

CUESTIONES SOBRE DETECCION, EVALUACION Y ATENCION TEMPRANA EN AUTISMO

FRANCISCO JOSE MENDIZABAL AGUIRRE
Asociación Autismo Burgos

Intentamos con esta comunicación tratar someramente, sin afán exhaustivo pero de forma comprensiva, una serie de cuestiones básicas sobre la detección, evaluación e intervención con niños con autismo muy pequeños partiendo de nuestra experiencia y de la revisión de la literatura científica existente.

A) DETECCION TEMPRANA

Nadie pone en cuestión que una detección lo más temprana posible de cualquier alteración en el desarrollo de un niño posibilita el establecimiento de un programa de intervención temprana capaz de promover al máximo las capacidades de desarrollo personal y social del niño y la adecuada orientación de sus familiares.

En el caso concreto del autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, este deseable y necesario diagnóstico temprano se ve sumamente dificultado en la práctica. Muy pocos niños sospechosos de autismo (o similar) son derivados a los profesionales o servicios especializados antes de los tres años habiéndose perdido por tanto un tiempo precioso para la implementación de un programa de atención.

¿Por qué es difícil la detección temprana del autismo?

Desgraciadamente, esta situación no es demasiado sorprendente si tenemos en cuenta una serie de factores:

- la relativamente baja frecuencia del autismo,
- la lógica y comprensible dificultad de los padres para detectar síntomas tan sutiles como los que caracterizan al autismo en sus primeras etapas, más si cabe si se trata del primer hijo,
- la quizás justificable pero idealmente eliminable falta de información de la mayoría de los pediatras y otros profesionales para poder detectar el autismo de forma temprana,
- la inadecuación de los instrumentos de evaluación del desarrollo actualmente al uso entre los pediatras los cuales se «preocupan» quizás más de posibles alteraciones perceptivas o motoras (que pueden incluso no darse en niños con autismo) y menos de aquellas alteraciones del desarrollo (sociales y comunicativas) que caracterizan al autismo,
- la dificultad de evaluación de las alteraciones sociales del autismo en estas fases tan tempranas del desarrollo puesto que pueden ir apareciendo o se van haciendo evidentes de manera insidiosa, encubierta y casi disimulada tras un rostro sano y un desarrollo en muchos casos no problemático a nivel perceptivo y motor,
- finalmente y para acabar de complicar la situación, las posibles diferentes formas de aparición del trastorno: hay casos en los que parece que los problemas se dan desde el principio pero, en otros casos, pueden aparecer después de un período de desarrollo aparentemente normal de uno o dos años.

¿Quién debe hacer detección temprana?

Son los profesionales de la pediatría a quienes corresponde esta responsabilidad y somos los profesionales que trabajamos en este campo quienes debemos ayudarles en esta difícil tarea. El propio Ministerio de Sanidad español reconoce en un documento publicado en 1991 que «los profesionales sanitarios están diagnosticando tarde las deficiencias infantiles. Este dato pone de manifiesto la necesidad de incidir en los profesionales sanitarios, concienciándolos de la necesidad de permanecer alerta en el cuidado de la población de alto riesgo y en el estudio de los signos de alarma que pueden ayudar a detectar precozmente una deficiencia». Con este fin, el citado Ministerio publicó una «Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño en Atención Primaria que pretende resaltar algunos factores de riesgo y los signos de alarma que los profesionales deben tener en mente de modo constante». Desgraciadamente, en esta guía (y en otras similares) se habla de problemas visuales, de problemas auditivos, alteraciones motoras, retraso men-

tal, problemas de lenguaje y problemas emocionales pero no se mencionan siquiera los trastornos del espectro autístico a pesar de su importancia cualitativa y de que su incidencia es mayor que la de algunos de los trastornos citados manejando ya la mayoría de los autores porcentajes de 2 por cada 1000.

De tal manera que, a pesar de esta interesante iniciativa, la información que sobre el autismo tienen los pediatras (y otros profesionales relacionados) no va a facilitar de ninguna manera su detección temprana. Así pues, los profesionales y las Asociaciones que trabajamos en este campo debemos intentar paliar esta situación proporcionando a los pediatras información referida a cuándo y cómo detectar el autismo.

¿Qué evaluar para poder detectar el autismo?

