

IV JORNADA INTERNACIONAL DE NEUROCIENCIAS

Creando redes de apoyo para el **AUTISMO**



18 y 19 de octubre de 2024

www.brainconnections.co



IV JORNADA INTERNACIONAL DE NEUROCIENCIAS



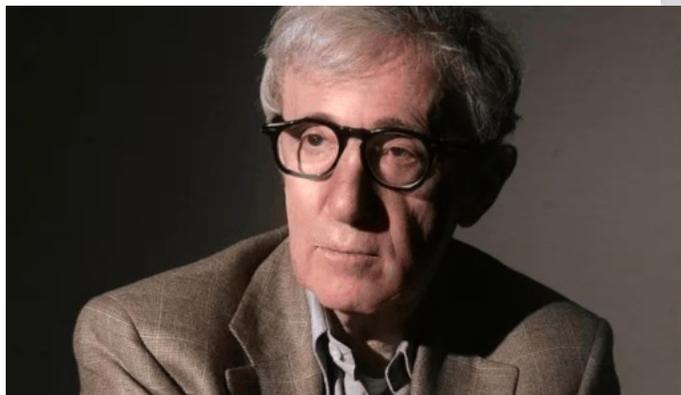
*Reflexiones desde la neuropsicología acerca de la
intervención actual del Autismo*

*Juan Carlos Oliveros Fortich
Neuropsicólogo*





Bill Gates



Woody Allen

Albert Einstein



Stanley Kubrick

Michael Jackson

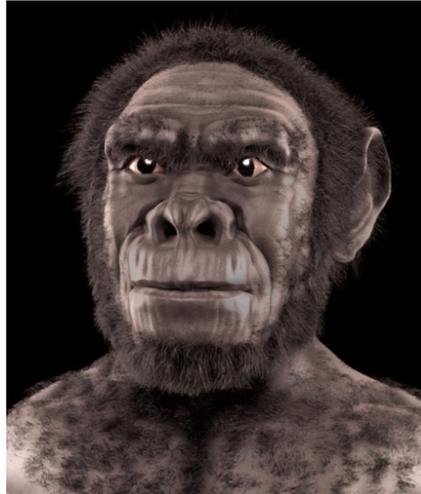


Una Larga Historia de Evolución

Australopitecus
(hace 3.9 millones de años hasta 2 millones de años)



Homo Habilis
(hace 2,3 millones de años hasta 1,65 millones de años)



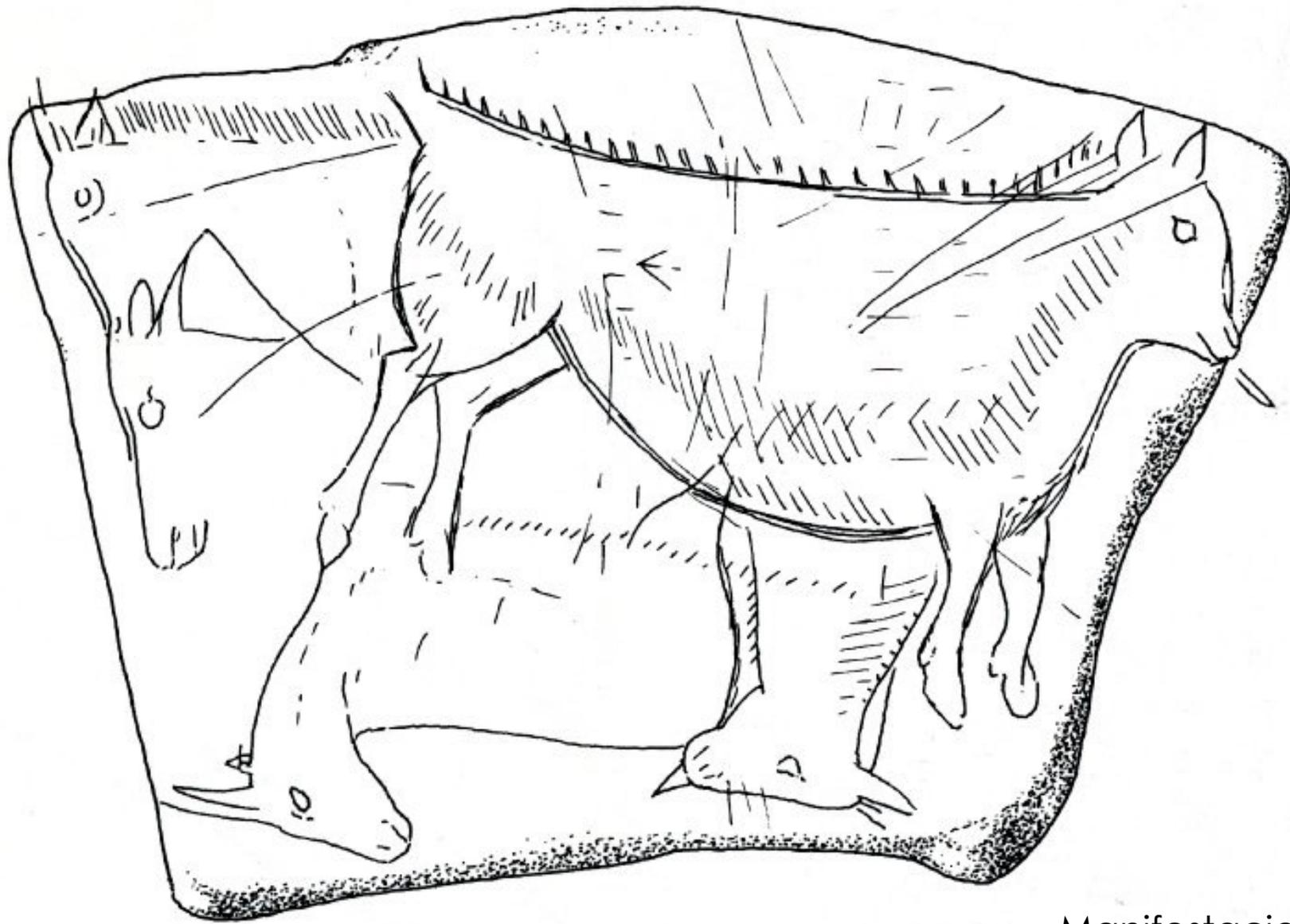
Homo Erectus
(hace 1,9 millones de años y 117 000 años)



Homo Sapiens Sapiens
(desde 40.000 a. C. procedente de África)



Homo Sapiens Neanderthal
(hace 120.000 años llega a Europa y Oriente Próximo)



Manifestaciones Gráficas Rupestres (MGR) del
Periodo Paleolítico
Plaquette número 662 de Montrastruc

Manifestaciones gráficas
rupestres de la Edad de
Hielo



Representaciones de caballos en la
cueva de Lascaux

Nadia es una niña talentosa con autismo
severo (Nadia realizó este dibujo a la
edad de 3 años y 5 meses).



Caballos dibujados por Nadia

Nicolás Humphrey; 1988

De 1911 a La Segunda Guerra Mundial



El término **autismo** aparece por primera vez en la monografía llamada *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, redactada por **Eugen Bleuler (1857-1939)** para el *Tratado de Psiquiatría* y publicado en Viena en 1911.





El autismo está caracterizado según Bleuler por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, **construyendo así un mundo separado de la realidad exterior** y generando una imposibilidad de comunicarse con los demás.

Eugène Minkowski (1885-1972), define al autismo dentro la perspectiva en referencia a la noción de *Élan vital* introducida por el filósofo Henri Bergson, como “*la pérdida del contacto del élan vital con la realidad*”, definición que será la base de su propia concepción de la esquizofrenia más adelante.



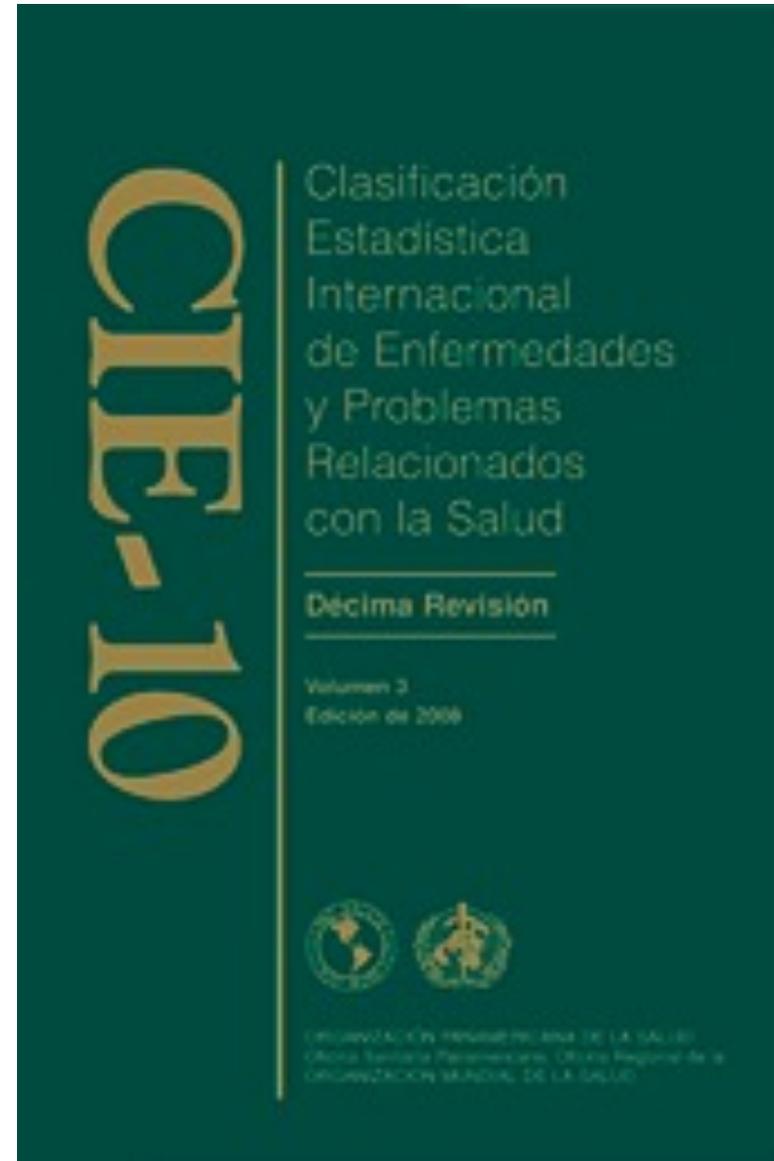


- Desde 1871 Ewald Hecker había descrito la clínica de lo que llamó ***hebefrenia*** [de Hebe, diosa de la juventud, hija de Zeus, en la mitología griega] para hacer referencia de que se trataba de una ***patología del adulto joven***, siendo la forma clínica hebefrénica una de las más características de la psicosis esquizofrénica.

**Clasificación
internacional de las
enfermedades antes de
la segunda guerra
mundial**



La primera edición revisada de la Clasificación Internacional de las Enfermedades publicada por la OMS fue la ***CIE-5***.



La clasificación de las enfermedades mentales después de La Segunda Guerra mundial

Primer Congreso Mundial de Psiquiatría,
organizado en París en 1950 por las
sociedades francesas, donde estuvieron
representadas 29 naciones, se expresó el ***deseo***
de disponer de un útil que permitiera
comparar los diagnósticos y los pronósticos
formulados en diferentes países para los
principales trastornos mentales descritos desde
el nacimiento de la psiquiatría.



Hans Asperger
(1906-1980),
publicó en 1944,
en Viena, Die
Autistische
Psychopathen in
Kindersalter.

