presentarán algunas de las técnicas de intervención más renombradas, que reflejan los avances conceptuales referidos anteriormente.

Palabras clave: Trastornos del Espectro Autista, Técnicas de Intervención.

## 2. Fundamentación

Continuas investigaciones de las últimas décadas reflejan el interés académico y social que reviste este trastorno. En la actualidad, están centradas en definir su etiología, desarrollar técnicas de diagnóstico temprano y modelos de intervención más eficaces (Mulas et al., 2010).

Se impone entonces, la pertinencia de trabajos académicos actualizados sobre psicopatología infantil y en particular sobre Trastornos del Espectro Autista (TEA). La formación en esta área y la información actualizada son fundamentales para favorecer la detección e intervención temprana, decisivas en las expectativas pronósticas. Como puntualiza Orellana (2012), este proceso es fundamental en los problemas del desarrollo, porque posibilita el diagnóstico y la consiguiente intervención temprana, que aportarán indudables beneficios a los niños y sus familias. En Uruguay, en la última década, el Ministerio de Salud Pública creó el nuevo carné de salud del niño y la niña, el cual dedica una sección a los ítems esperables en el desarrollo y consejos para su estimulación, entre los tres meses y los cinco años. Esta política de prevención y promoción de salud en primera infancia busca que los adultos a cargo del niño y los profesionales de la salud puedan identificar signos de alarma. Porque es tan importante que los profesionales estén formados y capacitados como que la población sepa identificar conductas atípicas y así llevar al niño a evaluar por un profesional. Sin embargo, cabe la pregunta si en la actualidad este recurso es realmente utilizado en la práctica clínica y si los profesionales cuentan con la suficiente información y formación sobre detección precoz en autismo como para tomar medidas al respecto ante signos de alarma.

### Prevalencia

Es una patología cuyo diagnóstico ha ido en aumento; así lo demuestran las estadísticas oficiales a nivel internacional, que se han elevado de 4 casos cada 10.000 personas (Baron-Cohen et. al., 1985) a 1 cada 68 (CDC, 2012).

¿A qué se debe tal incremento en la tasa estadística?

Siguiendo a Fombonne, citado por Fortea et al. (2013) se debe a varias causas, por un lado la ampliación del concepto de espectro y de sus criterios diagnósticos; y por otro, la creación de servicios especializados, junto a un mejor

conocimiento de la patología. Lorna Wing (1998) coincide en este punto, y agrega que también puede haber un incremento real de la prevalencia, para las cuales se han propuesto explicaciones como los efectos de la contaminación o los aditivos alimentarios (entre otros), pero aún no se dispone de pruebas que demuestren esto o lo contrario. Por ello, Baron Cohen (2008) concluye que mientras no existan más pruebas “es preferible asumir que el incremento en las tasas es consecuencia de una mayor fineza en el diagnóstico y de la ampliación de las categorías de autismo” (p. 54).

Por otra parte, es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres (Fariña, et. al. 2015). Sin embargo, si bien son menos los casos femeninos, en general se presentan con mayor severidad y tienen más probabilidad de presentar discapacidad intelectual (APA, 2013).

En referencia a Uruguay, la Unidad Especializada en TEA del Centro Hospitalario Pereira Rossell, forma parte de la encuesta virtual “Principales necesidades de las personas con Trastorno del Espectro Autista y sus Familias según la percepción de sus Cuidadores”. Estudio que fue desarrollado por la Red Espectro Autista Latinoamérica (REAL) y se ha realizado simultáneamente en Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, Panamá, Uruguay y Venezuela, desde diciembre de 2015 hasta abril de 2016. Aunque el estudio se encuentra en análisis, unas de sus primeras conclusiones aluden al período de demora entre la preocupación manifestada por los cuidadores y la conclusión del diagnóstico por parte de los profesionales, el cual varió entre los dos años y medio, y seis años (Montiel, 2016). Como se menciona más arriba, este factor es una alarma importante porque la detección e intervención tardía propicia menores probabilidades de que el niño alcance un funcionamiento óptimo (Montiel, 2016). Entonces este estudio sugiere que la gran demora en la definición del diagnóstico se ubica durante el ejercicio clínico de los profesionales y no en una consulta tardía por parte de los cuidadores. Se hace pertinente cuestionar cuáles son los motivos de esta situación; por ejemplo, ¿es un mismo profesional que demora hasta seis años en definir el diagnóstico?, o ¿se debe a consecutivas derivaciones de un profesional a otro?, o ¿a plazos extensos para realizar determinados estudios o acceder a especialistas por parte del sistema de salud?

En nuestro país, participar de esta investigación a nivel latinoamericano implica un primer paso para relevar la situación nacional y tener elementos para exigir políticas públicas en ciertas áreas. En palabras de Pérez (2015), Presidente de la

Asociación de Autismo Uruguay, de acuerdo a los parámetros estadísticos internacionales habría entre 30.000 y 35.000 uruguayos con TEA. También destaca la importancia de un estudio epidemiológico para que los recursos humanos y económicos sean destinados adecuadamente (Pérez, 2015). Resalta el rol fundamental de la sociedad y sus instituciones en la sensibilización sobre el trastorno, su colaboración en la inclusión social y educativa, y el apoyo económico para que puedan acceder a herramientas que mejoren su calidad de vida.

### **3. Trastornos del Espectro Autista**

#### 3.1 Recorrido histórico

El término autismo fue utilizado por primera vez en 1911 por Bleuler en su artículo “Dementia praecox or the group of schizophrenias”, donde menciona este cuadro patológico “dentro de los trastornos de esquizofrenia más severos,” y define su sintomatología como “una conducta de separación de la realidad, junto a un predominio patológico de la vida interior” (Cuxart y Jané, 1998, p. 371). Es decir, en este cuadro de esquizofrenia infantil, se destaca como principal característica el ensimismamiento y desconexión con el exterior.

Sin embargo, es Leo Kanner en 1943, quien realiza la primera descripción clínica del trastorno autista infantil como una entidad propia. Exponiendo los rasgos típicos como la “incapacidad para establecer relaciones con las personas, retrasos y alteraciones en la adquisición del lenguaje, una insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios (...) y actividades de juego repetitivos y estereotipados” (Kanner, citado por López et al., 2009, p. 556). Si bien Kanner utiliza el mismo término que Bleuler, aporta una perspectiva muy distinta porque separa este cuadro diagnóstico de la esquizofrenia infantil como lo consideraba este último.

Por su parte, en 1944 el médico austriaco Hans Asperger “describió a cuatro niños con edades comprendidas entre seis y once años que presentaban como característica común una marcada discapacidad por dificultades en la interacción social a pesar de su aparente adecuación cognitiva y verbal” (Ramírez et al., 2010, p. 2). En concreto, presentaban un patrón de conducta caracterizado por: “falta de

empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas, torpeza motora y mala coordinación” (Artigas-Pallarés y Paula, 2011, p. 574). Aunque también utilizó el término “autismo”, según estos autores todo parece indicar que Asperger no conoció el trabajo de Kanner y viceversa. Si bien ambos eran austríacos, Kanner desarrolló su trabajo clínico en Estados Unidos, a donde había emigrado en 1924 luego de la primera Guerra Mundial. Además, Asperger escribió en alemán, estando en Viena en el contexto de la Segunda Guerra Mundial. Estos factores ayudaron a que su obra no fuera conocida hasta 1981, cuando Lorna Wing tradujo sus textos al inglés y les dio difusión. Wing también escribió el artículo “Asperger’s Syndrome: A Clinical Account”, donde define ese grupo diagnóstico como Síndrome de Asperger. Que un aporte tan importante como el del Dr. Asperger haya tardado cuarenta años en ser leído y reconocido, muestra una realidad muy distinta a la actual; donde el avance tecnológico ha permitido y facilitado enormemente el acceso a la información académica.

Si bien, algunos consideran que el trabajo del Dr. Asperger refiere a una presentación sintomática distinta a la descripción de autismo clásico realizada por Kanner en 1943; otros, consideran que en realidad presenta una descripción más amplia porque contempló casos que iban desde “graves lesiones neurológicas hasta casos que rozaban el desarrollo normal” (Escobar et al. s.f.). Siguiendo a Cuxart y Jané, (1998) se concluye que ambos sugieren la existencia de un trastorno del contacto afectivo y señalan problemas en la comunicación, los procesos de adaptación y la presencia de movimientos estereotipados.

¿Qué posibles orígenes se le atribuía a esta sintomatología atípica?