Los estudios que hemos podido revisar coinciden en una serie de conductas universales y específicas que tendremos que observar si queremos detectar el autismo de forma temprana. La mayoría de los autores mencionan el juego simbólico o de ficción, las conductas de atención conjunta (incluyendo el señalamiento protodeclarativo, la referencia social, la conducta de mostrar y la coorientación visual), el juego interactivo, el interés social, respuestas de comprensión de emociones y empatía, imitación y conductas o movimientos repetitivos. Por tanto, pensamos que en las revisiones pediátricas rutinarias se debería evaluar cuidadosamente la posible ausencia o alteración de estos aspectos.

¿Cuándo se puede detectar el autismo?

La mayoría de los autores revisados (Volkmar y col. 1985; Wing, 1980; Short y Schopler, 1988; Gillberg, 1990; Frith y otros, 1993 y otros) afirman que los síntomas del autismo aparecen antes de los tres años pero añaden que no es posible o que resulta muy difícil detectarlos en el primer año de vida. Parece, sin embargo, razonable, en vista de las investigaciones más recientes, plantearse esa posibilidad durante el segundo año. De esa manera, se podrían detectar tanto los casos ya con problemas durante el primer año (con mayor seguridad, además) como los que desarrollan los síntomas bruscamente después del primer año (frecuentemente, entre los 12 y 18 meses). En un trabajo de Johnson, Siddons, Frith y Morton (1992), los autores concluyen, basándose en resultados de test de evaluación del desarrollo de niños normales, retrasados no autistas y autistas, que, si bien antes

de los 12 meses no parece posible detectar autismo de forma inequívoca, sí es posible hacerlo a los 18 meses si evaluamos preferentemente los aspectos sociales del desarrollo. A idéntica conclusión llegan Baron-Cohen y colaboradores (Baron-Cohen, Allen y Gillberg, 1992). Con todos estos datos parece razonable, hoy por hoy, considerar la posibilidad de detectar autismo a una edad tan temprana como los 18 meses.

¿Cómo detectar el autismo?

En el Estado español, la prueba más utilizada por los pediatras para valorar el desarrollo es la Escala Denver en su versión simplificada (no tipificada en España). La citada escala evalúa las áreas motriz, adaptativa, lingüística y social del desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los seis años y se aplica en todas las revisiones rutinarias establecidas en nuestro país. Después de analizar los diversos ítems que componen la citada escala, parece muy posible que algunos o muchos casos de autismo puedan pasar desapercibidos con su aplicación puesto que no se trata de una prueba muy sensible a los aspectos alterados en autismo que hemos comentado antes y pone más el acento en aspectos perceptivos y motores.

Siendo esto así, vemos dos únicas posibilidades de facilitar una detección más temprana del autismo: por un lado, mejorar las pruebas de evaluación y hacerlas más sensibles y receptivas a las señales de alarma del autismo y otros trastornos del desarrollo (tal y como se ha hecho en el País Vasco con la Escala Haizea) y, por otro, elaborar cuestionarios específicos y aplicarlos en una revisión completa a los 18 meses. Nosotros, aún estando de acuerdo y habiendo colaborado también en la primera vía, hemos tratado de trabajar en la segunda de acuerdo con lo expuesto por los autores antes mencionados de que es posible la detección del autismo basándose en la aplicación de cuestionarios específicos en las revisiones pediátricas rutinarias.

Así, hemos elaborado dos instrumentos para facilitar la detección temprana del autismo (IDTA-18): un cuestionario de 20 preguntas para los padres y una escala de 10 ítems de evaluación directa (ver anexo). Junto con estos instrumentos se adjuntan tanto las respuestas prototípicas que daría un sujeto con autismo (lo cual permite obtener una puntuación según la cual se decide si derivar o no el caso a un especialista) como una serie de señales de alarma que se pueden obtener de la aplicación del Denver.

Coincidiendo con nuestro trabajo, Baron-Cohen y colaboradores han diseñado otro interesante cuestionario con el mismo objetivo: el CHAT (Checklist for Autism in Toddlers). En este Congreso presen-

tarán los resultados y conclusiones de su aplicación a 20000 niños de 18 meses lo cual estamos seguros de que aportará nuevas luces para avanzar en los objetivos de una más temprana detección del autismo.

¿A quién aplicar los instrumentos de detección?