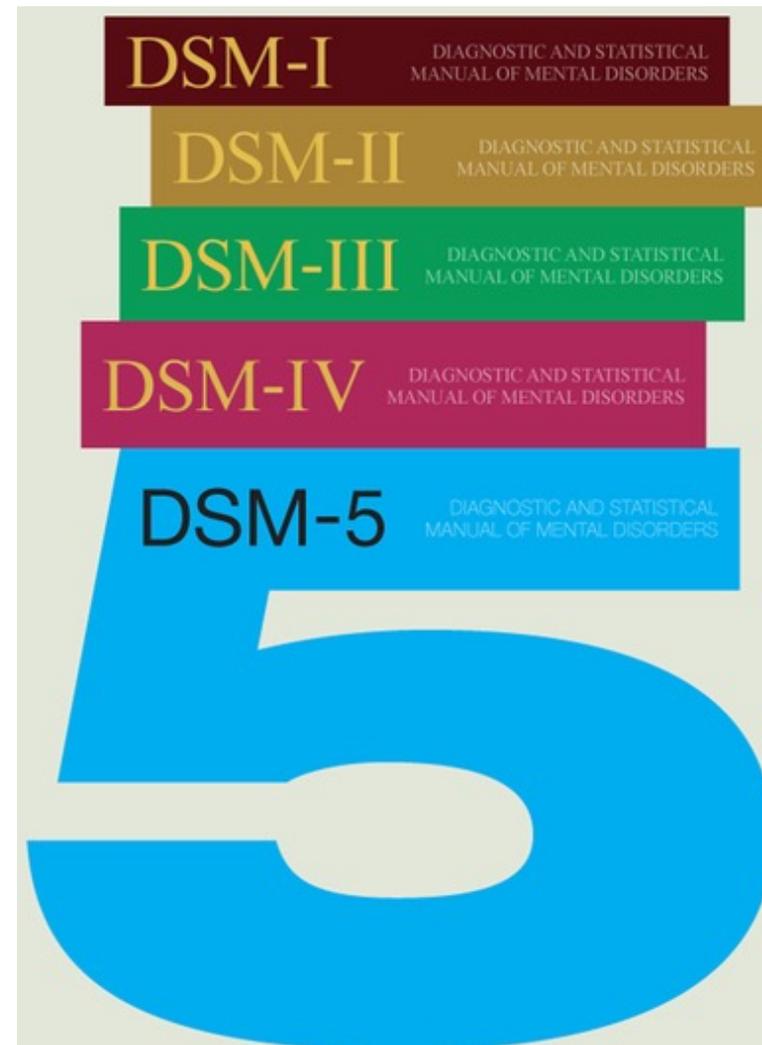




- La OMS incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), un ***capítulo específico para los trastornos mentales***, el capítulo V. A partir de la octava edición incluía un glosario redactado bajo la dirección de ***Sir Aubrey Lewis*** para precisar la terminología utilizada.

Psicoestimulación.

La *American Psychiatric Association* procedió a la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico usado entonces, el *DSM-II*, y publicó en 1980 el *DSM-III* que fue rápidamente traducido en varias lenguas especialmente las latinas.



La psicopatología del autismo en el niño a finales de La Segunda Guerra Mundial



- Leo Kanner describió, a partir del análisis de once casos observados en niños pequeños, (esencialmente varones), un cuadro clínico caracterizado por la ***extrema precocidad de su aparición puesto que se manifiesta desde el primer año de vida***; una sintomatología marcada por:

- Inmovilidad del comportamiento (*sameness* o *addicted to routine*)
- Soledad (*someness*)
- Retraso importante o una ausencia de la adquisición del lenguaje verbal.

CEREBRO Y MENTE

Mente:

conjunto de facultades intelectuales y funciones psíquicas de una persona

Cerebro:

soporte psicobiológico de la mente

NEURODESARROLLO

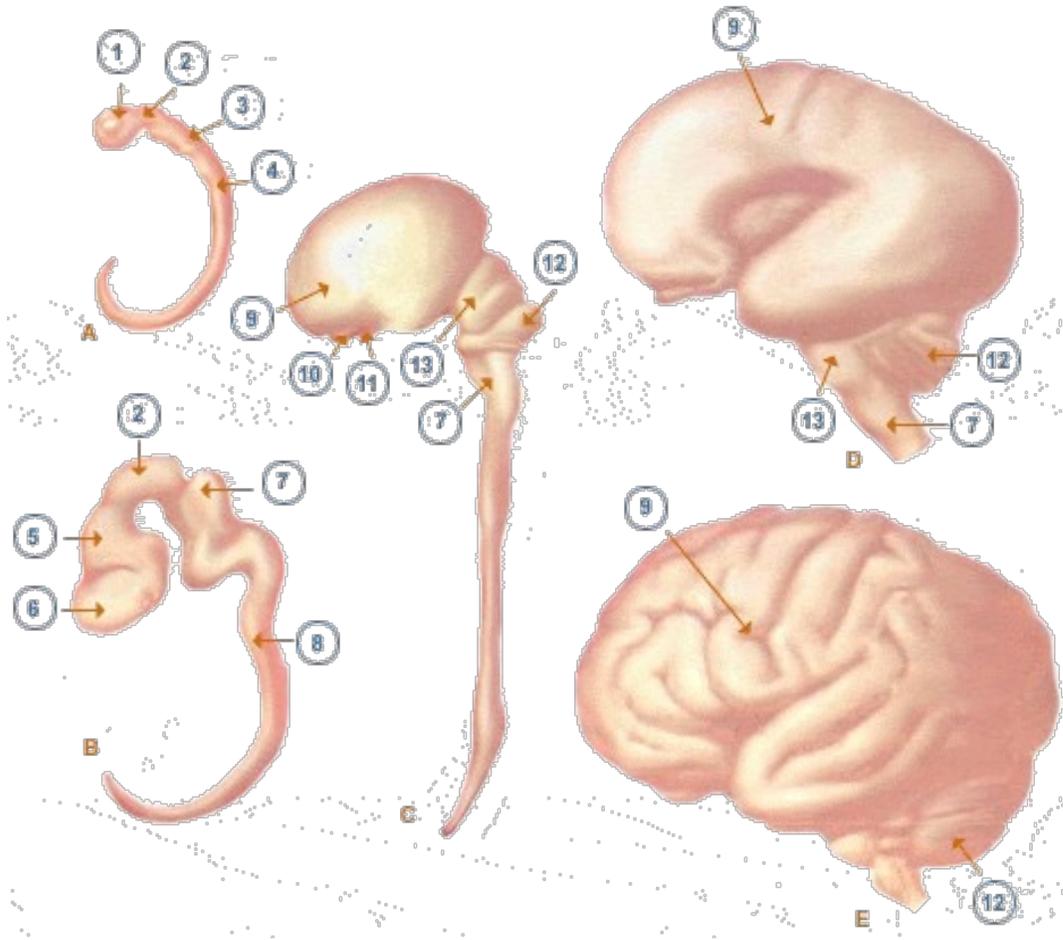
- De una forma simplificada podríamos decir que el **neurodesarrollo** es el **aumento de tamaño** y de **peso** del **cerebro** que sucede durante la infancia y que permite sustentar las nuevas habilidades que el cerebro va adquiriendo.
- Desde el nacimiento y hasta la edad adulta, el cerebro necesita crear nuevos circuitos para albergar nuevas funciones. ***Caminar, hablar, controlar esfínteres, interpretar lo que percibimos, planificar tareas, orientarnos en el espacio y el tiempo, hacer deducciones lógicas, analizar la información compleja, recordar lo que aprendemos y olvidar lo que no sirve***, son capacidades que no tenemos en el momento del nacimiento pero que vamos adquiriendo durante la infancia y la adolescencia.

PRINCIPIOS DEL DESARROLLO

- **Es un proceso continuo**
- **Depende básicamente de la maduración del sistema nervioso**
- **Es céfalo caudal**
- **La secuencia es similar en todos los niños, pero su velocidad de desarrollo varia de un niño a otro**
- **Las respuestas generales masivas dan paso a movimientos individuales**

(Roselli, Matute & Ardila, 2010)

Principales Etapas de la Morfogénesis (desde A a B).



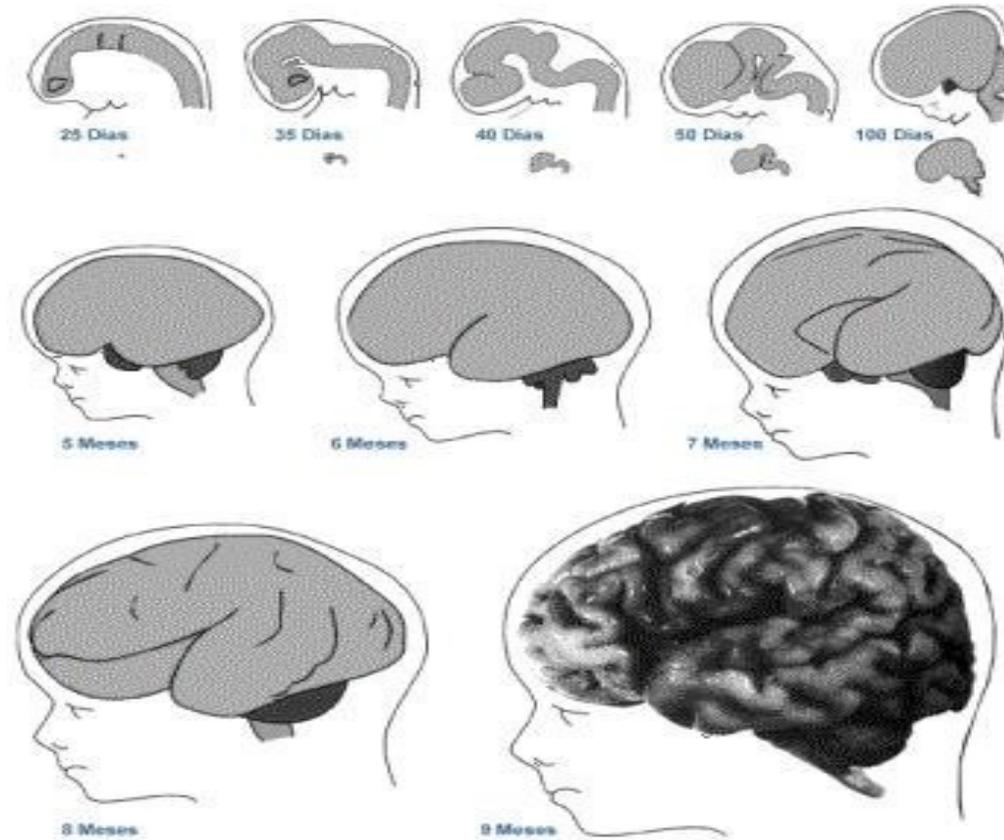
• Principales etapas de la morfogénesis

1. Prosencéfalo
2. Mesencéfalo
3. Romboencéfalo
4. Futura médula espinal
5. Diencéfalo
6. Telencéfalo
7. Mielencéfalo, futuro bulbo
8. Médula espinal
9. Hemisferio cerebral
10. Lóbulo olfatorio
11. Nervio óptico
12. Cerebelo
13. Metencéfalo

DESARROLLO PRE-NATAL DEL SNC.

Durante los 5 primeros meses

- **Morfogenesis cerebral. Cierre del tubo neural, formación de vesículas telencefálicas**
- **Formación de las células nerviosas**
- **Migración neuronal**



DESARROLLO PRE-NATAL

Después del 5to mes

- **Maduración y crecimiento de neuronas**
- **Crecimiento rápido cerebral**
- **Formación de surcos y circunvoluciones (secundarias y terciarias)**
- **Se establecen contactos sinápticos entre las neuronas**
- **Las células gliales se multiplican**
- **La mielinización se inicia y continua hasta la etapa post-natal**

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo heterogéneo de problemas neurológicos que se caracterizan por un retraso o alteración en la adquisición de habilidades en una variedad de dominios del **desarrollo** incluidos *alteraciones de la cognición*, el desarrollo motor, el desarrollo social, el **lenguaje**, la comunicación y la **conducta**, causadas por un **desarrollo cerebral atípico**

(Thapar, Cooper y Rutter, 2016)



REGRESIÓN EN HITOS DEL NEURODESARROLLO: EL MITO DE LAS VACUNAS

“mi hijo hablaba y dejó de hablar”: ¿Le dio autismo?.

Características según el DSM

DSM IV (1994) Trastorno autista	DSM V (2013) Trastorno del Espectro del Autismo
Alteraciones en Interacción social	Deficiencias en reciprocidad emocional
Alteraciones en Comunicación	Deficiencias en conductas comunicativas no verbales
Comportamiento, intereses y actividades restringidos	Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones
Retraso antes de los 3 años de edad en: 1. Interacción social, 2. Lenguaje en comunicación social o 3. Juego simbólico	Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades
Diferenciar Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno del desarrollo no especificado	Se reduce a dos áreas: Comunicación social y comportamiento Se identifican 3 niveles de gravedad

Clasificación de los trastornos del neurodesarrollo DSM 5

- **Discapacidad intelectual**
- **Trastorno del espectro del autismo (TEA)**
- **Trastorno de atención con hiperactividad (TDAH)**
- **Trastornos específicos del aprendizaje**
 - **Trastorno de la comunicación**
 - **Retraso global del desarrollo**
- **Discapacidad intelectual no especificada**



Self-Care » Neurodiversity

Is Autism Really Increasing?