En un primer momento Kanner (1943) se cuestionó si este déficit en lo social y comunicativo estaba vinculado a los padres, a quienes describió como inteligentes, obsesivos y muy preocupados por temas abstractos de ciencia o literatura, pero con un limitado “interés genuino por las personas” (Kanner, 1943, p. 250). Este punto de vista fue tomado por el psicoanalista Bettelheim en 1964, pero con una connotación distinta. Porque atribuyó este trastorno directamente a un daño psicológico derivado de un déficit en el vínculo con figuras parentales, más concretamente a “una relación poco afectiva con la madre” (Baron-Cohen, 2008, p. 43). Es decir el autismo “dependía exclusivamente de determinantes emocionales ligados al vínculo materno” (Artigas-Pallarés y Paula, 2011, p. 571), y por lo cual era tratado con intervenciones

meramente psicoanalíticas. Este punto de vista ampliamente difundido en América, fue arduamente criticado por Kanner, que si bien en un principio había cuestionado el rol de ciertas características parentales, argumentó que los niños autistas ya nacieron desprovistos de la capacidad de respuesta infantil a sus padres. Por ello, en 1950 Kanner (citado por Artigas-Pallarés y Paula, 2011, p. 572) escribió el libro “En defensa de las madres. Como educar a los niños a pesar de los psicólogos más celosos”. Como puede observarse, en las primeras teorizaciones sobre el autismo se enfatiza la descripción clínica y su definición apela a causas intra psíquicas y neurológicas como posibles explicaciones.

Este enfoque comenzó a cambiar a partir de la década de 1970 cuando las teorías que postulaban una causa psicógena del autismo fueron ampliamente refutadas por investigaciones adecuadamente controladas, las cuales demostraron que se trata de “una causa física que conduce a un trastorno del desarrollo” (Wing, 1998, p. 95). Un ejemplo es el aporte del Dr. Rutter (citado por Baron-Cohen, 2008), quien descubrió que la etiología del autismo contenía un componente genético. Si bien, Kanner había mencionado anteriormente factores biológicos en juego, lo hizo desde una perspectiva distinta a la de Rutter.

Por otra parte, en esta misma década pasó a considerarse al autismo como una alteración del desarrollo del lenguaje, por su notoria dificultad en la comunicación verbal. Pero como esta propuesta no explicaba los déficits sociales, ausentes en niños con los mencionados trastornos, los estudios comenzaron a centrarse en investigar las alteraciones cognitivas presentes en el autismo (Baron-Cohen, 1990).

De lo expuesto se deduce que durante estos años se fueron presentando posturas muy distintas respecto al autismo. Este proceso de teorías y estudios finalmente permitió identificar al trastorno como una falla en el desarrollo; y al comenzar a investigar sobre ella, se producen una serie de avances muy importantes, que se reflejarán en ayuda y beneficios para todas las personas afectadas.

## 3.2 Hacia una definición actual

### Espectro y Tríada de Wing

A partir de la década de 1980, se ubican cambios teóricos fundamentales que luego permitirán la concepción actual del autismo.

Lorna Wing fue una psiquiatra británica que estudió e investigó sobre esta patología, luego de descubrir que su hija (Suzie) padecía este trastorno. Se convirtió en un referente a nivel mundial luego de realizar aportes fundamentales como la concepción de espectro y delimitar concretamente las deficiencias básicas que comparten las diferentes presentaciones de autismo.

Uno de sus más destacados aportes teóricos sobre los trastornos del espectro autista es la denominada “tríada de Wing”; la cual refiere a una deficiencia en la interacción y reciprocidad social, la comunicación verbal y no verbal; la capacidad simbólica y conducta imaginativa, todas ellas acompañadas de un patrón repetitivo de conducta (Wing y Gould, 1979). La afectación de estas áreas se convirtió en el núcleo básico de la definición clínica de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, en los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM) a partir de su tercera edición en 1983. Ello favoreció la diferenciación diagnóstica del autismo con otros trastornos que no presentan estas deficiencias, como el caso de los Trastornos del Lenguaje (Belinchón y Olivar, 2003). Delimitar un trastorno y diferenciarlo de otros, permite pensar herramientas más pertinentes para abordarlo. Además, que los adelantos teóricos luego cuenten con el respaldo de los manuales DSM (APA, 1983) encargados de impartir criterios diagnósticos; evidencia la utilidad e importancia de la investigación y producción académica sobre los trastornos mentales.

Wing y Gould (1979) percibieron que estas deficiencias estaban presentes tanto en personas con el autismo descrito por Kanner como el tipo de sintomatología autista descrita por Asperger.

Las principales conclusiones del estudio fueron, en primer lugar, que los síndromes de Kanner y Asperger son subgrupos de un amplio abanico de trastornos que afectan a la interacción y a la comunicación social; segundo, que éstos se podían asociar a cualquier nivel de inteligencia; tercero, que a veces estaban asociados a diversos trastornos físicos y otras discapacidades del desarrollo” (Wing, 1998, p. 28).

De esta manera, unifica los criterios de dos precursores clásicos del autismo en una presentación amplia y heterogénea. Siguiendo a Belinchón y Olivar (2003), si bien la noción de continuo o espectro autista fue utilizada por primera vez por Allen en 1988, su uso no comenzó a generalizarse hasta finales de los años 90, tras los trabajos de Lorna Wing en Inglaterra y de Angel Rivière en España (Wing y Riviere, citados por Belinchón y Olivar, 2003,). La primera, consolida la concepción del autismo como:

Un continuo más que como una categoría diagnóstica, como un conjunto de síntomas que se puede asociar a distintos trastornos y niveles intelectuales, que en un 75% se acompaña de retraso mental, que hay otros cuadros con retraso del desarrollo, no autistas, que presentan sintomatología autista (Wing y Gould, 1979).

Como explica Baron-Cohen (2008) hasta la década de 1970, el diagnóstico de autismo era categórico, “o se era autista o no” (p. 39). Wing quiebra esta concepción e introduce una perspectiva dimensional del trastorno, sugiriendo además que era un trastorno de espectro más corriente de lo que se creía. A partir de la lectura de esta autora, se observa la importancia de estudiar y analizar este trastorno desde la heterogeneidad de su presentación clínica, porque ello permite pensar perspectivas más adecuadas para describirlo. En este caso, permitió acercar las concepciones teóricas de ese momento a la realidad clínica, al proponer fusionar la sintomatología descrita por Kanner y Asperger en una misma patología de espectro.

Por su parte, Ángel Riviere (1998), profundiza y amplía los planteos de Wing, porque desglosa el núcleo básico de afectación en doce áreas afectadas expuestas a continuación. Dimensión social: Trastorno de la relación social, Trastorno de la referencia conjunta, Trastorno intersubjetivo y mentalista. Dimensión de la comunicación y el lenguaje: Trastorno de las funciones comunicativas, Trastorno del lenguaje expresivo, Trastorno del lenguaje receptivo. Dimensión de la anticipación y flexibilidad: Trastorno de la anticipación, Trastorno de la flexibilidad, Trastorno del sentido de la actividad. Dimensión de la simbolización: Trastorno de la ficción, Trastorno de la imitación, Trastorno de la suspensión. Luego operacionaliza su aporte

conceptual en una técnica concreta denominada Inventario de Desarrollo del Espectro Autista (1998), donde evalúa estas áreas afectadas según cuatro niveles de severidad.

En este espectro, la gravedad del cuadro dependerá de una diversidad de factores entre los que cabe mencionar: edad de la persona, sexo, presencia de retraso mental, tratamientos recibidos y la actuación de la familia (Escobar et. al. s.f.). Una evaluación tan minuciosa permite visualizar concretamente las fortalezas y desafíos de niños con TEA, muy útil al momento de elaborar una estrategia de intervención clínica. Cabe preguntarse si actualmente esta valiosa información es utilizada interdisciplinariamente entre el clínico y el maestro del niño, porque ello permitiría generar adaptaciones curriculares personalizadas que favorezcan la inclusión y el aprendizaje de ese niño con TEA.

Incorporar una perspectiva dimensional del autismo implica pensar “niveles de desarrollo y afectación muy heterogéneos en los distintos componentes de la tríada”, lo cual puso de manifiesto “la diversidad clínica del trastorno en personas con distintos niveles de funcionamiento intelectual” (Belinchón y Olivar, 2003, p. 224). Riviere (2001) agrega que permite descubrir “un orden por debajo de la desconcertante heterogeneidad de los rasgos autistas” y ayuda a “comprender cómo pueden evolucionar previsiblemente, a través del proceso educativo los niños con estos trastornos” (p. 41).

### Teoría de la Mente

En la misma década que Wing, Baron Cohen Et. al. (1985) reparó en estudiar y profundizar una deficiencia cognitiva en el área social presente en personas con autismo, que sugiere ser la clave de este trastorno. Postuló que padecen cierto retraso o presentación atípica de la teoría de la mente (ToM), término definido por Premack y Woodruff en 1978:

Al decir, que un sujeto tiene una Teoría de la Mente, queremos decir que el sujeto atribuye estados mentales a sí mismo y a los demás,... Un sistema de inferencias de

este tipo se considera, en un sentido estricto, una teoría; en primer lugar, porque tales estados no son directamente observables, y en segundo lugar, porque el sistema puede utilizarse para hacer predicciones, de forma específica, acerca del comportamiento de otros organismos (...). (citado por Gómez, 2010, p.116)

Para Baron-Cohen (2008) la teoría de la mente implica entonces “la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de imaginarse lo que piensa y lo que siente, así como de entender y prever su conducta” (p. 90).

El autor postula, que este proceso de “Mindreading” (leer la mente) se consolida gracias a los siguientes mecanismos cognitivos que se desarrollan en el primer año de vida:

1. Detector de intencionalidad (Intention Detector o ID), que supone una relación diádica en la cual el sujeto logra ver e identificar un agente al que le atribuye objetivos y deseos. Este primer dispositivo trabaja “a través de los sentidos y es el único que compartimos con los animales”. Un claro ejemplo, es cuando el bebé mira la cara de la madre (Gimenez, 2014, p. 394).