Lo ideal sería que dichos instrumentos se aplicasen universalmente en una evaluación completa y profunda a los 18 meses. Sin embargo, somos conscientes de que tal medida podría resultar poco operativa o «rentable» por cuanto que el autismo es un trastorno relativamente infrecuente. Como comenta Baron-Cohen, es como «buscar una aguja en un pajar». Por tanto, quizás la aplicación de los instrumentos se pudiera limitar a todos los casos de riesgo, casos sospechosos de autismo por cualquier razón, niños con hermanos mayores con autismo, niños que han experimentado un estancamiento, retroceso o pérdida más o menos brusca de habilidades previamente adquiridas o simplemente aquellos casos en los que los resultados del Denver sean disarmónicos o se acerquen al cuadro más o menos típico de autismo que presentamos en esas orientaciones mencionadas que adjuntamos junto con los instrumentos en la distribución a pediatras.

Lógicamente, en los casos en los que los resultados del Denver y/o la aplicación de los instrumentos IDTA-18 arrojasen la posibilidad de un diagnóstico de autismo debería derivarse el caso a un servicio o profesional especializado para su adecuada orientación.

¿Qué hemos hecho para impulsar la detección temprana del autismo?

En la Asociación Autismo Burgos venimos trabajando desde 1991 en este tema habiendo realizado hasta la fecha actual diversas actuaciones.

En primer lugar, hemos intentado conocer la situación de la detección temprana entre los profesionales de la pediatría más cercanos y analizar los instrumentos que vienen utilizando para ello. En este sentido, hemos analizado, junto con dichos profesionales, la información y recursos con los que cuentan los pediatras para realizar una detección temprana de los trastornos del desarrollo y la sensibilidad de las pruebas utilizadas para ello. De ese análisis hemos podido constatar la, a nuestro juicio, inadecuación de la escala utilizada y la profunda desinformación existente sobre el autismo entre los profesionales.

En segundo lugar, como hemos dicho, hemos elaborado unos instrumentos específicos para la detección del autismo y una serie de señales de alarma basadas en los ítems de la Escala Denver cuya presencia aconseje la aplicación de los instrumentos. Todo ello lo hemos intentado dar a conocer y distribuir por medio de contactos directos, visitas, charlas, etc. lo más ampliamente posible entre los profesionales de la Salud, Educación y Servicios Sociales de manera adaptada a las competencias de los profesionales de cada institución. Estos instrumentos se están actualmente aplicando a casos sospechosos de trastorno del desarrollo y de forma limitada (que esperamos ampliar cara a su validación) también a niños normales de 18 meses.

En tercer lugar, hemos contribuido a sensibilizar, informar y formar en el tema del autismo en general (definición, etiología, criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial...) mediante diversos contactos, ciclos de charlas, visitas a centros de salud, distribución de documentación, etc. a los profesionales de la pediatría y otros profesionales relacionados con la detección y atención temprana de Salud, Educación y Servicios Sociales a nivel, fundamentalmente, de la provincia de Burgos aunque también hemos contactado con un programa de coordinación interinstitucional de la Comunidad Autónoma.

De todo lo anterior estamos realizando una evaluación muy positiva si consideramos el evidente interés suscitado, las consultas y derivaciones realizadas por profesionales de la sanidad, educación y servicios sociales y el aumento de casos diagnosticados a los que hemos ido proporcionando orientación y programas de atención.

Finalmente, estamos intentando recabar apoyo institucional para dar mayor empuje a estas actuaciones a nivel local. Asimismo, vemos imprescindible su ampliación a otros ámbitos y estamos analizando las posibilidades a nivel regional, estatal (con Autismo España y AETAPI) e internacional (con Autismo Europa).

Futuras actuaciones posibles

A partir de estas consideraciones esperamos que las Asociaciones que formamos parte de Autismo Europa colaborem para impulsar y canalizar cualquier actuación tendente a facilitar la detección temprana del autismo. Algunas de las actuaciones posibles podrían ser éstas:

- incluir el autismo y las señales de alarma para su detección en todas aquellas guías de detección u otros documentos técnicos que sobre los trastornos del desarrollo pueda publicar cualquier institución,

- sensibilizar, informar y formar a los pediatras y otros profesionales relacionados para una mejor detección de los trastornos del desarrollo,
- distribuir entre estos profesionales listados de Asociaciones y profesionales especialistas en autismo y otros trastornos del desarrollo,
- elaborar y distribuir documentos técnicos, folletos, videos, bases de datos, artículos en revistas de pediatría... entre los profesionales y centro relacionados con el tema,
- diseñar y distribuir nuevas escalas de evaluación del desarrollo (tipo Haizea), adaptar las existentes y/o distribuir los instrumentos específicos de detección temprana (CHAT, IDTA-18), etc.