By [Olivia Guy-Evans, MSc](#) | Updated on April 18, 2024

 Reviewed by [Saul McLeod, PhD](#)

¿Se está
incrementando
realmente el
autismo?

- **Mayor conciencia**
- **Cambios en los criterios diagnósticos**
- **Inclusión de adultos y mujeres**
- **Reconocimiento de enmascaramiento**
- **Estigma reducido**
- **Reconocer condiciones coexistentes**

Identified prevalence of ASD

ADDM Network 2000–2020: Combining data from all sites

Surveillance Year	Birth Year	Number of ADDM Sites Reporting	Combined Prevalence per 1,000 Children (Range Across ADDM Sites)	This is about 1 in X children
2020	2012	11	27.6 (23.1-44.9)	1 in 36
2018	2010	11	23.0 (16.5-38.9)	1 in 44
2016	2008	11	18.5 (18.0-19.1)	1 in 54
2014	2006	11	16.8 (13.1-29.3)	1 in 59
2012	2004	11	14.5 (8.2-24.6)	1 in 69
2010	2002	11	14.7 (5.7-21.9)	1 in 68
2008	2000	14	11.3 (4.8-21.2)	1 in 88
2006	1998	11	9.0 (4.2-12.1)	1 in 110
2004	1996	8	8.0 (4.6-9.8)	1 in 125
2002	1994	14	6.6 (3.3-10.6)	1 in 150
2000	1992	6	6.7 (4.5-9.9)	1 in 150



PERSPECTIVE article

Front. Psychiatry, 27 February 2022

Sec. Child and Adolescent Psychiatry

Volume 13 - 2022 | <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.837424>

ASD and ADHD Comorbidity: What Are We Talking About?



Camille Hours*



Christophe Recasens



Jean-Marc Baleyte

Según la literatura científica, entre el 50 y el 70% de los individuos con trastorno del espectro autista (TEA) también presentan un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) comórbido.



Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020

Surveillance Summaries / March 24, 2023 / 72(2);1–14

La Red de Monitoreo del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (ADDM, por sus siglas en inglés) es un programa de vigilancia activa que proporciona estimaciones de la prevalencia del TEA entre niños de 8 años. En 2020, había 11 sitios de la Red ADDM en los Estados Unidos (Arizona, Arkansas, California, Georgia, Maryland, Minnesota, Misuri, Nueva Jersey, Tennessee, Utah y Wisconsin).

Autismo / Ecuador

- En **Ecuador** existían un total de 1.581 personas diagnosticadas con algún tipo de **autismo en el 2018**. Para el 2024 se reportan más de “46.000 personas diagnosticadas con autismo en todo el país, según datos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador y 50.000 personas que viven sin un diagnóstico, así lo asegura el Presidente de Adapa”.
- > Niños – niñas: 4/1
- 60 casos por cada 10.000 niños.

<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/en-ecuador-50-000-personas-con-autismo-aun-no-han-sido-diagnosticadas>

Trastorno del espectro autista DSM-5

Conceptualización

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se definen como alteraciones del neurodesarrollo que presentan una amplia variedad de expresiones clínicas en donde se describen dificultades en el desarrollo del lenguaje, en la comunicación verbal y no verbal, patrones de interés restringido y presencia de conductas repetitivas y restrictivas

(Salvadó-Salvadó, Palau-Baduell, Clofent-Torrentó, Montero-Camacho y Hernández-Latorre, 2012; American Psychiatric Association, 2000).

DSM V: 299.00 Trastorno Autista

- **1/ De forma clínicamente significativa, DÉFICITS PERSISTENTES EN LA COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL:**
 - Marcadas deficiencias en la comunicación verbal y no verbal utilizada en la interacción social.
 - Falta de reciprocidad social.
 - Fracaso al desarrollar y mantener con compañeros relaciones adecuadas al nivel de desarrollo.
- **2/ PATRONES DE COMPORTAMIENTO, INTERESES Y ACTIVIDADES, RESTRINGIDOS Y REPETITIVOS.**
 - Comportamientos motores o verbales estereotipados, o comportamientos sensoriales inusuales.
 - Adhesión excesiva a las rutinas y patrones de comportamiento ritualizados.
 - Intereses fijos y restringidos
- **3/ LOS SÍNTOMAS DEBEN ESTAR PRESENTES EN LA PRIMERA INFANCIA**

Pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales excedan sus capacidades limitadas en los criterios anteriores.

Para clarificar un poco más, podríamos decir que las características del TEA se clasifican en tres niveles de funcionamiento:

01

a) **Nivel alto:** se presentan actitudes obsesivas, el juego puede ser funcional y simbólico, existe lenguaje de uso cotidiano y con ideas concretas, se observan habilidades sociales y académicas.

02

b) **Nivel medio:** la forma de relacionarse es limitada, no hay interacción espontánea, el aprendizaje se limita a hábitos, se presentan conductas estereotipadas, hay lenguaje repetitivo sin sentido, pero llega se comprende lenguaje sencillo y concreto.

03

c) **Nivel bajo:** la interacción es mínima, hay indiferencia y aislamiento además de un precario desarrollo mental, se presentan conductas estereotipadas, no hay lenguaje y la comprensión es muy limitada.

Estas características generales del Trastorno nos dan una idea de lo que significa pero más adelante desglosaremos cómo se manifiesta el TEA según las áreas de desarrollo.

“TGD X TEA” ¿ QUE SUPONE ?

- **LA ADOPCIÓN DE UN ENFOQUE DIMENSIONAL** frente al anterior planteamiento categorial y el establecimiento de una única categoría independiente para los Trastornos del Espectro Autista.
- El cambio conceptual y terminológico de los TGD por TEA, atiende a la **DIVERSIDAD DEL GRUPO DE TRASTORNOS Y TIENE MÁS UTILIDAD EDUCATIVA**. Conecta mucho mejor con las necesidades de apoyo de las personas.
- El diagnóstico **ESPECIFICARA CARACTERÍSTICAS DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA** (severidad, competencias verbal...) y características asociadas (presencia de trastornos genéticos asociados, discapacidad intelectual, epilepsia...).
- Ofrecerá ejemplos sobre los **SÍNTOMAS EN DIFERENTES RANGOS DE EDAD O DE COMPETENCIA VERBAL**.

- El **SÍNDROME DE Asperger** se elimina como categoría independiente, subsumiéndose en la categoría TEA. No diferenciación con Autismo A. F.
- **TDI y TGD NO ESPECIFICADO** desaparecen por falta de concreción de los cuadros anteriores.
- El **SÍNDROME DE RETT** abandona los actuales TGD, puesto que los síntomas autistas que muestran las personas con éste síndrome sólo aparecen por un período de tiempo limitado. Carácter genético específico.

Autism Spectrum

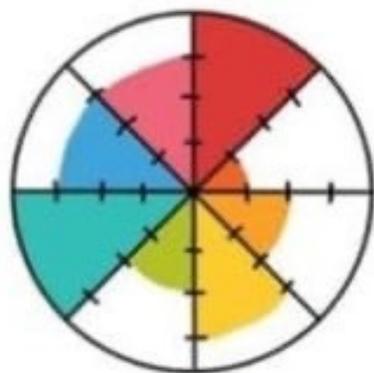
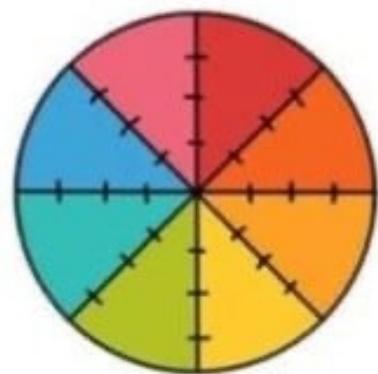
The Autism Spectrum is NOT linear



less autistic

very autistic

The Autism Spectrum looks more like:

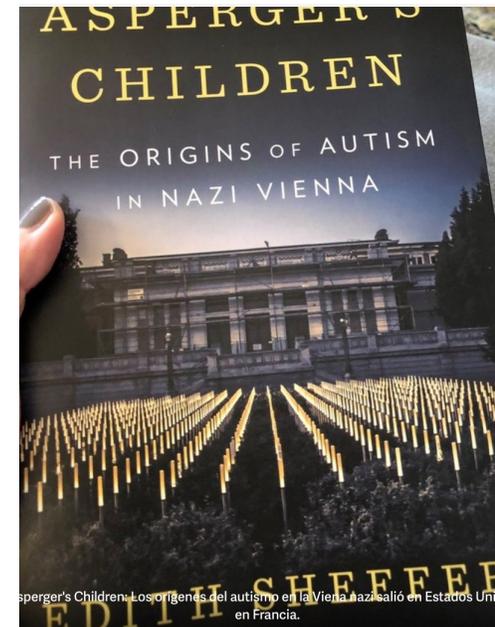
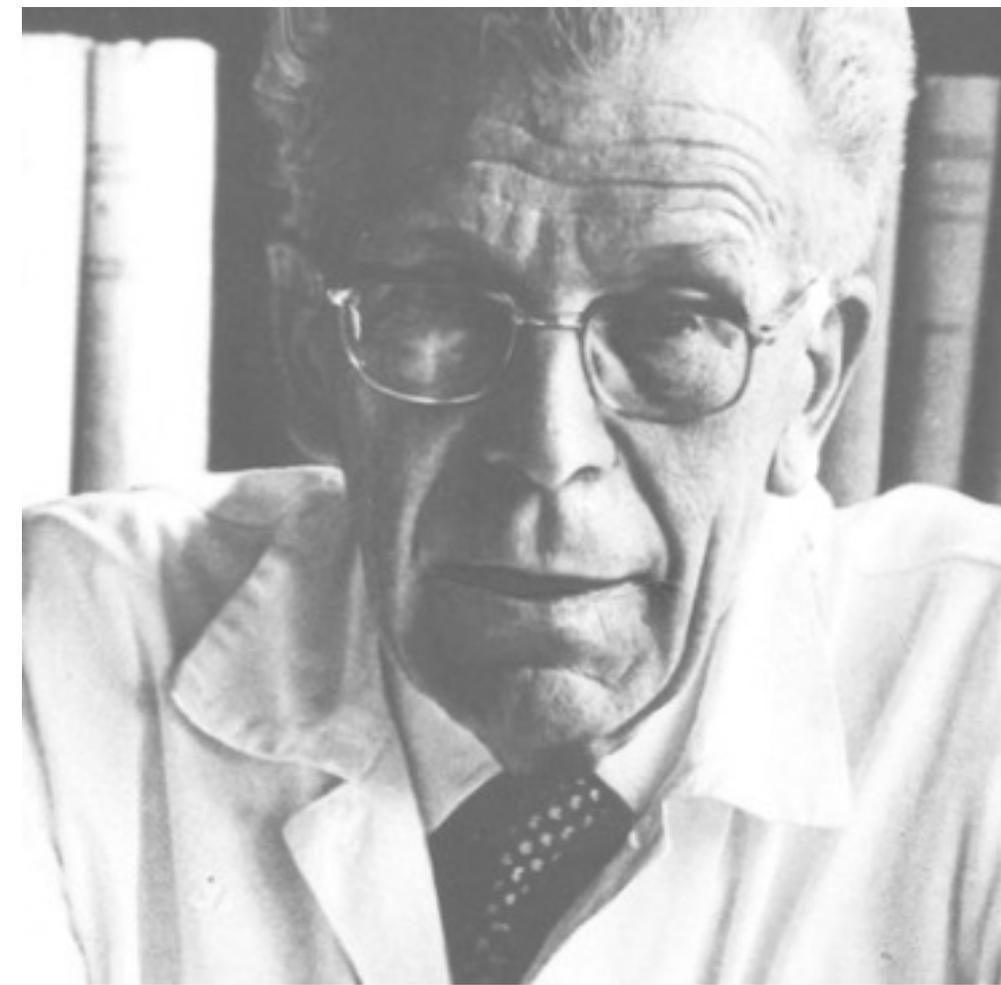


- Social differences
- interests
- repetitions
- sensory sensitivities
- emotional regulation
- perception
- executive functioning
- other

Terms like "high functioning", "low functioning" and "Asperger" are harmful and outdated.

Autism_sketches

¿POR QUÉ DEJAMOS DE USAR EL TÉRMINO SÍNDROME DE ASPERGER?