2. Detector de la dirección ocular (Eye Direction Detector o EDD), detecta la presencia de ojos y luego hacia donde están dirigidos; e interpreta que ese sujeto está percibiendo estímulos que lo orientan a observar hacia allí. Por ejemplo, supone poder discriminar si me está observando a mi o si está mirando otro objeto o persona (Gimenez, 2014).

3. Mecanismo de Atención Compartida (Shared Attention Mechanism o SAM), integra los dos mecanismos anteriores e introduce una relación triádica entre el sujeto y otro agente con el que comparten representaciones sobre un tercer elemento (Valdez, 2006). Por ejemplo, en el caso de un niño que quiere un juguete que no puede alcanzar; éste mira a su madre y vuelve a mirar al juguete, para que ella identifique ese tercer elemento y decodifique su intención para que se lo alcance (Gimenez, 2014).

Éstos, finalmente son integrados y procesados por el cuarto componente: Mecanismo de Teoría de la Mente (Theory of Mind Mechanism o ToMM), consolidado hacia los cuatro años de edad (Valdez, 2006). Baron-Cohen (citado en Valdez, 2006) refiere al Mecanismo de Teoría de la Mente como “la vía para representar el conjunto de estados mentales epistémicos (tales como simular, pensar, creer, conocer, soñar,

imaginar, engañar, adivinar) y todos los estados mentales con las acciones, para construir una teoría consistente y útil” (Valdez, 2006, p. 3).

Estos mecanismos se utilizan en todo momento, como ejemplo, antes de iniciar cualquier interacción, se evalúan la situación y la perspectiva de la otra persona (Giménez, 2014). En este caso, si quisiéramos hablar con otra persona, tenemos en cuenta si en ese momento estará disponible para atendernos y en base a su lenguaje no verbal imaginamos qué está pensando o sintiendo con la información que le estamos transmitiendo.

Los primeros cuatro años de vida son fundamentales en el desarrollo cognitivo y se evidencia la importancia de la correcta estimulación del entorno para favorecer los procesos antes mencionados.

Valdez (2006) menciona que es muy interesante este sistema de cuatro mecanismos para acceder a la teoría de la mente, pero critica que éstos no parecen ser capaces de dar cuenta de “un sistema colonizado por experiencias emocionales y afectivas, por significados y sentidos, por una modalidad divergente de funcionamiento” (p. 35). Valdez quiere decir, que si bien es importante haber identificado los mecanismos cognitivos que permiten ejercer la teoría de la mente; ésta es mucho más compleja que solo lograr identificar ojos y su direccionalidad, y compartir un tercer objeto de interés con otro. Porque el ejercicio de leer la mente, estará condicionado por una infinidad de factores; por ejemplo: emociones, vivencias o implicancias del contexto en el que se encuentre ese sujeto en ese momento.

Por su parte, Peter y Mundy (citados por Giménez, 2014), explican que los niños autistas fallan en estos precursores de la teoría de la mente, porque tienen dificultades en seguir el foco de atención de la mirada de otras personas, mostrar objetos a los demás, reconocer emociones o iniciar un juego simbólico espontáneamente.

Entonces, Peter y Mundy reafirman el rol de los mecanismos cognitivos precursores de la teoría de la mente expuestos por Baron-Cohen. En paralelo, Valdez intenta ampliar esta concepción sobre el funcionamiento de la ToM, agregando otros factores en juego. Si bien queda clara la complejidad que enviste la teoría de la mente, sería interesante investigar qué factores o mecanismos cognitivos relacionados, son los que tienen más incidencia en el desarrollo esta capacidad.

Como se mencionó anteriormente, en el autismo estas fallas no se deben a la falta de afecto o estímulos del entorno; ni se solucionan causalmente con ellos. Si se desarrolla un déficit en esta área, la persona puede vivenciar asombro, ansiedad o ser vulnerado al no comprender las intenciones ocultas tras los gestos y palabras de los demás (Baron Cohen, 2008).

En este sentido, Baron-Cohen (1995) presenta el concepto de “Mindblindness” o ceguera mental en referencia a la dificultad en acceder a los estados mentales propios y de otras personas, con la consecuencia de una gran dificultad en comprender emociones y pensamientos. Allen et. al. (citados por Slade, 2009), esto explica muchos aspectos del funcionamiento de personas con TEA, en particular la poca motivación hacia estímulos sociales, bajos niveles de compromiso emocional, mayor fracaso en iniciar y mantener actividades conjuntas, falta de interés en juegos de simulación y actividades imaginativas, y finalmente una autoconciencia deficiente.

Baron-Cohen et. al. (1985) demostró indicios de que esta disfunción en la comprensión de la mente es específico del trastorno autista y que esta condición es independiente del retraso mental. Para este estudio, elaboró el test de Sally & Ann, que es una adaptación de la prueba sobre el estado mental “creencia” de Wimmer y Perner de 1983, y lo utilizó para evaluar la presencia de teoría de la mente en niños mayores de cuatro años (Baron-Cohen, 1990). Este método para evaluar la presencia de la teoría de la mente, cuenta con plena vigencia en la actualidad y coincide con los dos criterios básicos necesarios postulados por Dennett (citado por Gómez, 2010): 1. Tener creencias sobre las creencias de otros, distinguiéndose de las propias. 2. Hacer o predecir algo en función de esas creencias atribuidas y diferenciadas del propio sujeto (p. 116). Utilizando el mencionado test, Baron-Cohen et al. (1990) concluyeron que “mientras el 86% de los niños con Síndrome de Down, y el 85% de los niños normales superaron la prueba, sólo el 20% de los sujetos autistas lo hicieron” (p. 23). Es decir, que implica un desvío atípico y no solo un retraso en el desarrollo de esta función.

El estudio y los avances conceptuales sobre la teoría de la mente han ayudado considerablemente a explicar y comprender muchos de los fenómenos de este trastorno tan complejo. Tanto para los profesionales que trabajan con él como para los padres y cuidadores, a quienes tanto desconciertan las actitudes de desinterés, antipatía o desafecto que reciben por parte de sus hijos.

Además abre varias líneas a investigar y profundizar, por ejemplo, la identificación de los mecanismos precursores de la teoría de la mente pone en juego el estudio de signos de alarma y el desarrollo de posibles herramientas para la detección temprana. Por otra parte, conocer estos prerrequisitos para el óptimo desarrollo de la teoría de la mente, abre interrogantes en cuanto a cuáles serían las posibles técnicas de intervención y la expectativa real que podrían tener para modificar esta falla cognitiva.

Sin embargo, la ToM no agota la explicación del autismo, presentando algunas limitaciones; como ejemplo, no explica comportamientos que no guardan relación con la sociabilidad o que este déficit también está presente en otras patologías, aunque de un modo diferente (Baron-Cohen, 2008).

En esta línea, Gómez (2010) agrega que actualmente se complementan otras teorías explicativas, aquí se nombran la Teoría del Debilitamiento de la Coherencia Central (Fritz citado por Gómez, 2010), del Déficit Afectivo-Social (Hobson citado por Gómez, 2010) y la Teoría de las Funciones Ejecutivas (Russel y Ozonoff citados por Gómez, 2010).

### Definición actual según los manuales DSM

Hoy, a siete décadas de la primera presentación clínica, se considera un trastorno del neurodesarrollo que implica dificultades globales en distintas funciones cerebrales superiores, como la inteligencia, la capacidad del lenguaje y la interacción social (Mulas et al., 2010).

Los propuestos teóricos expuestos hasta aquí, se han reflejado en los criterios diagnósticos de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (APA). Actualmente conviven la clasificación DSM IV-TR (APA, 2002) y DSM V (APA, 2013), lo cual implicó un cambio sustancial en la concepción del autismo.

Siguiendo el manual DSM IV-TR (APA, 2002), los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), se configuran por el Trastorno Autista, en referencia al autismo clásico o de Kanner, Trastorno de Asperger, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil y TGD no especificado.

La denominación Síndrome de Asperger se utilizaba para aquellos autistas que rozaban la normalidad tanto en su desarrollo intelectual como en el desarrollo del lenguaje, mientras que la denominación Autismo Clásico o de Kanner, se reservaba para aquellos autistas con los rasgos nucleares que postuló este autor, con una sintomatología más severa (Cuxart y Jané, 1998). Paradójicamente, poco tiempo después de haberse categorizado el síndrome de Asperger, dando lugar a una expansión del diagnóstico, Lorna Wing introdujo el concepto de espectro en el autismo desarrollado en el capítulo anterior; concepto que tiende a diluir la especificidad del trastorno de Asperger como tal (Artigas-Pallarés y Paula, 2011). Dicho avance teórico, se incorporó en la última versión DSM en 2013, donde se fusionan las categorías de los TGD (excepto el T. de Rett) en la nueva nomenclatura: Trastornos del Espectro Autista. El argumento más convincente para ello, que reafirma la noción de espectro, es que las diferencias entre los supuestos subtipos de autismo no vienen determinados por los síntomas específicos del mismo, sino por “el nivel intelectual, la afectación del lenguaje, y por otras manifestaciones ajenas al núcleo autista” (Artigas-Pallarés y Paula 2011, p. 584). Sin embargo, Howlin (2013) agrega que este cambio no fue bien recibido por algunas personas que ya tenían el diagnóstico de Asperger, a quienes les generó preocupación y miedo la posibilidad de perder su identidad de grupo y ciertos servicios asistenciales.