Para todo ello, sería conveniente crear grupos o comisiones de trabajo a nivel estatal (Autismo España o AETAPI) e internacional (Autismo Europa) y seguir reflexionando y poniendo en práctica todas aquellas actuaciones que nos vayan acercando al objetivo de una más temprana detección del autismo y de cualquier otro trastorno del desarrollo.

B) EVALUACION

Diferencia entre diagnóstico y evaluación

Conviene recordar, en primer lugar, la diferencia entre diagnóstico y evaluación aunque en muchos casos las dos actividades van unidas. El diagnóstico se refiere a las características que un sujeto comparte con otro y que llevan a su clasificación como perteneciente a una determinada categoría diagnóstica. La evaluación, en cambio, trata de recabar información detallada sobre las dificultades, capacidades, estilos y potencial de aprendizaje, preferencias, etc. del individuo evaluado para elaborar un programa educativo individualizado. Por tanto, el objetivo fundamental de la evaluación es facilitar una intervención adecuada. Evaluación e intervención son dos aspectos de un mismo proceso (Tamarit, 1985).

Diferencias respecto de la evaluación de niños mayores

La evaluación en estas edades tempranas tiene unos rasgos diferenciados de la evaluación al uso con niños mayores. Entre otros mencionamos los siguientes:

- el enfoque basado en el desarrollo tiene más importancia que con mayores,
- es más posible que los niños estén menos acostumbrados al tipo de actividades que se le plantean, pueden tener una atención más lábil y presentar ansiedad de separación,
- se requiere mayor «ingenuidad», flexibilidad y capacidad de adaptación («reflejos»),
- los contenidos a evaluar son relativamente distintos,
- el papel de los padres es más importante y necesario y debe ser más activo y participante...

Fuentes de información

Es fundamental recabar información de las conductas del niño-a con diferentes personas y en diversos contextos integrando las diversas fuentes de manera comprensiva y clarificando las posibles discrepancias. Para ello es conveniente basarse en las siguientes fuentes posibles de información:

- Tests-escalas en sesiones clínicas.
- Entrevistas e información de padres y profesores.
- Observación en situaciones naturales (casa, escuela, guardería...) y/o observaciones estructuradas de la interacción con padres y evaluadores.

Consideraciones para una adecuada evaluación

Para llevar a cabo una apropiada evaluación en estas edades en general y en autismo en particular es conveniente considerar una serie de cuestiones:

- tener en cuenta las dificultades derivadas del síndrome de autismo (inconsistencia de motivación, incomprensión de contingencias, déficits de procesamiento sensorial y atención, probable perfil disarmónico de desarrollo, dificultad de comprensión de reglas sociales básicas, herramientas comunicativas y comprensión deficitaria...),
- necesidad de flexibilidad y capacidad de manejo conductual,
- necesidad de observar y recabar información de diversos contextos y de clarificar las posibles discrepancias,
- necesidad de estructuración apropiada de las sesiones,
- tener en cuenta la posible (no frecuente en autismo) ansiedad por separación,

- considerar las posibles dificultades de reconocimiento por parte de los padres del alcance de los problemas de su hijo,
- considerar la posible y semiinconsciente actitud parental de directividad excesiva para compensar el frecuente déficit de iniciativas sociales de su hijo,
- considerar la lógica diferencia entre la relación del niño con sus padres y la establecida con el evaluador y la probable diferencia entre la relación con la madre y la relación con el padre,
- conveniencia de plantear a los padres preguntas abiertas, concretas, referidas a situaciones cotidianas,
- conveniencia de utilización del video y grabación de las sesiones,
- conveniencia de la presencia de algún padre en alguna parte de las sesiones,
- tener en cuenta posible desconocimiento parental sobre algún aspecto planteado (por ejemplo, relación o interés en otros niños),
- considerar la dificultad e incluso imposibilidad de evaluación en contexto clínico de algunos aspectos conductuales (por ejemplo, rutinas),
- tener en cuenta la posible influencia negativa del contexto clínico en alguna conductas espontáneas (por ejemplo, juego, comunicación)...