Hans Asperger, National Socialism, and “race hygiene” in Nazi-era Vienna

<https://molecularautism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13229-018-0208-6>

Asperger. Dormitorio de niños en el hospital Spiegelgrund (1940). Imagen: 2/7

Asperger's Children: Los orígenes del autismo en la Viena nazi salió en Estados Unidos en Francia. EDITH SHEFFER

Severidad	Necesidades de apoyo	IDEA (12) ¹ Media ± DT
Grado 3	Apoyo muy substancial	70.0 ± 10.0
Grado 2	Apoyo substancial	53.5 ± 11.5
Grado 1	Apoyo	38.5 ± 12.0
Grado 1a	Apoyo puntual y de ciclo largo	22.0 ± 6.0

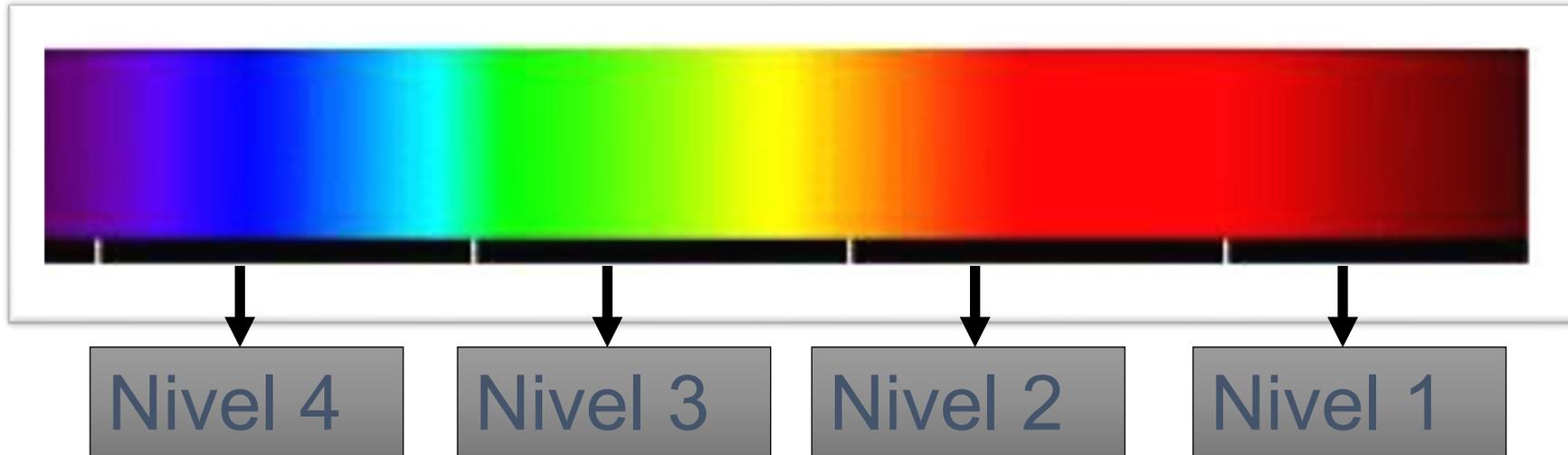
Dimensiones del IDEA.

En 1.997 el profesor Ángel Rivière desarrolla el I.D.E.A. (Inventario de Espectro Autista) donde a través de doce dimensiones alteradas en estas personas, con 4 niveles de afectación en cada una de ellas, se representa todo el espectro.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA como un continuo.

Para cada dimensión del espectro:

- ☉ Diferentes niveles de intensidad del cuadro
- ☉ Necesidades educativas específicas asociadas



CARACTERÍSTICAS NUCLEARES en TEA

- **ALTERACION CUALITATIVA DE LA RELACIÓN SOCIAL:** Desde las conductas de aislamiento hasta las conductas con algún interés vital hacia los demás, con dificultades en empatía y comprensión social.
- **ALTERACION DE LAS FUNCIONES DE LA COMUNICACION SOCIAL:** Desde la ausencia de motivación comunicativa hasta el empleo de conductas comunicativas de declarar que sólo buscan el cambio del mundo físico, existiendo poca comunicación recíproca.
- **ALTERACIONES DEL LENGUAJE TANTO EXPRESIVO COMO COMPRESIVO:** Desde el mutismo total hasta el lenguaje discursivo con ciertas limitaciones en las funciones comunicativas y de la prosodia del lenguaje.
- **ALTERACIONES EN LAS COMPETENCIAS DE IMAGINACIÓN Y COMPRENSIÓN SOCIAL:** Desde la ausencia de conductas imitativas hasta la inhabilidad para empatizar.
- **ALTERACION DE LA FLEXIBILIDAD MENTAL Y COMPORTAMENTAL:** Desde el predominio de conductas estereotipadas hasta la preocupación obsesiva por ciertos contenidos intelectuales.
- **ALTERACION DEL SENTIDO DE LA ACTIVIDAD PROPIA:** Desde el predominio masivo de conductas sin propósito, hasta logros complejos (escolaridad) que no se integran en la imagen de un yo proyectado hacia el futuro.



Nivel 1

No inicia interacciones con los adultos, no comparten actividades

No acepta el contacto físico

No presta atención al lenguaje

Presencia de estereotipias auto estimulatorias

No tiene interés por objetos ni los explora



No recurre al adulto para solicitar ayuda

No sabe solicitar ayuda

No señala ni muestra objetos

No entiende secuencias ni anticipa acontecimientos

No imita



Nivel 2

Tolera el contacto físico
pero sólo de adultos
conocidos

No presta atención a
las emociones de los
adultos

Comprende órdenes sencillas



Presencia de juego con objetos,
pero sencillos y rígidos. *Ej., botar
una pelota.*

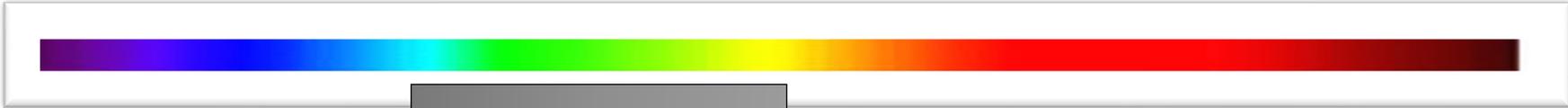
Se establecen miradas entre niño y
adulto, no espera turnos

No utiliza signos para nombrar
objetos

Se opone a los cambios

Tiene rituales simples,
normalmente muy rígidos

No existe juego funcional



Nivel 3

Tiene relaciones con sus iguales, pero infrecuentes e inducidas

Hay indicios de intersubjetividad pero no entiende que los deseos guían las acciones

Conoce enunciados pero muy literales y rígidos

Ya incorpora nociones temporales como fin de semana o vacaciones

Existe juego funcional, pero no por su iniciativa



Hay miradas de referencia conjunta pero no llega a interpretarlas

Sabe utilizar signos, ya sean palabras gestos u otros pero no hay intención comunicativa

Puede entender el significado de “yo” o “tú”

Hay rituales con objetos. Apego excesivo a ellos

Imitan esporádicamente pero de forma poco versátil



Nivel 4

Tiene interés por tener y mantener amistades

Tienen plena conciencia de que las otras personas tienen mente. A veces no asumen que sus palabras pueden tener reacciones emocionales en los demás

Es capaz de cambiar el ambiente y manejar cambios a veces se obsesiona con lo predecible y un orden claro.

Son capaces de crear una ficción pero suelen ser rígidas y centradas en sólo un aspecto



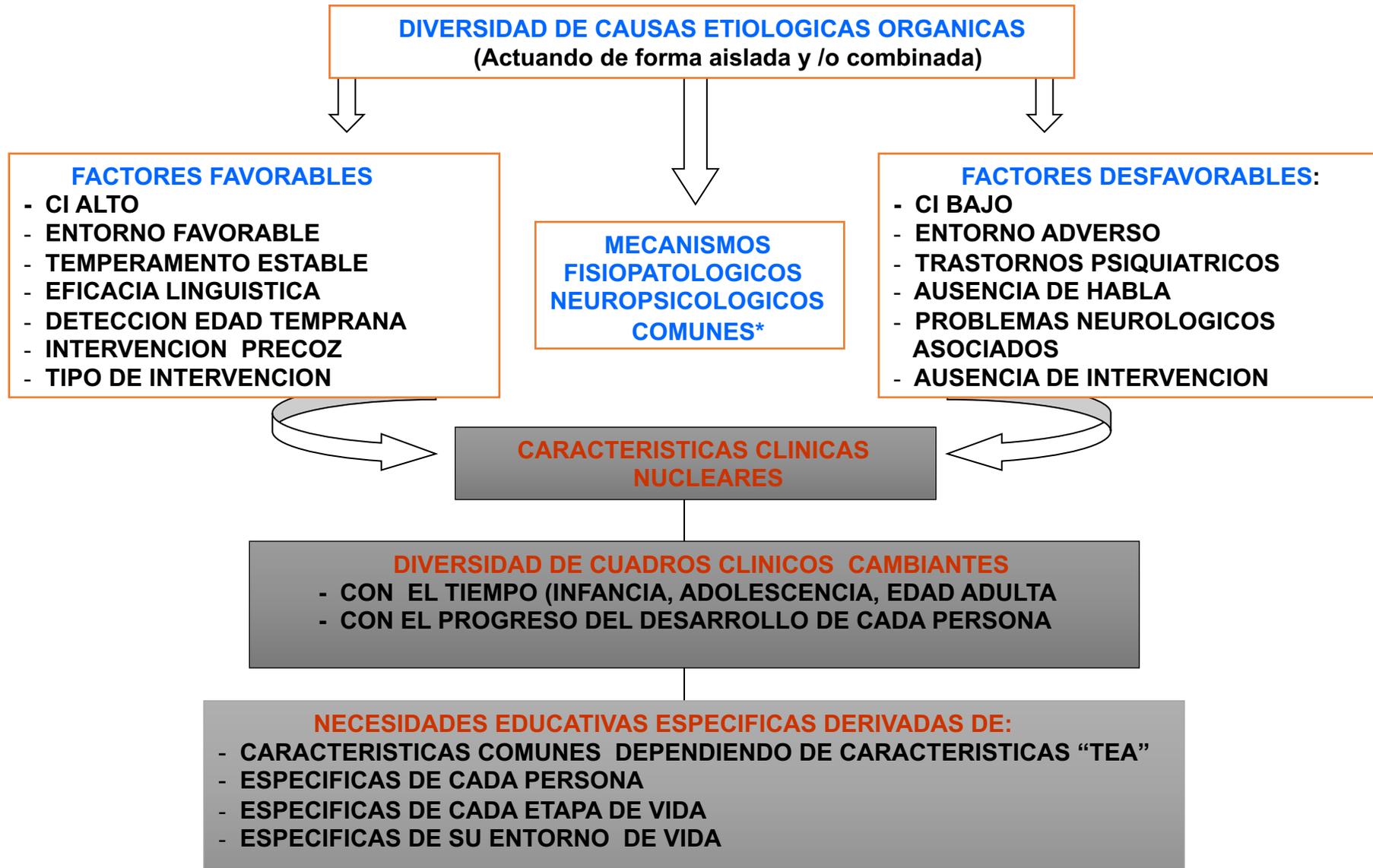
Tienen claro un modelo de imitación, pero carecen de un modelo interno

Tiene pautas de atención conjunta, pero se le escapan sutilezas

Se comunican habitualmente, pero no añaden expresiones subjetivas y la comunicación es poco empática.

Elabora discursos, pero puede no discriminar información relevante de la no relevante, a veces demasiado directo

Intereses poco funcionales y limitados. No compartidos con su entorno social.



-*FUENTE: <http://www.autismeurope.org/>

NECESIDADES EDUCATIVAS DERIVADAS DE LAS DIMENSIONES ALTERADAS EN EL ESPECTRO AUTISTA

- Persona en el NIVEL 1:
 1. Aceptar la compañía del adulto y compartir alguna actividad. Establecer y mantener los contactos oculares. Comenzar a aceptar límites.
 2. Ser capaz de iniciar interacciones con adultos en actividades compartidas encaminadas a conseguir una finalidad.
 3. Compartir alguna actividad con el adulto.
 4. Aprender a recurrir al adulto para conseguir lo que se quiere.
 5. Aprender a pedir de un modo instrumental.
 6. Prestar atención al lenguaje.
 7. Disminuir la rígida adherencia a la invarianza.
 8. Reducir las estereotipias autoestimulatorias.
 9. Aumentar la atención y respuesta a consignas de acción funcional .
 10. Iniciar actividades lúdicas de juego funcional.
 11. Aprender pautas de imitación motora.
 12. Aprender a señalar para mostrar objetos.