Otra diferencia con el manual DSM IV-TR (APA, 2002) (donde los síntomas debían aparecer antes de los 3 años de edad) es que los síntomas si bien están presentes en las primeras etapas del desarrollo, se aclara que en determinados contextos pueden pasar desapercibidos hasta que la demanda social supere sus capacidades (Artigas-Pallarés y Paula, 2011).

Por otra parte, en DSM V (APA, 2013) se modifica la tríada afectada que mencionaba el DSM IV-TR (APA, 2002): interacción social, comunicación e intereses restringidos junto a comportamientos estereotipados; basado en que si existen perturbaciones en la comunicación también las habrá en la interacción social.

Entonces se consignan dos grandes grupos de síntomas presentes: El criterio A, refiere a deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social; y el criterio B, alude a patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

Estos síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento habitual (APA, 2013).

Si bien las intervenciones adecuadas pueden favorecer el aprendizaje y las capacidades adaptativas, llegando a mejorar un mal pronóstico, este conjunto de características son permanentes y estarán presentes durante toda la vida porque están directamente relacionadas con la configuración del cerebro (Baron-Cohen, 2008). Es decir, que el funcionamiento siempre estará comprometido, el tratamiento o intervención oficiará como soporte. También se aclara que no es un trastorno degenerativo, por lo cual, dentro de ciertas limitaciones, este aprendizaje se logrará durante toda la vida (APA, 2013).

La gravedad de cada cuadro se registrará de acuerdo al nivel de ayuda que necesite en cada criterio (A y B), “ayuda muy notable”, “notable” y “necesita ayuda”. De esta manera, destaca la importancia de los aspectos adaptativos sobre el coeficiente intelectual y permite contemplar la variabilidad sintomática de los sujetos, caracterizada por una gran heterogeneidad (López y Rivas, 2014).

En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos, aproximadamente el 70% puede tener un trastorno mental comórbido y el 40% dos o más (APA, 2013). Se asocia frecuentemente a deterioro intelectual, alteraciones estructurales del lenguaje y a trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

## Etiología

Hace varias décadas se intenta definir el origen del autismo, pese a los avances teóricos, se impele a seguir investigando porque continúa existiendo un intenso debate al respecto. Siguiendo a Riviere (2001), “el problema no reside en que no se hayan encontrado pistas. Al contrario: hay demasiadas” (p. 43). En este escrito se trabajará desde un planteo actualizado que contempla varios enfoques.

Muller (citado por Caballero, 2009), explica que consta de una etiología muy heterogénea y compleja donde “se van relacionando factores genéticos y ambientales que interactúan continuamente con la propia actividad neuronal y la respuesta a los estímulos ambientales” (p. 196). Estos procesos pueden intervenir en diversas fases del desarrollo prenatal, perinatal o postnatal del sistema nervioso (Reichler y Lee, citado por Riviere, 2001). Sin embargo, aún no se han identificado y corroborado todos

los factores de riesgo; aquí se mencionarán algunos de los postulados más destacados.

Ambientales: prenatales, como hemorragias y exposición a tóxicos durante el embarazo, diabetes gestacional, entre otros. Perinatales, como el sufrimiento fetal y bajo peso; y postnatales, como crisis epilépticas, traumatismo encéfalo craneano. Junto a asociaciones epidemiológicas como la edad paterna, debido a que a mayor edad aumentan las mutaciones en la espermatogénesis (Fariña, et al., 2015).

Genéticos: estos factores de riesgo tienen un gran soporte empírico (Riviere, 2001) y actualmente son muchos los investigadores que trabajan en esta área.

Fariña et al. (2015) menciona que estudios demuestran una fuerte base genética de la susceptibilidad al autismo, en particular en los gemelos monocigóticos que presentan entre un 50% y 90% de probabilidad, frente a los dicigóticos para los cuales es menor al 10%.

Recientemente una investigación realizada en Estados Unidos (EEUU), estudió 1232 muestras diferentes (657 de pacientes autistas, 9 de pacientes con retraso mental y 566 de sujetos control), en los cuales detectaron la expresión común de 66 genes “Root 66” en sangre y cerebro de pacientes con autismo (Díaz, et al, 2016). Encontraron que “un buen número de estos 66 genes mostraba tener un papel clave en importantes procesos de disfunción neurológica” (Díaz, et al, 2016, párr. 4). Por ejemplo, reveló que 42 de esos genes interactúan en “una densa red cuyas relaciones se basan en procesos neurológicos tales como la transmisión sináptica, la neurodegeneración, una morfología anormal del cerebro, el aprendizaje y la memoria” (Díaz, et al, 2016, párr. 4).

Por otra parte, en el año 2014 en Estados Unidos, un equipo de investigadores estudió la actividad del Complejo PCR1 (Polycomb Repressive Complex), en el contexto del neurodesarrollo. Este Complejo es un conjunto de núcleos de proteínas y factores adicionales, en los cuales encontraron un elemento relacionado al autismo (AUTS2). La función de este complejo (PCR1) está vinculada a la represión de determinados genes durante el desarrollo. En este estudio hallaron que un componente (CK2) del CPR1-AUTS2; por un lado, frustra la actividad represiva de PCR1, y contrata otro elemento (P300) que conduce a la activación de genes que deberían ser “desactivados” en un desarrollo normal. A través de experimentos con un ratón, demostraron que esta falla conduce a varios defectos en el desarrollo (Gao et

al., 2014). Vemos entonces como genes que no se desactivan en determinadas etapas del desarrollo, pueden favorecer defectos en el mismo.

Este estudio puede relacionarse con una hipótesis expuesta por Riviere (2001), la cual sugiere un “funcionamiento inadecuado de genes que regulan la formación del sistema nervioso humano entre el tercer y séptimo mes de desarrollo embrionario.” Explica qué, podría consistir en una neurogénesis excesiva, cuyos efectos se manifestaran desde el segundo año de vida, donde tienen que “dispararse funciones complejas y muy específicas del hombre” (p. 45).

Estos son sólo algunos ejemplos de las investigaciones que se han desarrollado en los últimos años. Por otra parte, Raggio (citado en Fariña et al., 2015), explica que en las enfermedades multifactoriales como el autismo, la susceptibilidad genética es probabilística y no determinista, porque el efecto de las variantes genéticas varía según el contexto ambiental. Es decir, “no son ni necesarias ni suficientes para producir la afección; no son genes de determinada enfermedad, sino que indican susceptibilidad” (p. 12).

### Neurofisiología

Al respecto, Baron-Cohen (2008) presenta algunas de las principales características neurofisiológicas de personas con Trastornos del Espectro Autista.

Hipercrecimiento cerebral en los primeros años de vida (cabeza y cerebro), lo cual lleva luego a presentar un cerebro más grande y pesado; “1.537 cc frente a 1.437 cc” (Riviere, 2001). No está claro qué produce este crecimiento pero estudios post mortem sugieren una mayor densidad de neuronas y dendritas en determinadas zonas, como el lóbulo frontal, “el hipocampo y la amígdala cerebral” (Baron-Cohen, 2008, p. 125). Lo cual explicaría el incremento de materia gris y materia blanca, particularmente en el lóbulo frontal. Estos datos, concuerdan con la hipótesis de Riviere antes mencionada, respecto a la existencia de una neurogénesis excesiva.

En cuanto a su estructura, menciona que la “amígdala (encargada de las respuestas emocionales y el reconocimiento de las emociones de los demás), el hipocampo (responsable de la memoria), el núcleo caudado y parte del cerebelo (responsables del cambio de atención y la coordinación) son más pequeños en autistas” (Baron-Cohen, 2008, p. 125).

En relación al funcionamiento cerebral, explica una hipoactividad en una red de regiones llamada cerebro social, utilizada en actividades que implican “pensar sobre los pensamientos, sentimientos e intenciones y emociones de otras personas ” (Baron-Cohen, 2008, p. 126) o cuando se “ejercen ciertos aspectos de la empatía” (p. 127).

Lo mencionado hasta aquí, deja en evidencia la gran heterogeneidad y complejidad del autismo, aspecto que se reflejará en diversas intervenciones terapéuticas, que exigirán un abordaje personalizado y transdisciplinario.

## **4 Intervenciones Posibles**

### Introducción

Según su orientación se distinguen tres tipos de intervención: psicodinámica, biomédica y psicoeducativa, aunque esta última es la que ha demostrado tener relevancia y eficacia en los estudios científicos (Mulas et al., 2010).