Areas, contenidos y metodología

Evaluación social

- Contenidos: interés social, cantidad y calidad de iniciativas sociales, contacto ocular, sonrisa social, atención conjunta, imitación (corporal, vocal y motora), apego, expresión y reconocimiento de emociones...
- Metodología e instrumentos (enumeración sin afán exhaustivo): mediante entrevistas estructuradas a padres (ADI-R, Riviére), observación estructurada en contexto clínico tanto de las interacciones planificadas (ACACIA, PL-ADOS, CARS) como no planificadas con padres, videos familiares e instrumentos clínicos diversos (tests normativos como el Brunet-Lezine o Vineland, tests criteriosales como el Uzgiris-Hunt o inventarios del desarrollo como el Battelle, Carolina...).

Evaluación comunicativa

- Contenidos: intencionalidad, herramientas comunicativas, funciones, contenidos, contextos, comprensión...
- Metodología e instrumentos: entrevistas estructuradas (ADI-R, Riviere), observaciones estructuradas (PL-ADOS, ACACIA, CARS), videos familiares, e instrumentos clínicos diversos (Reynell, Richey, ITPA, PLON, Peabody, Kiernan, Schuler...).

Juego

- Contenidos: exploración, preferencias, juego funcional, juego simbólico (descentración, descontextualización, integración, planificación), role-playing, juego cooperativo, juego interactivo y social...
- Metodología: entrevistas estructuradas (ADI-R, PL-ADOS), observaciones semi-estructuradas (juego libre), videos familiares e instrumentos clínicos diversos (Lowe-Costello, Uzgiris-Hunt).

Evaluación cognitiva

- Contenidos: nivel sensoriomotriz, nivel de desarrollo general, evaluación de preferencias estímulares y sensoriales, estilo y potencial de aprendizaje, habilidades ejecutivas y metacognitivas, habilidades académicas...
- Metodología e instrumentos: observaciones estructuradas en diversas tareas y tests normativos (Leiter, Weschler, Bayley, Brunet-Lezine, Uzgiris, PEP-R, ASIEP-2).

Evaluación motora

Motricidad fina y gruesa mediante la observación, información parental y aplicación de Brunet-lezine, PEP-R, Picq y Vayer, Ozretsky...).

Evaluación familiar-ambiental

Es interesante conocer mediante entrevista la situación familiar, el impacto del diagnóstico, sus recursos para superarlo y establecer vías adecuadas de colaboración en la intervención, la interacción familiares-niño, la estructura del entorno doméstico...

Evaluación médica

Pruebas neurológicas y de neuroimagen (EEG, TAC, SPECT, Resonancia Magnética...), análisis de sangre y orina, potenciales evocados, etc.

Evaluación de autonomía personal

Fundamentalmente sobre alimentación, control de esfínteres, vestido, aseo, etc. mediante entrevistas familiares y aplicación de cuestionarios diversos.

Evaluación de problemas conductuales

Se trata de valorar la posible presencia, topografía, intensidad y frecuencia de conductas disruptivas, agresiones, autolesiones, estereotipias, pica, regurgitación, fobias, miedos, etc. mediante cuestionarios o entrevista estructuradas como el ADI-R, HBS o ICAP.

Evaluación de preferencias

Es muy importante conocer los objetos, juguetes, estímulos, modalidades sensoriales, actividades, alimentos... preferidos de cara a utilizarlos como refuerzos o motivadores de otras actividades, como objetivos relevantes de comunicación, etc.

C) ATENCION TEMPRANA

Objetivo y encuadre temporal

Como ya hemos adelantado, el objetivo de la evaluación es el establecimiento de un programa de intervención adecuado para favorecer el desarrollo del niño en cuestión y facilitar la apropiada orientación de padres y profesionales.

Al hablar de atención temprana en autismo nos estamos refiriendo a la realizada en torno a edades entre los dos y cuatro años (o seis), raramente antes debido a las dificultades de detección antes comentadas. Lo más adecuado es implantar un programa de intervención lo antes posible incluso antes de establecer de manera definitiva un diagnóstico determinado con garantías.

Características específicas

La atención temprana en autismo tiene algunos rasgos diferenciales con respecto al tipo de intervención aplicable en edades más avanzadas. Entre otros destacaremos la radicalmente diferente situación familiar (mayor confusión, menor asunción del problema, mayores expectativas, mayor necesidad de apoyo emocional...) y las características intrínsecas del niño a estas edades (menor nivel comunicativo, menor tamaño, mayor manejabilidad, rabietas menos «llamativas»...).