NECESIDADES EDUCATIVAS DERIVADAS DE LAS DIMENSIONES ALTERADAS EN EL ESPECTRO AUTISTA

- Persona en el NIVEL 2:
 1. Aceptar que otros adultos, diferentes a los habituales, se involucren en sus actividades y sus intenciones. Comenzar a compartir situaciones con iguales.
 2. Crear y mantener miradas entre el niño y adulto de referencia conjunta. Aumentar el contacto ocular espontáneo ante órdenes, peticiones, etc.
 3. Aceptar que las personas participen de sus emociones. Reconocer emociones básicas.
 4. Aprender a asociar signos con referentes.
 5. Aprender a obtener la atención del otro empleando el uso de vocativos.
 6. Desarrollar el léxico receptivo.
 7. Ser capaz de aceptar de forma progresiva las novedades ambientales.
 8. Disminuir y/o controlar rituales simples.
 9. Aprender secuencias cada vez más largas de acción autónoma.
 10. Aprender pautas simbólicas de juego de ficción más flexibles y complejas.
 11. Generalizar respuestas imitativas a contextos más naturales.
 12. Sustituir las conductas instrumentales con personas por símbolos inactivos o genuinos.

NECESIDADES EDUCATIVAS DERIVADAS DE LAS DIMENSIONES ALTERADAS EN EL ESPECTRO AUTISTA

- Persona en el NIVEL 3:
 1. Iniciar interacciones con iguales. Aceptar pequeñas variaciones en los juegos que realiza con iguales.
 2. Ser capaz de utilizar la mirada en situaciones en que se altera la secuencia de acciones del adulto, esperada por el niño.
 3. Establecer contingencia entre nuestros deseos y nuestras acciones.
 4. Sustituir la producción de “palabras en vacío” por palabras o signos llenos de contenido y función comunicativa.
 5. Aprender los pronombres personales Yo, Tú. Formular preguntas sobre Dónde/ Qué /Quién /Cuándo.
 6. Identificar objetos y láminas correctamente.
 7. Aprender a anticipar cambios ambientales a partir de claves en el medio.
 8. Aumentar su interés por diferentes actividades y “hobbies”.
 9. Interiorizar pautas auto directivas.
 10. Desarrollar formas de juego sociodramático de menor a mayor complejidad.
 11. Mostrar conductas de anticipación y toma de turnos.
 12. Ser capaz de comprender metáforas con significado distinto al literal.

NECESIDADES EDUCATIVAS DERIVADAS DE LAS DIMENSIONES ALTERADAS EN EL ESPECTRO AUTISTA

- Persona en el NIVEL 4:
 1. Mantener las amistades. Comprender las sutilezas sociales.
 2. Adquirir mayor habilidad para comprender las sutilezas de gestos y miradas en acciones compartidas más abiertas y complejas.
 3. Identificar emociones complejas.
 4. Adquirir la capacidad de compartir la experiencia propia con los demás.
 5. Aprender a diferenciar entre la información relevante y la irrelevante. Aprender a guardar silencio.
 6. Interpretar situaciones hipotéticas en un plano mental.
 7. Reconocer en variaciones del medio, oportunidades interesantes.
 8. Controlar los pensamientos obsesivos.
 9. Aprender a establecerse explícitamente metas.
 10. Distinguir claramente las situaciones que pertenecen a la realidad de las que pertenecen a la ficción.
 11. Emulación de conductas sociales complejas.
 12. Comprender ironías sencillas, metáforas, sarcasmos y enunciados realizados en un lenguaje figurado.



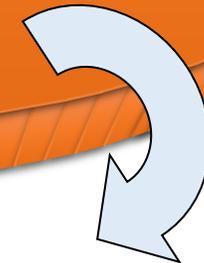
**TRASTORNO GENERALIZADO DEL
DESARROLLO**



TGD

AUTISMO

TEA



¿TEA o CEA?

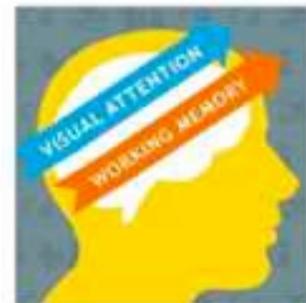
EL CONTINUO: “TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA”

*Evaluación
neuropsicológica
orientada a:*



LENGUAJE

ATENCIÓN



FUNCIÓN
EJECUTIVA

COGNICIÓN
SOCIAL



Neurodivergencia es una moda / autodiagnóstico

- primera razón es una mayor conciencia realidades que antes eran invisibles o se justificaban con tu personalidad ahora se reconocen como neurotips
- la segunda razón es que estamejora en la información es una mejora lógica en la identificación hay más diagnósticos que antes estaban engrosando la población infradiagnosticada y también por eso surgen diagnósticos adultos
- la tercera razón Viene un poco de las dos anteriores se democratiza la información se allana el lenguaje y en parte se reduce el estigma
- la cuarta razón y es la creación de grupo se refuerza el asociacionismo los encuentros virtuales o presenciales y por añadidura va a aumentar la divulgación las jornadas las conferencias y los eventos varios para hablar de ello y para concienciar y suelen estar abanderados por personas que viven la neurodivergencia

Reacciones externas e internas ante la sobrecarga de estímulos y las situaciones de estrés

***meltdown,
shutdown y
burnout***



Conductas comunes entre PAS y TEA

¿Qué es ser neurodivergente PAS?

Una persona altamente sensible es un individuo neurodivergente que se cree que tiene una mayor o más profunda sensibilidad del sistema nervioso central a los estímulos físicos, emocionales o sociales.

Tanto los TEA como las Personas Altamente Sensibles tienen tendencia a retirarse en situaciones caóticas y grandes aglomeraciones

A nivel neurológico los científicos han encontrado que las áreas del cerebro involucradas en la respuesta a estímulos sociales y empatía difieren entre las PAS y los trastornos del espectro autista.



No existe un Trastorno en el DSM-V(manual que usan los psicólogos clínicos y los psiquiatras para hacer diagnóstico clínico) que se llame Trastorno de Personalidad de Alta Sensibilidad.

NO ES UN TRASTORNO PSICOLÓGICO NI UNA ENFERMEDAD.

Tampoco todas las personas con Alta Sensibilidad son personas que han sufrido un TRAUMA.

AUTISMO Y NEUROCOGNICIÓN

EVALUACIÓN OPORTUNA
INCLUSIONES POSIBLES

ESCALAS SUGERIDAS ANTE SOSPECHA DE TEA

Escala **ADI-R**
(Entrevista para el
diagnóstico de
Autismo-Revisada)

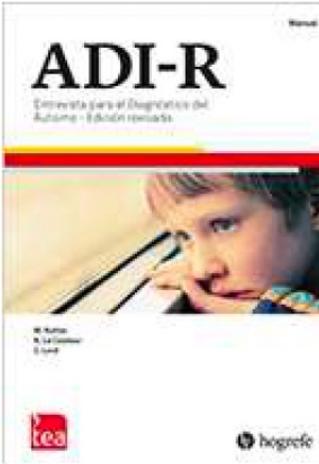
Autor: Lord et al., 1994. Autism Diagnostic Interview Revised.

Actualización: ADI-R; Rutter, Le Couteur y Lord, 2011.

Entrevista clínica para padres o cuidadores, con 93 preguntas centradas en conductas específicas. De los 2 años a la adultez.

Explora tres áreas principales:

- Lenguaje/comunicación
- Interacciones sociales recíprocas
- Conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados



Ventajas

Debilidades

Herramienta diagnóstica más utilizada en investigación.

Entrevista para padres.

Centrado en conductas específicas.

Depende de la calidad de los informantes.

Correlacionado con criterios del CIE10

Resulta muy similar a una escala de desarrollo.

Alta confiabilidad y validez

Conductas en los TEA (poco específico en comorbilidades).

Alta sensibilidad desde los 3 años y medio.

Algoritmos sencillos (de diagnóstico y conducta actual).

93 preguntas. Aplicación extensa, entre 1 y 3 horas.

Permite aplicaciones pre y post.

Baja sensibilidad a los 2 años.

Describe de forma detallada la historia de desarrollo.

Aplicación compleja (requiere experticia).

Línea temporal adquisición/involución de habilidades.

No emplea baremos ni escalas (no hay medición).

Explora situaciones contextuales.

No hay validación para población colombiana.

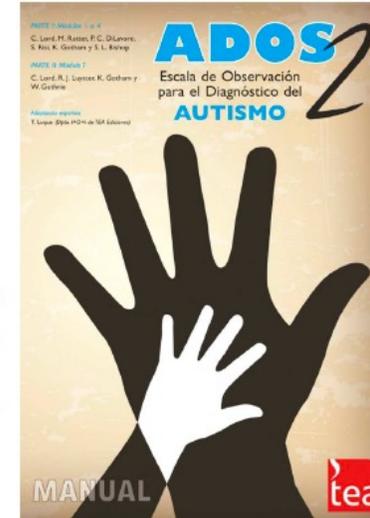
Útil para el plan de tratamiento y proceso educativo

ESCALAS SUGERIDAS ANTE SOSPECHA DE TEA

Escala ADOS2 (Escala de Observación Diagnóstica de Autismo)

Autor: C. Lord, M. Rutter, P. C. DiLavore, S. Risi, K. Gotham, S. L. Bishop, R. J. Luyster y W. Guthrie. Autism Diagnostic Observation Schedule.

Adaptadores: Luque, T. (2015). (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones). Se trata de una adaptación española.



Escala de observación diagnóstica de autismo.

Explora cinco módulos acordes al nivel de funcionalidad del lenguaje del niño:

- Módulo T: ausencia del habla en niños entre 12 y 30 meses.
- Módulo 1: ausencia del habla en niños de más de 30 meses.
- Módulo 2: lenguaje de frases (de cualquier edad). O niños con fluidez verbal menores a 3 años.
- Módulo 3: fluidez verbal en niños y adolescentes que aún jueguen con juguetes (en general menores a 16 años).
- Módulo 4: fluidez verbal en adolescentes mayores y adultos (más de 16 años).

Evalúa comunicación, interacción social y juego o uso imaginativo de materiales. Se sugieren tres sesiones de aplicación para: entrevista, interacción, resultados.

Ventajas

Escala de observación estructurada más recomendada.

Implica observación e interacción con el niño.

Compatible con el modelo de sesión de observación.

Compatible con criterios del DSMIV.

Cuantitativa, estandarizada y semiestructurada.

Puntos de corte con muestras clínicas en Estados Unidos y España (para módulos 1 a 4).

Permite aplicaciones pre-post.

Sistema de corrección en línea.

Puede realizarse desde los 12 meses hasta edad adulta.

Explora individuos sin habla verbal.

Módulos adaptados a funcionalidad del lenguaje.

Proporciona rangos de preocupación en Módulo T.

Instrumento evaluativo, útil para generar línea de base.

Útil en revaloración de tratamientos y evolución.

Incluye puntuación comparativa en módulos 1 a 3.

Debilidades

La aplicación de cada módulo es entre 40 y 60 minutos.

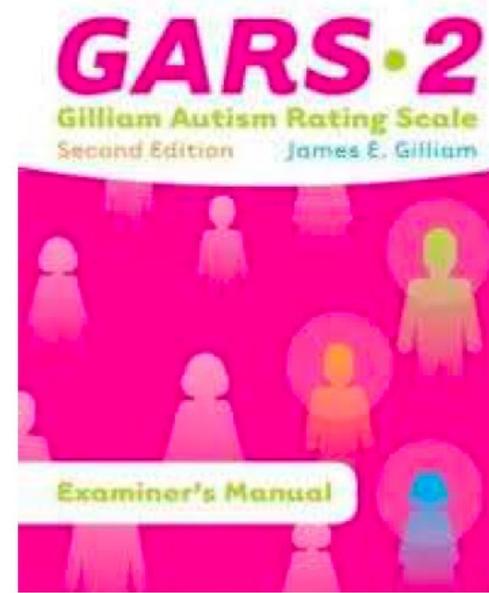
Aplicación compleja (requiere entrenamiento previo).

No hay validación para población colombiana.

Limitación en seguimiento, pues los avances del niño pueden verse en otros contextos.