#### 4.1 Intervenciones Psicodinámicas

Las primeras intervenciones tenían su énfasis en el psicoanálisis, pues estaban respaldadas en teorías que proponían una etiología psicogénica, como la teoría de Bettelheim ya mencionada. En base a sus ideas este autor diseñó un tratamiento denominado “Parentectomía”, el cual consistía en alejar al niño de sus padres para que “recuperara su desarrollo normal y adquiriera todas sus capacidades en un hogar afectuoso” (Baron-Cohen, 2008, p. 43). Luego de refutadas estas teorías, a partir de 1960 y 1970, las intervenciones psicodinámicas se dejaron a un lado, para centrar el trabajo terapéutico en la afectación social, la comunicación y las conductas desde terapias psicoeducativas (Howlin, 2013 p. 5).

## 4.2 Intervenciones Biomédicas

Se utilizan básicamente para controlar la conducta pero no provee ningún tipo de rehabilitación del neurodesarrollo afectado. También tratan síntomas y enfermedades que puedan estar asociadas como epilepsia y trastornos del sueño (Mulas et al., 2010). Para disminuir conductas de irritabilidad y agresividad, se utiliza Risperidona y Aripiprazol (Alonso, 2012). Siempre buscando un equilibrio adecuado entre riesgos y beneficios para el paciente. Es importante destacar que esta intervención debe ser acompañada de terapias educativas, sociales y conductuales.

## 4.3 Intervenciones Psicoeducativas

La actual conceptualización del autismo centrada en la idea de déficit, sugiere “una forma de intervención educativa y de control de síntomas basada en principios de aprendizaje y modificación de conducta” (Jordán, 2015, p. 776).

Si bien todas las intervenciones psicoeducativas, estimulan la tríada de deficiencia planteada por Wing, algunas enfocan su trabajo más en unas áreas que en otras. Es importante destacar que estas intervenciones, lejos de excluirse, son complementarias. Debido a la heterogeneidad del trastorno, a cada niño se le diseñará una estrategia de intervención personalizada a sus dificultades. A continuación se expondrá una selección de las principales herramientas psicoeducativas de los diferentes modelos teóricos desarrollados hasta el momento para abordar clínicamente este trastorno.

### 4.3.1 Intervenciones que trabajan con la conducta

Análisis Conductual Aplicado (ABA) es un tipo de intervención conductual, creado en la década de 1960, siendo el Dr. Lovaas uno de sus mayores exponentes. Sus programas implican un entrenamiento exhaustivo y altamente estructurado (Mulas et al., 2010), con el objetivo de enseñar nuevos comportamientos y habilidades

principalmente sociales, emocionales y comunicativas, así como de erradicar conductas inadecuadas (Güemes et al, 2009). Por ejemplo, busca enseñar a saludar, jugar y disminuir o eliminar conductas agresivas, de exhibicionismo, entre otras.

Sus programas plantean como hipótesis de trabajo que “los niños con autismo tienen un déficit de aprendizaje-desarrollo”, que podrán mejorar a través de los principios de la psicología del aprendizaje (Güemes et al, 2009, p. 10). Por ello, enfoca su trabajo terapéutico en desarrollar, mantener o modificar una conducta (Iyaca, 2014), utilizando mecanismos para reforzar los comportamientos positivos y extinguir los negativos o inadecuados (Marcelli, 2007). Para ello utilizan las técnicas de estímulo-respuesta-refuerzo, donde a una respuesta correcta le corresponde un refuerzo y a una incorrecta se la ignora o corrige (Mulas et al., 2010). Para realizar este ejercicio es necesario generar un antecedente, que sería un estímulo verbal o físico, por ejemplo una orden o petición. En segundo lugar, debe darse un comportamiento resultante, que es la respuesta o falta de la misma. Y por último, una consecuencia que va a depender de la conducta; si es correcta se refuerza y si no lo es, se ignora (Kern et al, s.f.). Por ejemplo, para que aprenda a saludar, se lo enfrenta a la situación repetidas veces, se le muestra la conducta modelo y se le pide que salude. Ante una respuesta correcta, se le brindará un refuerzo, que puede ser felicitarlo o brindarle un momento con algún estímulo que sea de su interés.

Iyaca (2014) detalla los tipos de reforzadores que utilizan las intervenciones conductuales: Alimentarios, tangibles, de actividad, de posesión, sociales, privilegios, de escape y automáticos. Siempre se tendrá en cuenta que ese reforzador sea de interés para ese paciente en particular. Algunos ejemplos pueden ser: galletas, un muñeco, mirar videos, elogios, permiso de realizar una actividad estereotipada, entre otros. Deberán aplicarse de forma inmediata, es decir, dentro de los dos segundos de producida la conducta. Pero éstos no son universales, lo cual implica que no funcionarán en todas las personas por igual. Por ello es muy importante que se elabore un programa de reforzadores personalizado a partir de la observación directa y conocimiento del paciente, así como entrevistas con familiares que profundicen estos aspectos. Por ejemplo, si un interés restringido del niño son los dinosaurios, un posible reforzador será dejarlo jugar o hablar por un momento de ello. Iyaca (2014) agrega

además que es conveniente “variar los refuerzos, para disminuir la posibilidad de que produzcan saciedad por repetición” (p. 232).

Además, el programa personalizado pretende contemplar el nivel de funcionamiento y las dificultades conductuales específicas que presente. En relación a su desarrollo, supone un entrenamiento intensivo uno a uno, durante al menos dos años, con una frecuencia de treinta y cuarenta horas semanales. Se sugiere además que este entrenamiento comience antes de los tres años y medio y cuente con los padres como co-terapeutas, para poder facilitar la estabilidad y la generalización de lo aprendido (Güemes et al., 2009). Como puede observarse, es una intervención intensiva y de gran dedicación por parte de los terapeutas, la familia y el niño.

Por otra parte, es muy popular el Entrenamiento por Ensayos Discretos (DTT), uno de los métodos de instrucción que utiliza el ABA (Mulas et al., 2010), diseñado por el Dr. Ivar Lovaas, también en Estados Unidos. El mismo “implica desmenuzar habilidades específicas en pequeños componentes o pasos que después se enseñan en forma gradual” (Güemes et al., 2009, p. 10). Por ejemplo, para entrenar que se cepille los dientes, primero se entrena varias veces ir al baño, luego acercarse a la pileta, abrir el agua, cepillarse los dientes y secarse con la toalla. Se le ofrecen órdenes verbales que se van eliminando gradualmente a medida que logra realizar los pasos con éxito. Además cada vez, que el niño realiza la conducta solicitada, recibe un refuerzo positivo (Kern et. al, s.f.).

Las intervenciones conductuales son ampliamente reconocidas y cuentan con respaldo científico, al haber logrado demostrar resultados significativos en estudios correctamente diseñados (Mulas et al., 2010). Sin embargo, ha sido cuestionado por su dificultad para la generalización de lo aprendido, por establecer condiciones muy artificiales de aprendizaje y por basar sus resultados en la mejora del coeficiente intelectual (CI) (Mulas et al., 2010). Como se mencionó anteriormente, la tendencia actual reflejada en el Manual DSM V (APA, 2013), es valorar y enfatizar las habilidades adaptativas por sobre el CI. Por ejemplo, es más importante y conveniente que aprenda a pedir para ir al baño, a que aprenda a multiplicar.

Por otra parte, es criticado por enfatizar demasiado el desarrollo del lenguaje sin una valoración suficiente de las competencias y nivel cognitivo del paciente, lo cual

genera en muchos casos, “lenguajes” superficiales, carentes de función y de valor comunicativo. (Riviere, 2001, p. 85)

Riviere (2001) refiere que a partir de los años ochenta los métodos para desarrollar la comunicación se han orientado a un estilo más pragmático y funcional, con estrategias de generalización para los contextos naturales de relación del niño. Sugieren un enfoque esencialmente “positivo” de la comunicación, acentuando su valor gratificante, al ser utilizado como un medio para conseguir cosas, situaciones, relaciones, entre otros.

#### 4.3.2 Intervenciones que focalizan su trabajo en la comunicación verbal y no verbal

El método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) fue diseñado en 1966 por el Dr. Schopler en la Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos (Mulas et al., 2010). Es un programa pedagógico diseñado individualmente para cada niño, utiliza la enseñanza estructurada junto a elementos de las terapias conductuales mencionadas anteriormente (Baron-Cohen, 2008). Su objetivo fundamental es lograr el máximo grado de autonomía de la persona con TEA. Por ello, se propone identificar y fortalecer las habilidades en ciertas áreas, a través de una estimulación activa y la gratificación de los comportamientos y el saber hacer de ese niño (Marcelli, 2007). Éstas son la comunicación, cognición, percepción, imitación y habilidades motoras (Güemes et al., 2009). Para entrenar la comunicación se utilizan signos, gestos pictogramas o palabras escritas. Por ejemplo, según el nivel del niño, para indicar el almuerzo, se utilizará tarjetas con un tenedor de plástico pegado, una foto de un almuerzo o directamente la palabra escrita. Incluye además la enseñanza de habilidades pre académicas como los colores, números, dibujar, escribir y moldear (Güemes et al., 2009). Este punto, favorece la inclusión educativa, porque entrena habilidades que le permiten compartir actividades con compañeros de su edad.