Asimismo, también contempla algunas diferencias con respecto a la atención temprana en otros trastornos. La edad de aparición o de detección del trastorno es más tardía, la situación familiar suele ser de mayor confusión y peor asunción, es preciso enfatizar los aspectos sociocomunicativos y la evaluación se hace más difícil a causa de las características específicas de los niños con autismo a estas edades (menor nivel comunicativo, menor comprensión del entorno, menor interés y comprensión social, mayor dificultad de imitación, mayor necesidad de estructuración...). De todas formas, si bien los niños con autismo comparten una serie de características y, por tanto, también sus programas de intervención podrán contener elementos comunes, el enfoque ha de ser individualizado buscando el adecuado desarrollo de cada niño y la apropiada orientación de cada familia.

El enfoque general de la atención temprana en autismo debe centrarse en una triple vertiente (niño, familia y entorno) y los esfuerzos terapéuticos deben dirigirse a todos y cada uno de estos aspectos. Así, es preciso promover el desarrollo y la autonomía del niño, apoyar y formar a padres y hermanos y adaptar adecuadamente el entorno tanto familiar como escolar para facilitar dicho desarrollo y la interacción apropiada de padres y profesores con el niño. Asimismo, es conveniente que el enfoque sea generalista, debidamente coordinado entre todos los agentes implicados y combinado, no centrado exclusivamente en casa o en el contexto clínico sino en los tres contextos (casa, escuela infantil y contexto clínico).

Las modalidades de escolarización pueden ser diversas según el nivel y características del niño en cuestión, las posibilidades y recursos existentes, preferencias familiares y otros factores de índole práctico: aula integrada (llamada estable o polivalente en el País Vasco), centro específico con integración parcial o integración completa en aula ordinaria. El modelo de aula integrada es muy interesante, se utiliza en el País Vasco, pero nosotros todavía no hemos podido ponerlo en práctica. Sí lo hemos hecho, por el contrario, con los otros dos modelos con diferentes niños y en distintas circunstancias, siempre asegurando el contacto y la interacción con compañeros no dis-

capacitados. Es el nuestro un modelo adaptado a las posibilidades y circunstancias de nuestro ámbito de actuación.

Principios de intervención

Exponemos a continuación una serie de principios (generales, sociales, comunicativos y conductuales) de intervención a considerar por parte del educador-orientador en la atención general a niños con autismo en edades tempranas:

Generales

- Apoyar, explicar, informar y formar a la familia (explicar en profundidad y de manera realista la naturaleza del autismo para comprender y aceptar mejor sus manifestaciones sintomáticas, mejorar habilidades de observación, dar pautas generales de estimulación y manejo conductual, diseñar un entorno estructurado y «provocador» de comunicación, promover la autonomía...),
- individualizar los objetivos y estrategias terapéuticas,
- adaptar cuidadosamente al nivel real en las distintas áreas,
- procurar no obsesionarse con la intensividad del tratamiento pero formar a las personas implicadas y adaptar y enriquecer los diversos entornos para promover su desarrollo 24 horas al día durante los 365 días al año,
- procurar convertirnos en personas de referencia, significativas y deseables,
- esforzarnos por comprender y mantener una actitud de reflexión constante,
- dar oportunidades y promover la implicación activa del niño,
- partir de sus capacidades (avanzar en la «zona de desarrollo próximo» de Vigotsky), aprovechar sus «puntos fuertes»,
- tener en cuenta el desarrollo normal y el principio de funcionalidad,
- diseñar un entorno cálido, positivo, empático,
- partir de sus intereses, aprovechar sus preferencias,
- trabajar en situaciones naturales cotidianas,
- promover su autonomía e interdependencia,
- utilizar la enseñanza estructurada en un entorno comprensible y predecible (Schopler, Mesibov y Hearsey, 1995),
- secuenciar objetivos, alternar actividades fáciles y difíciles, más preferidas con menos preferidas,

- utilizar apoyos visuales (fotografías, por ejemplo) para desarrollar capacidad representacional, estructurar el espacio y el tiempo, organizar el trabajo, como sistema alternativo de comunicación, promover la autonomía social, desarrollar memoria autobiográfica, desarrollar habilidades de teoría de la mente...,
- utilizar ayuda física más que o además de instrucciones verbales o modelado,
- utilizar aprendizaje sin error pero promover también gradualmente su tolerancia al mismo y la búsqueda de alternativas,
- promover la generalización de las habilidades adquiridas a otros ambientes y personas,
- utilizar el juego y dar a las actividades un carácter lúdico y agradable.