Cuestionario de
Comunicación
Social (SCQ)



Escala de
Evaluación de
Autismo Gilliam
(GARS 2 / 3*)

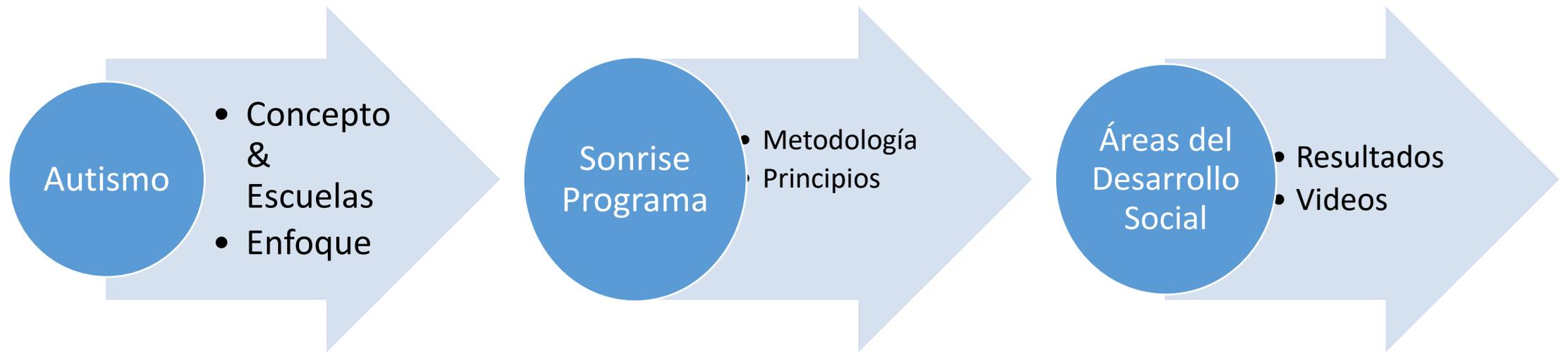
<http://espectroautista.info/tests.html>



MÈTODU SONRISE

Una Propuesta de intervenci3n para personas con Autismo

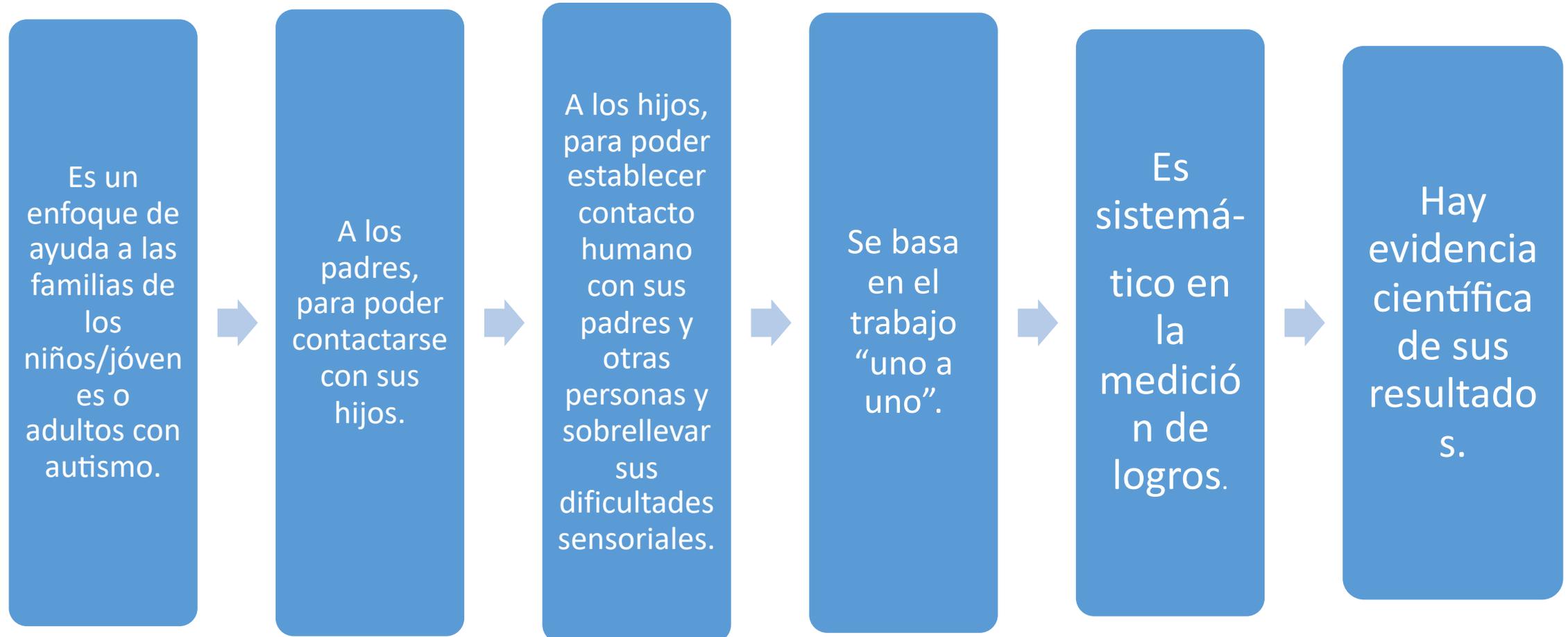
CONTENIDOS



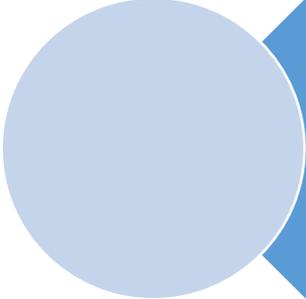
¿Quiénes deben intervenir?



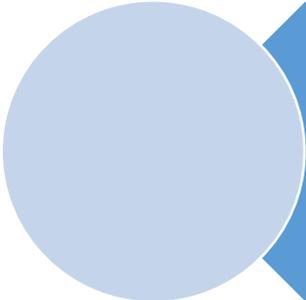
¿Qué es Sonrise Program?



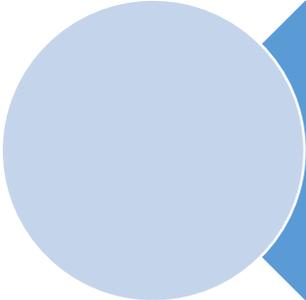
PRINCIPIOS:



El niño puede progresar en el ambiente correcto.- Crear un ambiente de aprendizaje que limite las distracciones.



Padres, profesionales, estudiantes, voluntarios y otros, son más efectivos si se sienten cómodos con el niño y optimistas respecto a sus capacidades.- Nadie puede predecir lo que una persona logrará o no. Hay que tener una actitud positiva.



Puede ser combinado con otras terapias o intervenciones.- Intervención biomédica, integración sensorial, integración auditiva, dietas específicas.

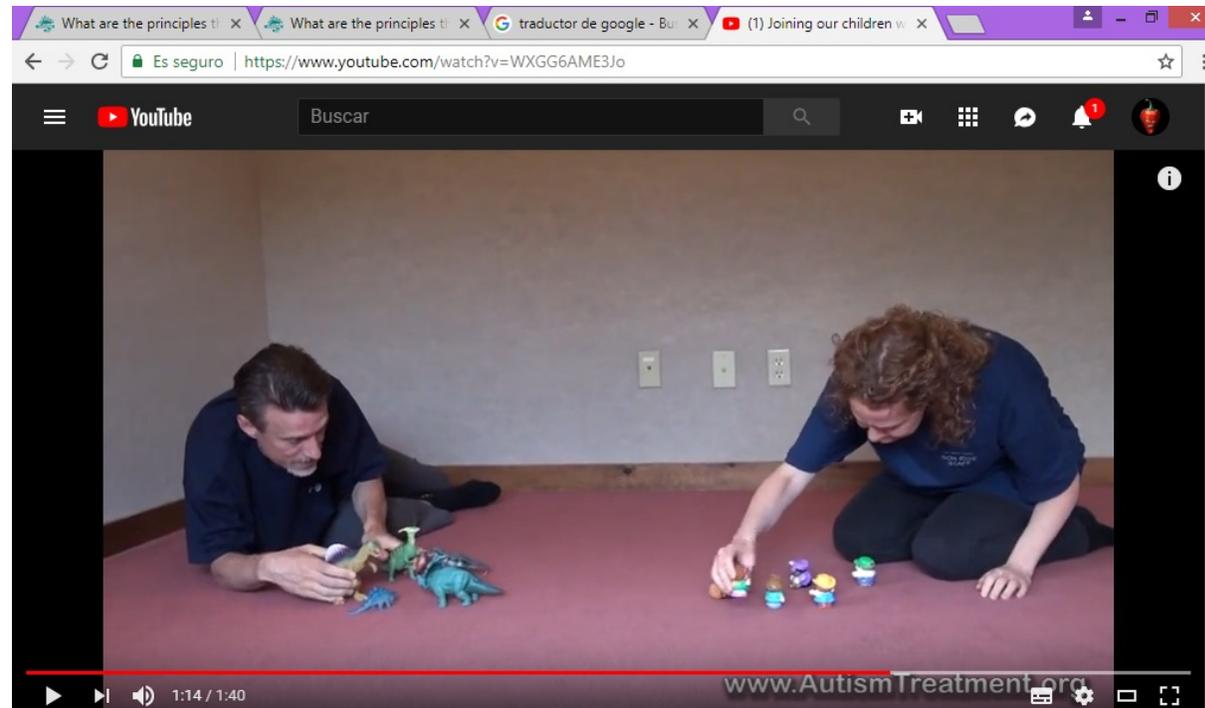
JOINING

“Entrar al mundo del niño para que él quiera luego ir a nuestro mundo”

Uniéndonos a sus actividades repetitivas y exclusivas hasta lograr el contacto humano primordial para otros aprendizajes.

JOINING

Sahmaria Kaufman descubrió que uniéndose a su hijo en estos comportamientos repetitivos sin juzgarlos, conseguía establecer una conexión con el niño y poco a poco llegar a él.



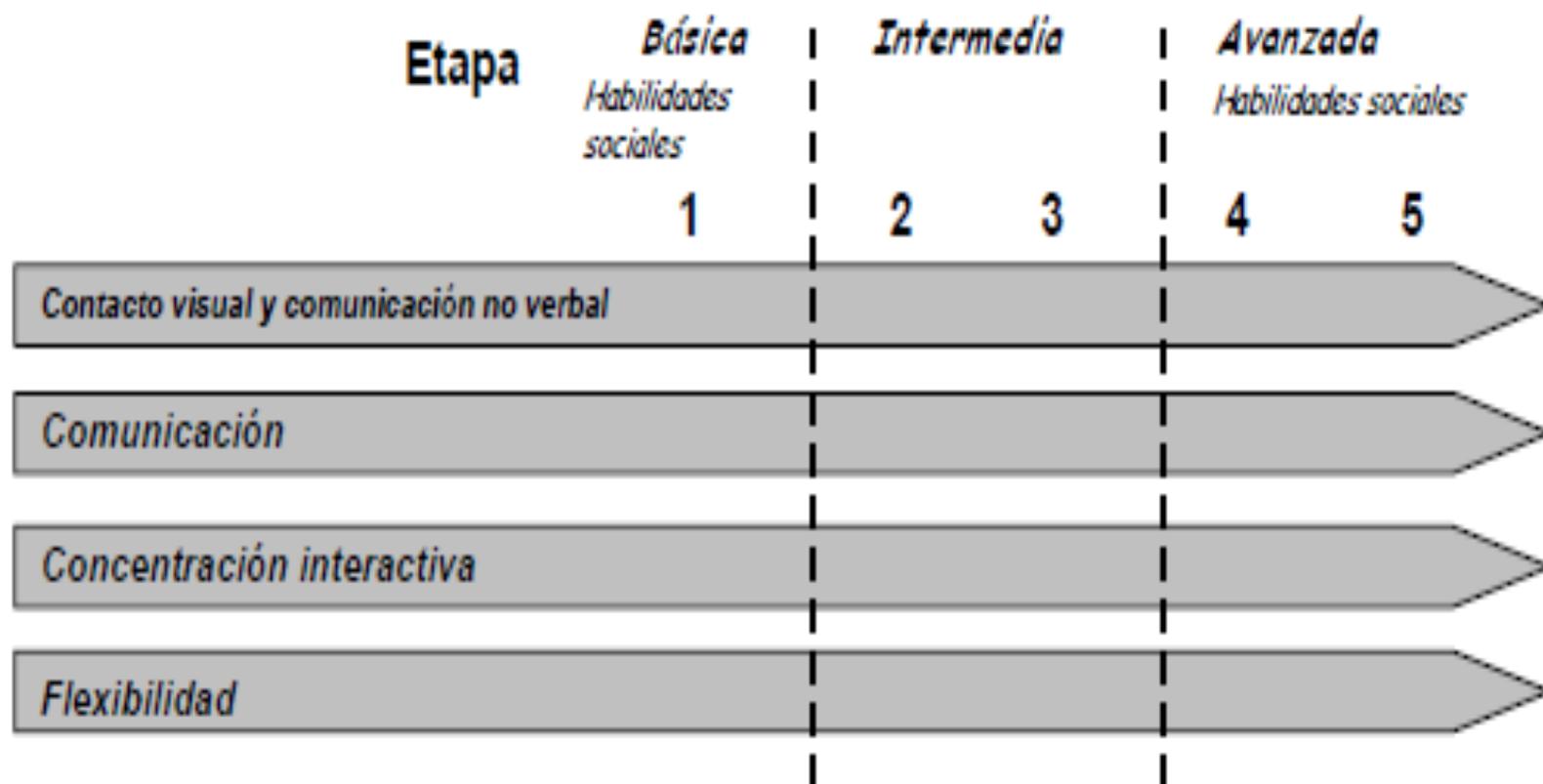
Creatividad



Quando alcanzamos la conexión, creamos juegos que fomenten el aprendizaje de sus habilidades sociales.