Utiliza agendas de actividades, que traducen visualmente todos los pasos de las tareas en el día. Por ejemplo, para vestirse, se le muestra una tabla donde se le

pegan las siguientes tarjetas: foto del niño, remera, pantalón, medias, zapatos y finalmente una que indique que esa actividad ha culminado. De este modo se le anticipa qué es lo que va a suceder y que todas las actividades tienen un proceso y un final determinado; lo cual ayuda a estructurar visualmente el entorno y las tareas. Es decir, con un ambiente altamente estructurado y apoyos visuales, el niño puede predecir y comprender las actividades cotidianas con mayor facilidad, hecho que lo ayuda a responder apropiadamente (Kern et al., s.f.). Es una herramienta muy favorable para el niño y sus padres, en cuanto a la comunicación y el desarrollo de funciones adaptativas como las rutinas de higiene y alimentación.

Para poder lograr la generalización de los aprendizajes, promueve la práctica repetida en múltiples ambientes, como la casa, la escuela, paseos, entre otros. Por ello, es muy importante que los padres sean activos y operen como co-terapeutas (Mulas et al., 2010). Como puede observarse, propone herramientas para que el niño pueda aplicar en la escuela, en la casa, como modo de adaptar y estructurar todos los entornos a su manera de comprender el mundo.

Este método hace énfasis en la enseñanza estructurada; fundamentalmente porque utiliza como una fortaleza la capacidad de sistematización y la preferencia de procesar la información visualmente que tienen las personas con TEA (Kern et al., s.f.).

Por su parte, el programa PECS (Picture Exchange Communication Systems) es un tipo de intervención conductual, creado en la década de 1990 por Bondy y Frost (Güemes et al., 2009). Su programa de aprendizaje permite a niños con “poca o ninguna capacidad verbal comunicarse usando imágenes”, símbolos, fotografías y objetos reales (Kern et al., s.f., p. 32). En este método, se le pide al niño que intercambie con el terapeuta una imagen por un objeto determinado; ante su respuesta recibe un reforzador según sea correcta o no. Como puede observarse, mantiene el método de trabajo estímulo-respuesta-reforzador de la intervención conductual antes descrita. Por ejemplo, si el niño quiere un jugar con un auto, debe escoger la tarjeta correspondiente y entregarla al entrenador. Si la tarjeta que presenta es la adecuada, el entrenador le brinda el auto de juguete para que juegue unos segundos; luego se le retira el juguete y debe volver a presentar la tarjeta para jugar nuevamente.

Al comienzo del entrenamiento se trabaja con una sola tarjeta, luego se incrementa la dificultad progresivamente, incorporando otras para que deba discriminar entre ellas cuál es la correcta. Es importante destacar que “el énfasis se centra en el intercambio de comunicación entre personas, más que en la extensión del repertorio comunicativo” (Güemes et al., 2009, p. 18). Es decir, lo importante no es que logre memorizar una infinidad de tarjetas, sino que aprenda la utilidad y necesidad de comunicarse con otro. En niveles avanzados de entrenamiento, la persona con TEA posee una carpeta donde están pegadas con velcro todas las tarjetas, y las utiliza en las actividades de la vida cotidiana para comunicarse con los demás.

Si bien el aprendizaje es focalizado en lo visual, el terapeuta realiza refuerzos verbales e incentiva al niño durante el trabajo (Kern et al., s.f.). Es un método muy utilizado y una de sus principales fortalezas es que funciona con “reglas muy claras y aprovecha la capacidad de sistematización de los autistas” (Baron-Cohen, 2008, p. 153). Es muy importante generar herramientas y vías de comunicación en esta área afectada, tanto para los cuidadores como para el propio niño; porque facilitará la convivencia y los aspectos adaptativos diarios.

#### 4.3.3 Intervenciones que focalizan su trabajo en estimular la:

- a) Interacción y reciprocidad social
- b) Capacidad simbólica y conducta imaginativa

DIR (Intervención del desarrollo basada en las relaciones y las diferencias individuales) o también conocido como Floortime, fue desarrollado en Estados Unidos en el año 1997 por Greenspan y colaboradores (citados por Güemes et al., 2009). Trabaja desde el enfoque teórico del desarrollo o evolutivo, dichas intervenciones pretenden ayudar a los niños a “desarrollar relaciones positivas y significativas con otras personas” (D’Angiola, 2014, p. 356). El juego, la interacción y el afecto ocupan especial énfasis en esta intervención, pues a través de ellos, el niño comienza a desarrollar sus capacidades cognitivas y logra acceder al mundo simbólico (D’Angiola, 2014). Greenspan y Wieder (citados en D’Angiola, 2014), exponen una mirada evolutiva sobre las primeras seis capacidades emocionales que permiten este proceso. 1) Atención, autorregulación e interés en el mundo; 2) Vinculación, apego,

formación de relaciones, vínculos e intimidad; 3) Comunicación de doble vía entre el infante y el adulto referente; 4) Comunicación Compleja, donde el niño incorpora vocabulario gestual para expresarse; 5) Ideas emocionales, capacidad representacional; (con el lenguaje y el juego, el niño comienza a manipular el mundo de símbolos); 6) Pensamiento Emocional, donde logra expresar una “amplia gama de emociones en el juego, predice emociones, comprende conceptos más complejos, conecta ideas en la resolución de problemas espaciales y verbales” (D’Angiola, 2014, p. 356). Para que esta secuencia sea posible:

El niño debe estar atento al entorno y vinculado con las personas para poder interactuar. Y esta comunicación de doble vía o interacción, inicialmente no verbal, luego se hace más compleja al incorporarse la palabra para acceder sucesivamente a la representación y al mundo simbólico. (D’Angiola, 2014 p. 356)

Para ayudar al niño con TEA a estimular este proceso, se centran en enseñar “técnicas sociales y de comunicación, en ambientes estructurados, así como de desarrollar habilidades para la vida diaria” (Mulas et al., 2010, p. 80). Un ejemplo de esta terapia para lograr la atención compartida entre el niño y un adulto, es la lectura de un libro de cuento que sea de interés para el niño. Bajo la consigna “vamos a mirar un cuento”, se imparte la atención compartida en cuanto a lo que se está viendo, se imitan los gestos, sonidos y palabras y se intenta una narración conjunta. Cuando el niño aún no está preparado para compartir el cuento, el adulto empieza por leer uno en paralelo (D’Angiola, 2014).

Involucra tres tipos de actividad: a) Interacciones lúdicas, espontáneas y creativas impulsadas y dirigidas por el niño con el apoyo de un adulto; b) Juegos y problemas semiestructurados, con el objetivo de introducir nuevas habilidades y conceptos (como el juego del tesoro con pistas); c) Juego motor, sensorial y espacial (como dígalo con mímica) (Vismara, et al., 2010). Se enseña en contextos interactivos, en segmentos de veinte minutos seguidos de otros veinte minutos de descanso. Cada segmento se orientará a estimular distintas áreas, evitando enfocarse

demasiado en las áreas deficitarias, lo cual incentiva la frustración y expone su inadecuación (Güemes et al., 2009).

A diferencia del modelo ABA, que enfatiza el aprendizaje modificando la conducta a través de la relación estímulo-respuesta-reforzador; este modelo (DIR), al igual que el siguiente (Entrenamiento para la Teoría de la Mente), apelan a estimular aspectos cognitivos que subyacen a la conducta, para que permitan el aprendizaje.

#### 4.3.4 Intervenciones que estimulan la Teoría de la Mente

Siguiendo a Martos et. al. (2016), en la actualidad existen varios programas y manuales que ayudan al niño a entrenar la Teoría de la Mente, por ejemplo “Habilimen. Programa de desarrollo de habilidades mentalistas en niños pequeños”, “aprende con Zapo. Propuestas didácticas para el aprendizaje de habilidades emocionales y sociales”, y “en la mente” (Martos et. al., 2016, p. 74). Sus técnicas generalmente se basan en una sucesión de fichas o tarjetas con situaciones a resolver. Las cuales implican entender los estados mentales (creencias, deseos, pensamientos, emociones, intenciones) y las repercusiones que estos tienen sobre el comportamiento de las personas (Martos et al., 2016). Aquí se presenta el trabajo desarrollado por Baron-Cohen, Hadwin y Howlin (1999) denominado “Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás”, que utiliza este lineamiento de trabajo.

Presenta tres programas de trabajo: emoción, creencia, y simbolismo; y divide la enseñanza de cada uno de ellos en cinco niveles de complejidad, que son correlativos con la secuencia evolutiva normal. De este modo, se procede a estimular el aprendizaje siguiendo los mismos pasos que el desarrollo esperable.

A modo de ejemplo, se mencionan algunos aspectos del programa sobre la emoción, que consta de ejercicios sobre la emoción: feliz, triste, enfadado, temeroso. En el nivel uno y dos, se utilizan fotografías faciales y figuras faciales esquemáticas respectivamente, donde se deberá reconocer e identificar la emoción correspondiente. El tercer nivel implica reconocer la emoción basada en una situación, es decir, predecir cómo se sentirá el personaje de la misma. Para ello se le presenta un dibujo con una breve explicación. Por ejemplo, se le muestra la imagen y se le dice “el perro grande

persigue a Daniel por la carretera”, y a continuación se le pregunta: “¿Cómo se sentirá Daniel cuando el perro lo persiga?”, justificando su respuesta. Sea correcta o no, siempre se le repite y reafirma la respuesta correcta como enseñanza. El cuarto y quinto nivel, utilizan el mismo formato de ejercicio, pero se deberá identificar la emoción basada en el deseo para el primero, y en la creencia para el segundo.