Area social

- Enfatizar los aspectos sociocomunicativos (los más alterados en autismo),
- no forzar la relación social, hacer gradualmente deseable la relación,
- utilizar de manera dirigida y planificada pero preservando la espontaneidad compañeros menos discapacitados (más competentes socialmente) y/o no discapacitados (Lord, 1995),
- atribuir de manera permanente, estructurada y previamente planificada intencionalidad a sus acciones para ir, poco a poco, construyendo una verdadera intencionalidad (Tamarit y Gortazar, 1988),
- utilizar la imitación (contraimitación) de las acciones y vocalizaciones del niño (Tiegerman y Primavera, 1984; Dawson y Gallpert, 1990),
- exagerar las consecuencias sociales (reacciones, expresiones faciales) de sus actos para facilitar una mejor comprensión social,
- enseñar conductas imperativas progresivamente más complejas y conductas declarativas sencillas (Gómez, Sarriá, Tamarit, Brioso y León, 1995)

Area comunicativa

- Diseñar un entorno provocador de comunicación funcional y espontánea utilizando el procedimiento de instrucción del Programa de Comunicación Total de B. Schaeffer y los procedimientos de enseñanza natural del lenguaje (incitación y mode-

lado, enseñanza incidental, espera estructurada, ruptura de rutinas, interrupción de actividad deseada, «olvido» de objetos y turnos, violación de la función de los objetos o de su manipulación...),

- adaptar nuestro lenguaje (ajustarnos a su nivel de comprensión, asegurar su atención, emplear repeticiones, componer y descomponer estructuras, ofrecer modelos expandidos...) y reforzarlo con gestos, signos, fotos...,
- utilizar sistemas alternativos de comunicación ya con niños de dos-tres años que no estén desarrollando lenguaje (Prizant y Wetherby, 1993).

Area conductual

- Intentar modificar gradualmente sus estereotipias, rituales y rutinas aumentando y flexibilizando progresivamente su repertorio de actividades e intereses,
- utilizar métodos conductuales positivos, imaginativos, comprensivos, flexibles en base al concepto de «conductas desafiantes».

Prioridades curriculares-terapéuticas

Si bien las prioridades curriculares o terapéuticas se deben establecer en función de la evaluación individual, los siguientes aspectos pueden ser fundamentales en un programa de intervención temprana en niños con autismo:

- formar a la familia,
- énfasis en socio-comunicación:
 - social: imitación, atención conjunta, toma de turnos, responsividad social, juego cooperativo...
 - comunicación: desarrollar recursos comunicativos, ampliar repertorio de funciones, aumentar espontaneidad...,
- promover su autonomía e interdependencia,
- reducir problemas de conducta intentando sustituir las conductas inadecuadas por formas adecuadas de comunicación y control del entorno,
- desarrollo de habilidades cognitivas y académicas (capacidad metarrepresentacional, inteligencia sensoriomotriz, habilidades de disposición al aprendizaje, categorización...),
- flexibilizar tendencias repetitivas.

ANEXO

INSTRUMENTOS DE DETECCION TEMPRANA
DEL AUTISMO (IDTA-18)

A) CUESTIONARIO A PADRES

1. ¿Sonríe como saludo o en respuesta a la sonrisa del adulto?
2. ¿Mira a los ojos cuando se le habla?
3. ¿Ríe o llora cuando personas familiares a su lado ríen o lloran?
4. ¿Busca de alguna manera compartir su disfrute con otras personas?
5. ¿Responde a la voz, atiende a su nombre?
6. ¿Se interesa por las personas?
7. ¿Mira a donde señala o mira el adulto?
8. ¿Muestra, da u ofrece espontáneamente juguetes u otros objetos?
9. Ante un objeto, persona o situación nueva, ¿mira al adulto como si pidiera información para saber a qué atenerse?
10. ¿Pide objetos señalándolos y mirando alternativamente a los mismos y al adulto?
11. ¿Señala con el dedo índice para mostrar su interés por algo y compartirlo con el adulto?
12. ¿Disfruta y toma parte activa en juegos interactivos?
13. ¿Se pone contento cuando ve a sus padres tras una ausencia y/o se disgusta con extraños?
14. ¿Realiza espontáneamente algún gesto comunicativo?
15. ¿Da y/o busca consuelo?
16. ¿Imita espontáneamente algún gesto o conducta?
17. ¿Juega a hacer como si bebiese de una taza (vacía) o diese de comer a una muñeca?
18. ¿Juega con un coche desplazándolo e imitando el ruido del motor?
19. A nivel sensorial, ¿tiene alguna respuesta anormal (falta de respuesta, hipersensibilidad, fascinaciones...)?
20. ¿Realiza frecuentemente movimientos estereotipados (balanceos, aleteos, giros, posturas raras de dedos...)?