Cuatro puntos fundamentales

La interacción social se compone de cuatro pilares fundamentales: hacer y sostener **contacto visual y comunicación no verbal**; **comunicación verbal**; tener una **concentración interactiva**; y ser **flexible** en la interacción.

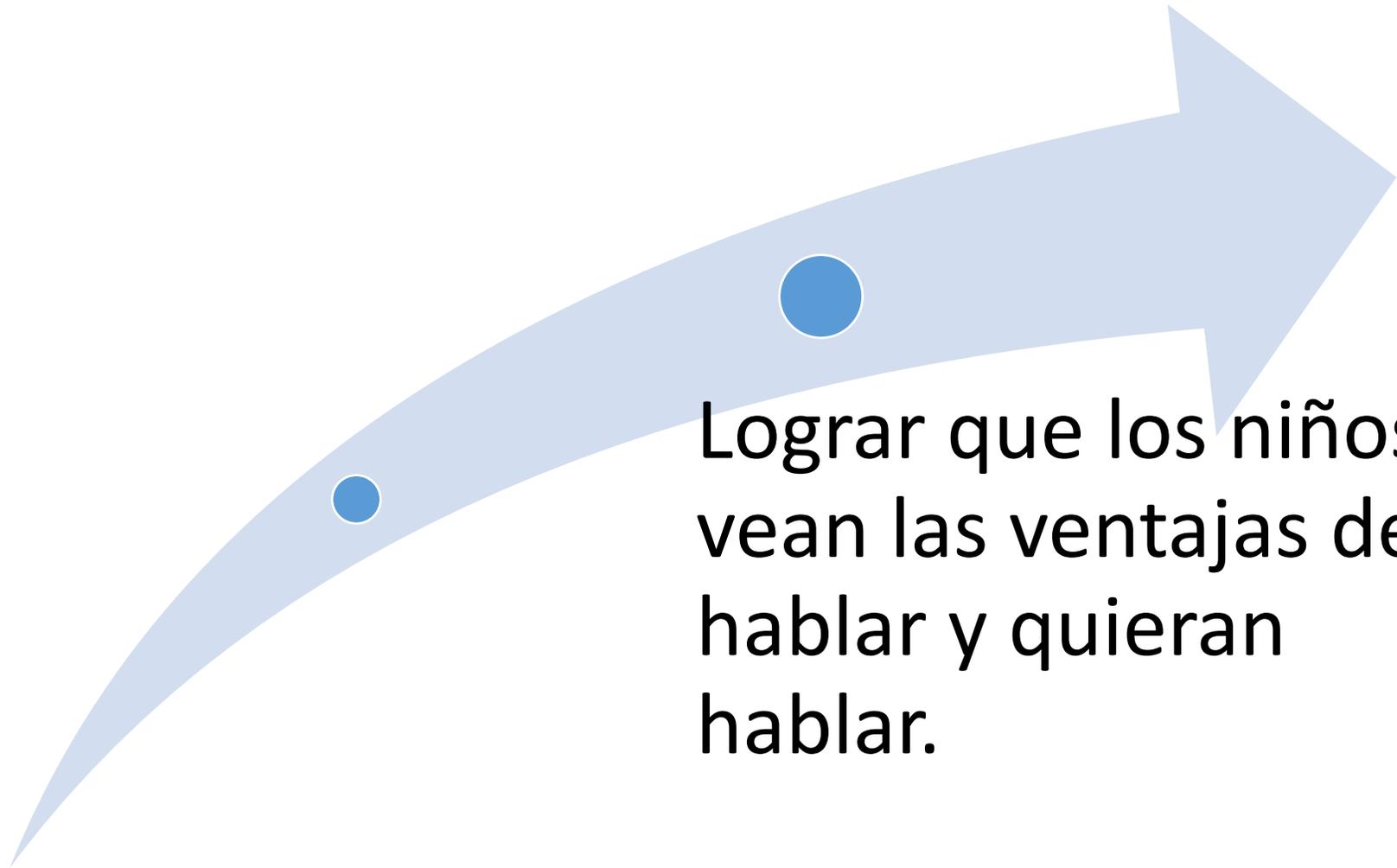


FUNDAMENTAL 1: CONTACTO VISUAL Y COMUNICACIÓN NO VERBAL

Mientras
más miran,
más
aprenden

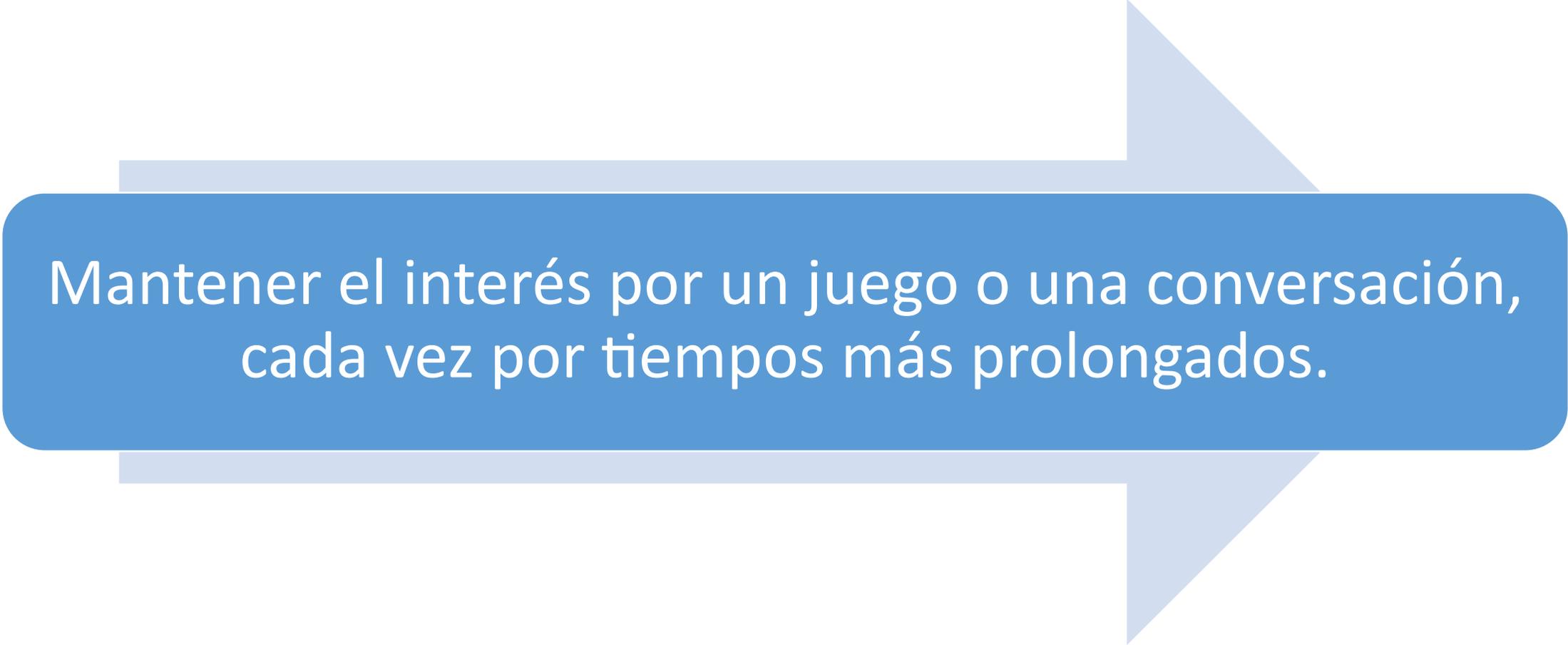


FUNDAMENTAL 2: Comunicación verbal.



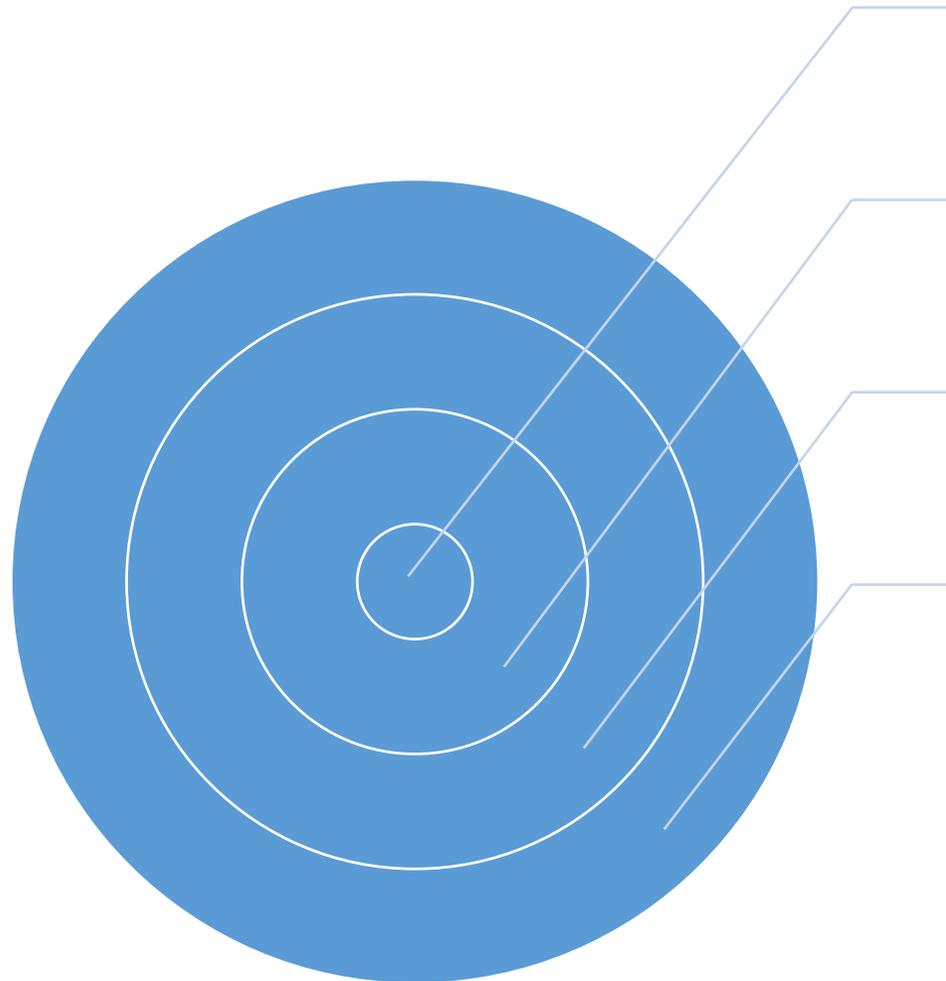
Lograr que los niños vean las ventajas de hablar y quieran hablar.

FUNDAMENTAL 3: Atención interactiva



Mantener el interés por un juego o una conversación, cada vez por tiempos más prolongados.

FUNDAMENTAL 4: FLEXIBILIDAD



Ser flexibles con el niño, para que aprenda a ser flexible.

Explicarle lo que va a pasar luego.

Dejarle explorar diferentes formas de hacer algo.