Por otra parte, Baron-Cohen (2008) agrega que el entrenamiento en estos programas permiten inferir los principios básicos que llevan de los estados mentales a las conductas (como “ver lleva a saber” o la “gente es feliz cuando consigue lo que quiere”).

Los autores mencionan algunas consideraciones respecto a la enseñanza de los estados mentales. En primer lugar que la misma debe ser dividida en pequeños pasos, porque las habilidades complejas las adquieren gradualmente. Es importante reforzar sistemáticamente las conductas adecuadas, porque ello facilita la adquisición más rápida y el mantenimiento de la misma. Mencionan refuerzos extrínsecos, como un elogio o aliento; o intrínsecos, que provienen de la propia tarea, como la satisfacción de completarla con éxito.

Entrenar esta habilidad resulta muy interesante y una herramienta para poder comprender y compartir emociones. Sin embargo presenta algunas limitaciones, porque la capacidad de reconocer algunas emociones en imágenes o dibujos no asegura poder comprender y reaccionar adecuadamente ante las emociones. Simplemente porque, una situación considerada feliz o triste, puede estar determinada por el contexto en el cual se desarrolle. Por ejemplo, una fiesta o reunión familiar con mucho ruido, el niño con TEA puede vivenciarla como una situación atemorizante y no feliz (Baron-Cohen et. al, 1999).

Por otra parte, Martos et. al (2016) menciona la gran utilidad de este recurso educativo, pero que también debe garantizar la generalización de los aprendizajes. Por ello, sugiere que se debe combinar esta estrategia con otras “que impliquen observación de modelos y prácticas tanto en situaciones simuladas como en contextos reales de interacción” (Martos et. al, 2016, p. 74).

Como puede percibirse, las intervenciones presentadas actúan desde distintas perspectivas, algunos haciendo énfasis en lo cognitivo, conductual, otros en lo relacional y emocional. Por ello, se tendrá que evaluar, según las características del paciente, desde qué perspectiva demuestra más apertura para el trabajo.

#### 4.4 Recomendaciones actuales para tratamientos psicoeducativos

A continuación se mencionan los principales elementos que debe contemplar un buen programa de intervención según Martos et. al. (2016) y Mulas et al. (2010); aspectos que pueden encontrarse ejemplificados en los modelos antes descritos. Son lineamientos útiles y actuales a tener en cuenta al momento de elegir y aplicar cualquiera de las intervenciones posibles.

En primer lugar, es primordial establecer una relación positiva, esto es, hacernos relevantes para el niño, ser proveedores de sus intereses y necesidades para poder establecer una buena relación terapéutica (Martos et. al, 2016). Si bien este ítem aplica a cualquier intervención psicológica, debe contemplarse que para la persona con TEA, el entorno y las interacciones sociales resultan incomprensibles y a veces atemorizantes. Por tanto, debemos trabajar desde un lugar que brinde seguridad, comprensión y tranquilidad.

Por su parte, Mulas et al. (2010) expone otros elementos comunes que deben contemplar los programas terapéuticos. Propone intervenciones intensivas, donde se dedique la mayor cantidad de horas posibles al entrenamiento. Sin embargo, se recomienda que la intervención tenga objetivos claros, a desarrollar en un tiempo determinado, de modo de poder evaluarlos. Esto implica tener una medición frecuente de los progresos; esto favorece la eficacia, porque permite replantear la estrategia o cambiar el área de intervención. En concreto, intervención intensiva y con gran carga horaria, pero con objetivos claros y un período determinado. En este aspecto, ayudará la inclusión de la familia en el tratamiento, pues permite extender las horas de entrenamiento e incentiva la generalización de los aprendizajes al hacerlo en un ambiente cotidiano para el niño.

En cuanto a la forma de trabajo, se prefiere la terapia uno a uno, más que en grupos grandes como el caso de una clase con un maestro; y un alto grado de

estructuración, utilizando rutinas predecibles, actividades visuales y límites físicos que eviten la distracción de la tarea.

Es importante promover la comunicación funcional y espontánea, así como las habilidades sociales por ejemplo, la atención conjunta, imitación, interacción recíproca, iniciativa y autocuidado. Porque no tiene sentido, tener un gran repertorio lingüístico, si no se aprende a utilizarlo adecuadamente en el marco de una interacción con otro. Propiciar el aprendizaje de habilidades funcionales adaptativas que le permitan alcanzar mayor responsabilidad e independencia; y la reducción de conductas disruptivas. También desarrollar habilidades cognitivas, como el juego simbólico; y académicas, según su nivel de desarrollo. Como último punto, Mulas et al. (2010) menciona el desarrollo de funciones ejecutivas, como la planificación, programación, anticipación, entre otras; lo cual ayudará a organizar y estructurar el pensamiento.

## **5. Reflexiones Finales**

Los TEA implican un trastorno del neurodesarrollo que presenta dificultades en la comunicación e interacción social, acompañado de conductas repetitivas, intereses obsesivos y restringidos. Estas características limitan a la persona y dificultan la convivencia con su entorno. Desde mediados del siglo pasado es un tema sensible y al cual se han dedicado una infinidad de estudios. Éstos han sido muy productivos en cuanto a sus teorizaciones, principalmente por la evolución del concepto, como la noción de espectro y la identificación de la deficiencia cognitiva en la teoría de la mente. A partir de ellas, emergen varias técnicas de intervención que permiten construir herramientas para mejorar la calidad de vida, el desarrollo y la inclusión de las personas afectadas y sus familias. Sin embargo, aún queda mucho por investigar en cuanto a su etiología y detección temprana, que sugiere ser la clave para lograr intervenciones más eficaces.

Intervenciones como ABA y TEACCH, creadas en la década de 1960, mantienen plena vigencia y sembraron los lineamientos básicos en cuanto a la forma de trabajo estructurado. Tanto las técnicas clásicas como las modernas coinciden en este aspecto y en la importancia de entrenar la comunicación y las habilidades adaptativas que le permiten un mejor desenvolvimiento en las actividades cotidianas.

Se infiere la importancia de contar con profesionales capacitados y especializados en el área de intervención, porque serán quienes materialicen los avances académicos en una ayuda concreta a la persona que padece esta condición. Por otra parte, todas las intervenciones desarrolladas implican una importante dedicación y carga horaria por parte de la familia y los profesionales. Esto sugiere disponer de elevados recursos económicos, situación que puede comprometer la viabilidad de las mismas. Por ello se impule a mejorar las políticas públicas y apoyos para poder permitir posibilidades reales de rehabilitación y sostén familiar.

## 6. Referencias Bibliográficas

- Albores, L.; Hernández, L.; Díaz, J.; Cortes, B. (2008) *Dificultades en la Evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión*. Recuperado en Julio de 2016 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231106>
- Alonso, J. (2012) *Risperidona y aripiprazol*. Recuperado en Setiembre de 2016 de: <https://autismodiario.org/2012/09/25/risperidona-y-aripiprazol-en-tea/>
- APA, American Psychiatric Association (1983) *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders DSM III*.
- APA, American Psychiatric Association (2002) *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders DSM IV-TR*. 4th Ed.
- APA, American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders DSM V*. 5th Ed.
- Artigas-Pallarés, J.; Paula, I. (2011) *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. Recuperado en Julio de 2016 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf>
- Baron-Cohen, S.; Leslie, A.; Frith, U. (1985) *Does the autistic child have a "theory of mind"?* Recuperado en Junio de 2016 de: [http://autismtruths.org/pdf/3.%20Does%20the%20autistic%20child%20have%20a%20theory%20of%20mind\\_SBC.pdf](http://autismtruths.org/pdf/3.%20Does%20the%20autistic%20child%20have%20a%20theory%20of%20mind_SBC.pdf)
- Baron-Cohen, S. (1990) *Autismo: un trastorno cognitivo específico de "Ceguera de la Mente"*. Recuperado en Junio de 2016 de: [https://www.researchgate.net/profile/Simon\\_Baron-Cohen/publication/239928813\\_AUTISMO\\_UN\\_TRASTORNO\\_COGNITIVO\\_ESPECIFICO\\_DE\\_CEGUERA\\_DE\\_LA\\_MENTE/links/5475f2cf0cf2778985af46f6.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Simon_Baron-Cohen/publication/239928813_AUTISMO_UN_TRASTORNO_COGNITIVO_ESPECIFICO_DE_CEGUERA_DE_LA_MENTE/links/5475f2cf0cf2778985af46f6.pdf)
- Baron-Cohen, S. (1995) *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*.
- Baron-Cohen, S; Hadwin, J.; Howlin, P. (1999) *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás*. Editorial Ceac.