BIBLIOGRAFIA

ADRIEN, FAURE y otros (1991): «Autism and family home movies». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 1.

- BARON-COHEN (1991): «Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others».
- BARON-COHEN (1995): «Mindblindness» MIT Press.
- BARON-COHEN, ALLEN y GILLBERG (1992): «Can autism be detected at 18 months?». *British Journal of Psychiatry*, 161.
- BARON-COHEN, TAGER-FLUSBERG y COHEN (1993): «Understanding other minds». Oxford Medical Publications.
- DAWSON y GALLPERT (1990): «Mother's use of imitative play for facilitating social responsiveness and toy play in young autistic children». *Development and Psychopathology*, 2, 2.
- ERIKSSON y DE CHATEAU (1992): «A girl aged two years and seven months with autistic disorder videotaped from birth» *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22,1.
- FRITH (1989): «Autism: explaining the enigma». Basil Blackwell.
- FRITH y SOARES (1993): «Research into earliest detectable signs of autism: What parents say». *Communication*, 27, 3.
- GILLBERG, EHLERS y otros: «Autism under 3 years: a clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 6.
- GILLBERG (1989): «Early symptoms in autism» En Gillberg (Ed.): «Diagnosis and treatment of autism» Plenum Press.
- HARRIS y HANDLEMAN (1994): «Preschool education programs for children with autism». Pro-Ed.
- JOHNSON, SIDONS, FRITH y MORTON (1992): «Can autism be predicted on the basis of infant screening tests?». *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34.
- JORDAN y POWELL (1995): «Understanding and teaching children with autism». Wiley.
- KLIN, VOLKMAR y SPARROW (1992): «Autistic social dysfunction. some limitations of the theory of mind hypothesis». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 5.
- LORD (1995): «Facilitating social inclusion» En Schopler y Mesibov «Learning and Cognition in Autism». Plenum Press.
- LORD (1995): «Follow up of two-year olds referred for possible autism». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 8.
- LÖSCHE (1990): «Sensorimotor and action development in autistic children from infancy to early childhood». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 5.
- MENDIZABAL (1993): «Un intento de aproximación al tema de la detección temprana en autismo». *Actas del VII Congreso de Autismo*, Editorial Amarú.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1991): «Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño en Atención primaria».

- OLLEY y STEVENSON (1989): «Preschool curriculum for children with autism». En Dawson «Autism: Nature, diagnosis and treatment» Guilford Press.
- OSTERLING y DAWSON (1994): «Early recognition of children with autism: a study of first birthday home videotapes» *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 3.
- PRIZANT y WETHERBY (1993): «Communication in preschool autistic children». En Schopler, Van Bourgondien y Bristol «Preschool issues in autism».
- RIVIERE (1994): «El autismo desde dentro: modelos explicativos y pautas de intervención». Ponencia presentada en el 4^º Encuentro sobre autismo, Burgos.
- SPARLING (1991): «A prospective case report of infantile autism from pregnancy to four years». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 2.
- SCHOPLER, MESIBOV y HEARSEY (1995): «Structured teaching in the TEACCH system». En Schopler y Mesibov «Learning and cognition in autism». Plenum Press.
- SCHOPLER, VAN BOURGONDIEN y BRISTOL (1993): «Preschool issues in autism». Plenum Press.
- SIMEONSSON, OLLEY y ROSENTHAL (1988): «Intervención precoz en niños autistas».
- STONE y LEMANEK (1990): «Parental report of social behaviors in autistic preschoolers». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 4.
- TAMARIT (1985): «Evaluación y tratamiento: dos aspectos de un mismo proceso». Congreso Nacional de Autismo, Madrid.
- TAMARIT y GORTAZAR (1988): «Modelo explicativo de las alteraciones comunicativas en autismo desde la perspectiva de la cognición social» Congreso nacional de Autismo, Cádiz.
- VOSTANIS, SMITH y otros (1994): «Early detection of childhood autism: a review of screening instruments and rating scales». *Child care, health and development*, 20.
- WATSON y MARCUS (1988): «Diagnosis and Assessment of Preschool Children». En Schopler y Mesibov, «Diagnosis and Assessment in autism» Plenum Press.