Juego de roles

RECURSOS:

www.autismtreatmentcenter.org

The Son-Rise Program®

[About Us](#)

[Calendar](#)

[Store](#)

[Request Info](#)

[Call Me](#)

Our Campus

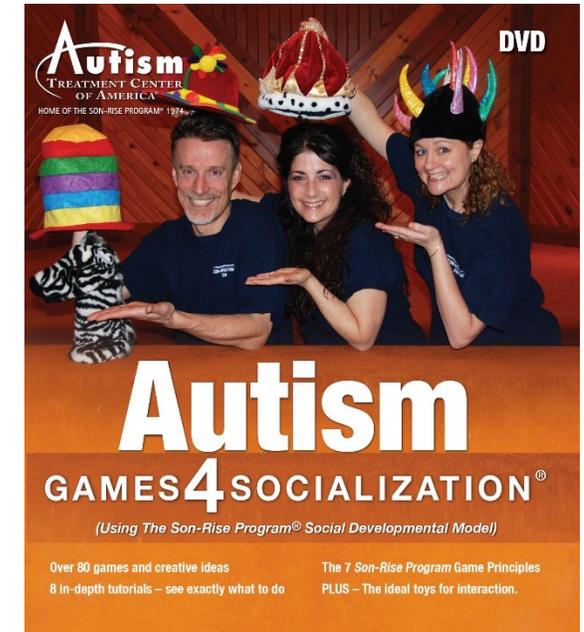
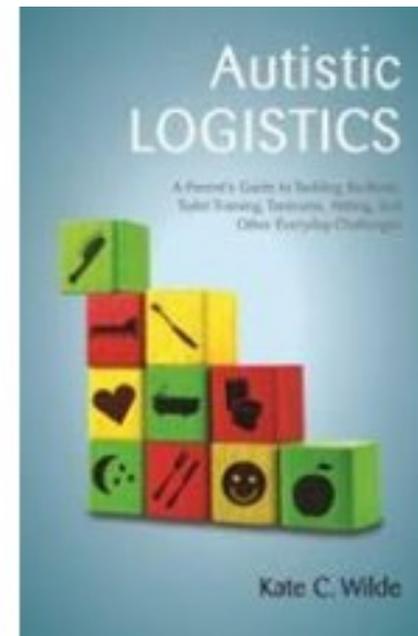
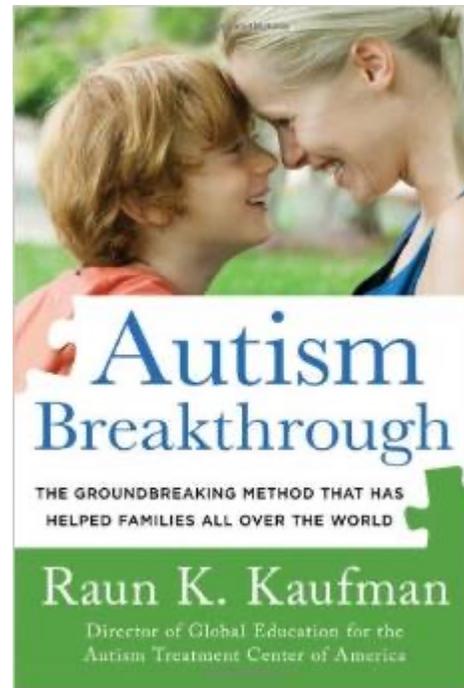
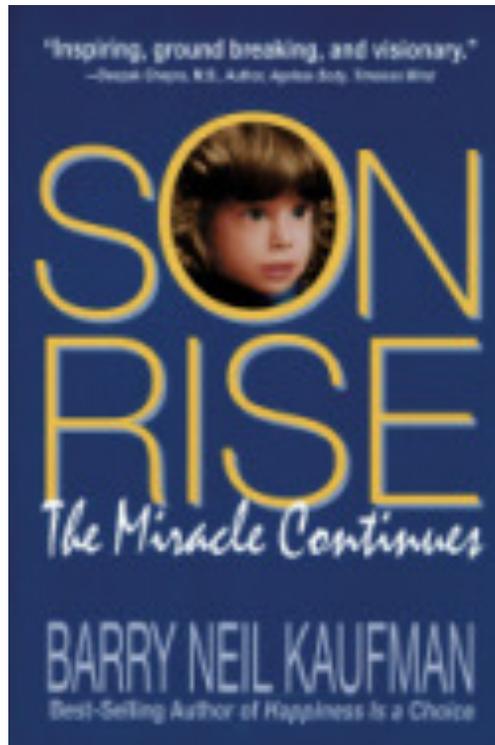
Welcome!

We've gathered together some information about the [Berkshires](#) and [The Option Institute Campus](#) so that you would have the most loving, nurturing and comfortable experience possible. This section will give you an introduction to the beautiful Berkshires and [New England Charm](#). It also covers [accommodations and meals](#) and [fitness](#) at The Option Institute and [participant information](#). Have a wonderful time!

The Beautiful Berkshires



LIBROS, PELÍCULA (Un milagro de amor), Y VIDEOS EN YOUTUBE.



Jim Sinclair, en una conferencia:

“...no lloren por
nosotros, mejor únense
a la aventura”

TRATAMIENTO CONDUCTUAL



Economía de Fichas

- Conducta deseada
- Privilegios Significativos

Contrato de Contingencia

- Hasta los 6 años.
- Negociar desde lo simple a lo complejo

Costos de Respuestas

- Se administran fichas al inicio de la sesión
- Se les quitan por comportamientos inadecuados.

Tiempo Fuera

- Quitar el acceso a refuerzos
- Se usa cuando no se puede controlar los reforzadores

Extinción

- Ignorar la conducta del niño

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

Entrenamiento en Auto instrucciones Verbales

- Modelado Cognitivo
- El niño realiza la misma tarea bajo dirección
- El niño realiza tarea dándose instrucciones en voz alta
- El niño realiza el trabajo susurrando
- El niño realiza el trabajo con su lenguaje interno

Vigilancia Cognoscitiva

- Permite trabajar la conciencia de la atención en el niño

Solución de Problemas Interpersonales

- Kirby y Grimley (1992) trabajaron el SCPI
- Este programa incluye el desarrollo de las siguientes habilidades que integran la comprensión social: Sensibilidad a problemas, Razonamiento alternativo, Pensamientos por medios y fines, razonamiento de consecuencias, y pensamiento causal.

NO OLVIDAR

“No debemos olvidar que ningún psicofármaco puede reducir los efectos de una familia o un ambiente adverso, hogares caóticos y grave psicopatología parental; la enfermedad social no puede ser tratada con psicofármacos”.

Magda Campbell

NEUROBIOLOGÌA

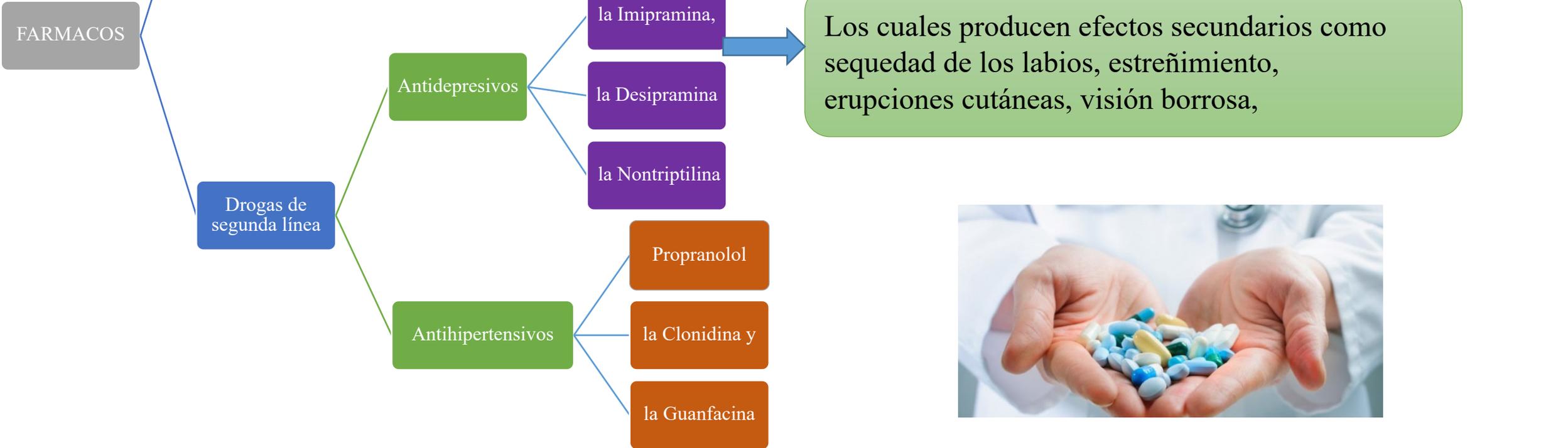
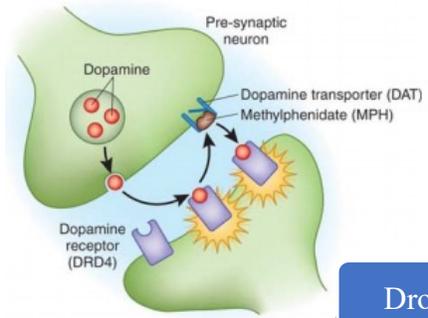
Investiga la comprensión de los procesos conductuales y los mecanismos neurales afectados en el origen y el mantenimiento del apego entre el lactante y su madre, padre y hermanos.

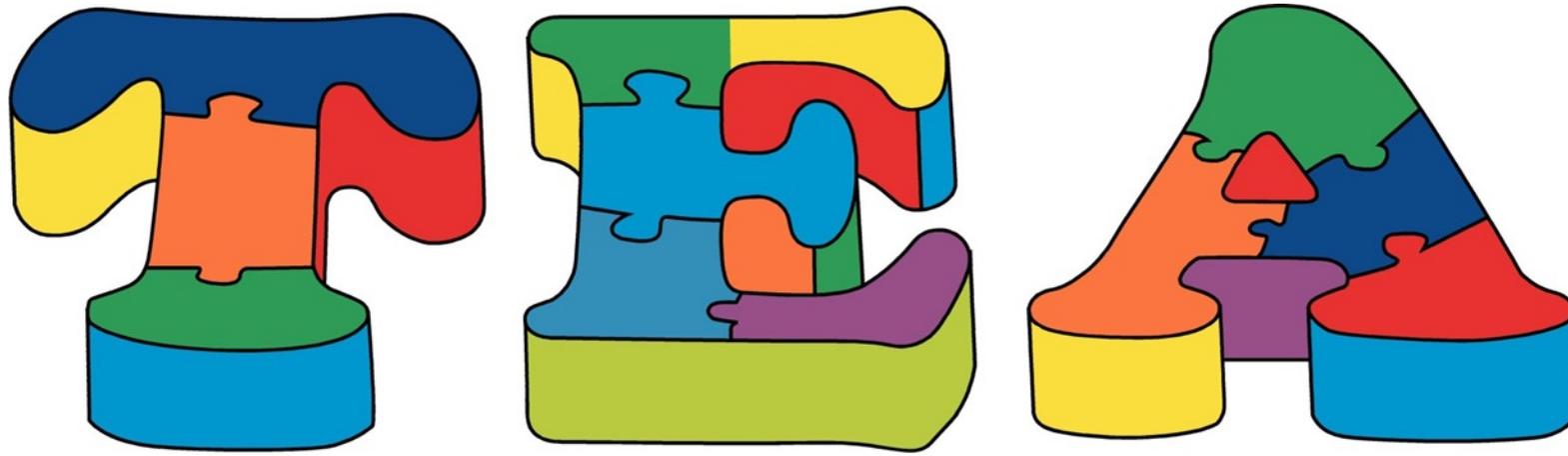
- La oxitocina desempeña un papel central en la regulación de las conductas sociales, incluidas la conducta sexual, el apego materno infantil y la memoria social y el reconocimiento.
- Los valores máximos de oxitocina (OT) en horas posteriores al parto fisiológico, en el cerebro del rn. se ha relacionado con el período sensitivo y el inicio del vínculo materno filial. La manipulación del sistema oxitocinérgico en el período perinatal puede alterar de por vida las respuestas sociales y sexuales en los modelos animales.

Consideraciones RELEVANTES

OXITOCINA	ANESTESIA EPIDURAL	FÀRMACOS ANESTÈSICOS	Gemelos idénticos, ambos padecen del trastorno más del 60% del tiempo	Gemelos fraternos, ambos tienen autismo sólo entre el 0 y el 6 %.	Hermanos de una persona con autismo tienen entre 2 y 8% de probabilidad	Alrededor de un 5% de los casos de autismo, también tiene presente otro trastorno monogénico

INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA.





¡Gracias!



Juan Carlos Oliveros

Contacto de WhatsApp