- Baron-Cohen, S. (2008) *Autismo y Síndrome de Asperger*. Traducción: Sandra Chaparro. Editorial Alianza.
- Belinchón, M., Olivar, J. (2003) *Trastornos del espectro autista en personas con (Relativo) alto nivel de funcionamiento: Diferenciación funcional mediante análisis multivariado*. Recuperado en Junio de 2016 de:  
<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/533/471>
- Castro, M. (2015) *El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo*. Recuperado en Abril de 2016 de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212015000300009](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300009)
- Carballo, R. (2009) *Trastornos del espectro autista*. En Soutullo, C.; Mardomingo, M. (Coord.) *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Editorial Médica Panamericana.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. (2012) *Identified Prevalence of Autism Spectrum Disorder*. Recuperado en Abril de 2016 de:  
<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Cuxart, F.; Jané, M. C. (1998) *Evolución conceptual del término autismo. Una perspectiva histórica*. Recuperado en Mayo de 2016 en:  
[https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132911/revhis\\_a1998v19n2p369.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132911/revhis_a1998v19n2p369.pdf)
- D'Angiola, N. (2014) *Juego*. En Grañana, N. (Comp.) *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista: enfoque neuropsicológico*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Díaz, L.; Esteban, F.; Wall, D. (2016) *A common molecular signature in ASD gene expression: following Root 66 to autism*. Recuperado en Agosto de 2016 de:  
<http://revistageneticamedica.com/2016/01/29/biologia-de-sistemas-y-autismo/>
- Escobar, M.; Caravaca, M.; Herrero, J.; Verdejo, M. (s.f.) *Necesidades educativas especiales del alumnado con trastornos del espectro autista*. Recuperado en Mayo de 2016 en:  
<http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/hecho-19.pdf>

- Fariña, L.; Galli, E.; Lazo, M. ; Mattei, L.; Raggio, V. (2015) *Genética Molecular y Trastornos del Espectro Autista*. Facultad de Medicina (Universidad de la República). Recuperado en Mayo de 2016 de:  
[www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/download/154/66](http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/download/154/66)
- Fonagy, P. ; Target, M. (2003) *Manual de Intervención terapéutica para niños y familias*. Traducción: Ana Inés Machado.
- Fortea, M.; Escandell, M.; Castro, J. (2013) *¿Cuántas personas con autismo hay? Una revisión teórica*. Recuperado en Mayo de 2016 de:  
[http://infad.eu/RevistaINFAD/2013/n1/volumen1/INFAD\\_010125\\_769-786.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2013/n1/volumen1/INFAD_010125_769-786.pdf)
- Gao, Z.; Lee, P.; Stafford, J.; Schimmelfmann, M.; Schaefer, A.; Reinberg, D. (2014). *AUTS2 confers gene activation to Polycomb group proteins in the CNS*. Recuperado en Agosto de 2016 en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323097/>
- Gimenez, M. (2014) *Habilidades sociales y desarrollo de la teoría de la mente*. En Grañana, N. (Comp.) *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista: enfoque neuropsicológico*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Gomez, I. (2010) *Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo*. Recuperado en Mayo de 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80115648010.pdf>
- Güemes Cargaga, I., Martín Arribas, M. C., Canal Bedia, R., Posada de la Paz, M. (2009) *Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista*. Madrid: IIER - Instituto de Salud Carlos III.
- Howlin, P. (2013) *70 years of research on autism - how far have we come?*. Recuperado en Mayo de 2016 de: <http://www.autismeurope.org/files/files/link-autism-60-3.pdf>

- Iyaca, E. (2014) *Conducta. En Grañana, N. (Comp.) Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista: enfoque neuropsicológico*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Jordán, C. (2015) *Trastorno del espectro del autismo. Implicaciones en la práctica clínica de una conceptualización basada en el déficit*. Recuperado en Mayo de 2016 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n128/original5.pdf>
- Kanner, L. (1943) *Autistic Disturbances of Affective Contact*. Recuperado en Abril de 2016 de:  
<https://simonsfoundation.s3.amazonaws.com/share/071207-leo-kanner-autistic-affective-contact.pdf>
- Kern, L.; Lazebnik, C.; Stone, E.; Digeronimo, T.; Smerling, K.; Notbohm, E. (S.f.) *Manual de los primeros 100 días*. Recuperado en Junio de 2016 de:  
[https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/documents/100-day-kit/manual\\_de\\_los\\_100\\_dias.pdf](https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/documents/100-day-kit/manual_de_los_100_dias.pdf)
- Lecannelier, F. (2004) *Los aportes de la Teoría de la Mente (ToM) a la psicopatología del Desarrollo*. Recuperado en Mayo de 2016 en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/785/78522107.pdf>
- López, S.; Rivas, R. (2014) *El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades*. Recuperado en Julio de 2016 de:  
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/5485/5088>
- López, S.; Rivas, R.; Taboada, E. (2009) *Revisiones sobre el autismo*. Recuperado en Junio de 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80511929011.pdf>
- Marcelli, D. (2007) *Manual de Psicopatología del Niño*. 7ª Edición. Editorial Masson.
- Martín, M.; Gómez, I., Garro, M. (2012) *Teoría de la Mente en un caso de autismo: ¿cómo entrenarla?*. Recuperado en Julio de 2016 de:  
<http://www.psicothema.com/pdf/4051.pdf>
- Martos-Pérez, J. (2005) *Intervención educativa en autismo desde una perspectiva Psicológica*. Recuperado en Junio de 2016 de:  
[http://www.imunozy.org/files/9/Necesidades\\_Educativas\\_Especificas/Trastorno](http://www.imunozy.org/files/9/Necesidades_Educativas_Especificas/Trastorno)

[\\_de Espectro Autista/autismo/documentos/INTERVENCION EDUCATIVA EN AUTISMO-jmartos.pdf](#)

Martos, J. ; Freire, S.; Llorente, M.; Gonzalez, A. (2016) *Desarrollo social y teoría de la mente: comprensión e intervención*. En Valdez, D. (Comp.) *Autismos. Estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Ed. Paidós.

Millá, M.G.; Mulas, F. (2009) *Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista*. Recuperado en Junio de 2016 de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/48S02/bbS02S047.pdf>

Montiel, L. (2016) *Estudio internacional para mapear el autismo en Latinoamérica*. Recuperado en Setiembre de 2016 de: <http://www.redaccionmedica.ec/noticia/realizan-estudio-internacional-para-mapear-el-autismo-en-latinoam-rica-88349>.

Mulas F., Ros-Cervera G., Millá M.G., Etchepareborda M.C., Abad L., Téllez de Meneses M. (2010) *Modelos de intervención en niños con autismo*. Recuperado en Marzo de 2016 de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S03/bdS03S077.pdf>

Orellana, D. (2012) *Dificultades en la detección temprana de los trastornos del espectro autista*. Recuperado en Mayo de 2016 de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/34732/31659>

Pérez, A. (2015) *Más de 30.000 uruguayos presentan Trastorno del Espectro Autista*. Recuperado en Junio de 2016 en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/confrencia-autismo-federacion-uruguay-reyes-cuesta-inclusion-social-educativa>

Ramirez, M<sup>a</sup>. (2010) *Conocemos el síndrome de Asperger?*. Recuperado en Mayo de 2016 en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7388.pdf>

- Riviere, A. (2001) *Autismo: Orientaciones para la intervención educativa*. 1º Edición. Editorial Trotta.
- Riviere, A. (1998) *Inventario de Desarrollo IDEA*. Recuperado en Julio de 2016 de: <http://www.asemco.org/documentos/asemco-idea.pdf>
- Slade, A. (2009) *Mentalizando lo inmentalizable: Criando niños del espectro autista*. Recuperado en Mayo de 2016 de: [http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Noviembre\\_11/Mentalizando.pdf](http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Noviembre_11/Mentalizando.pdf)
- Valdez, D. (2016) *Autismos: estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. 1ª Ed. Editorial Paidós.
- Valdez, D. (2006) *La teoría de la mente y sus alteraciones en el espectro autista*. Recuperado en Mayo de 2016 en: [http://agora.xtec.cat/escolarel/moodle/pluginfile.php/115/mod\\_folder/content/0/Theories\\_Psicologiques\\_Explicatives\\_dels\\_TEA/Teoria\\_de\\_la\\_Mente\\_y\\_espectro\\_autista\\_-\\_Daniel\\_Valdez.pdf?forcedownload=1](http://agora.xtec.cat/escolarel/moodle/pluginfile.php/115/mod_folder/content/0/Theories_Psicologiques_Explicatives_dels_TEA/Teoria_de_la_Mente_y_espectro_autista_-_Daniel_Valdez.pdf?forcedownload=1)
- Vismara, L.; Rogers, S. (2010) *Behavioral Treatments in Autism Spectrum Disorder: What Do We Know?* Recuperado en Mayo de 2016 de: [http://dcautismparents.org/yahoo\\_site\\_admin/assets/docs/ABA\\_6.9260059.pdf](http://dcautismparents.org/yahoo_site_admin/assets/docs/ABA_6.9260059.pdf)
- Wing, L. (1998) *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia*. Recuperado en Febrero de 2016 de: [bd.unsl.edu.ar/download.php?id=2338](http://bd.unsl.edu.ar/download.php?id=2338)
- Wing, L.; Gould, J. (1979) .Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification.