



# **Apoyando a niños con trastornos del espectro autista y a sus familias Guía para la Parte C**

Enero de 2012



Infant & Toddler  
Connection of Virginia

## Tabla de contenidos

<b>Introducción y objetivo</b>	3
<b>Trastornos del espectro autista: Señales y síntomas</b>	5
Estudio de caso: Kaylee	
<b>¿Qué son los trastornos del espectro autista?</b>	6
Definición de autismo de la Parte C de Virginia	
<b>¿Qué son las señales tempranas de los trastornos del espectro autista?</b>	7
Síntomas de comunicación, habilidades sociales y conducta en niños con ASD	
<i>Comunicación</i>	
<i>Habilidades sociales</i>	
<i>Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conducta</i>	
<i>Síntomas y características adicionales</i>	
<b>Resumen</b>	10
<b>Proceso de intervención temprana</b>	12
<b>Derivación y admisión</b>	12
<b>Detección y determinación de elegibilidad</b>	12
<b>Evaluación para la planificación de servicios</b>	14
Derivación para evaluación adicional del diagnóstico	
<i>Herramientas de detección y diagnóstico</i>	
<b>Desarrollo del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP)</b>	19
<b>Resumen</b>	20
<b>Apoyo y servicios de la intervención temprana</b>	20
<b>Apoyo y servicios de la Parte C</b>	20
<b>Prácticas basadas en evidencia para trabajar con niños con ASD</b>	21
Lineamientos generales	
Prácticas enfocadas y modelos de intervención integral	

Decidir qué PBE utilizar y con quién	
Intervenciones alternativas complementarias	
<b>Supervisión del progreso del niño y de la familia</b>	26
<b>Transición de la intervención temprana</b>	27
<b>Resumen</b>	28
<b>Referencias</b>	29
<b>Otros sitios Web y recursos</b>	30
<b>Anexos</b>	
<b>Anexo A - Herramientas de detección y diagnóstico para niños pequeños con ASD</b>	32
<b>Anexo B - Prácticas enfocadas y modelos de intervención integral</b>	33

## Introducción y objetivo

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2010), 1 de cada 110 niños será diagnosticado con trastornos del espectro autista (por sus siglas en inglés “ASD”). Las familias y el personal médico están comenzando a reconocer las señales de los trastornos del espectro autista (ASD) más temprano, a menudo dentro del primer o segundo año de vida. Aunque si muchos de los niños que muestran señales de ASD no son oficialmente diagnosticados hasta sus años de preescolar, sabemos que cuanto antes se detecten las señales, cuanto antes podrá comenzar la intervención. Si la intervención comienza dentro de los tres primeros años de vida, los niños con ASD podrán experimentar prometedores progresos en su desarrollo.

El apoyo y los servicios para la intervención temprana se encuentran disponibles para niños y niños pequeños (desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad) elegibles a través del *Infant & Toddler Connection of Virginia*. La Parte C de la Ley para la Educación de Individuos con Discapacidades (2004) describe este sistema de apoyo y servicios. En Virginia, los programas del Infant & Toddler Connection cubre a todas las localidades del estado y brinda apoyo para la intervención en los hogares de las familias y en otros escenarios naturales de la comunidad. Si un infante o niño pequeño ha sido diagnosticado con un trastorno del espectro autista en Virginia, será automáticamente elegible para la intervención. El proceso de intervención temprana será descrito en detalles en el presente documento para ayudar a que las familias comprendan qué esperar y cómo acceder y participar en su programa local. Para saber cómo comunicarse con su programa local de intervención temprana, visite <http://www.infantva.org/> o llame al 1-800-234-1448.

El Infant & Toddler Connection of Virginia está comprometida a trabajar de cerca con las familias de niños con ASD para brindar apoyo y servicios personalizados que ayuden a que las familias promuevan el desarrollo de sus hijos. Esta guía fue diseñada como recurso para los especialistas en intervención temprana (por ejemplo: coordinadores de servicios, educadores, patólogos del habla y lenguaje, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales), los miembros de la familia, y otros proveedores de servicios (por ejemplo: personal médico) que trabajan con niños o niños pequeños que presentan señales de o que han sido diagnosticados con ASD. La información contenida en este documento está relacionada con la identificación temprana de niños con ASD, y su progreso a través del proceso de intervención temprana de Virginia. Se recuerda a los lectores que la identificación temprana es un proceso individual para cada niño y familia, y así también lo es la experiencia de la intervención temprana. Este documento fue diseñado para ayudar a que las familias y los profesionales de intervención temprana trabajen juntos para que los niños y sus familias reciban el apoyo y los servicios que necesitan para alcanzar sus metas.

Este documento también ofrece información relacionada con las prácticas recomendadas para trabajar con niños y niños pequeños con ASD. Como sucede con cualquier información sobre prácticas recomendadas, la información contenida en el presente debe tenerse en cuenta para las fortalezas y necesidades individuales del niño y de su familia. En otras palabras, no toda la información contenida en este documento es aplicable a todos los

niños que presentan características del espectro. Si bien los niños con ASD presentan similitudes, cada niño y familia tienen un conjunto único de capacidades y características.

La información de esta guía está basada en la más actualizada evidencia disponible sobre la identificación e intervención tempranas. Sin embargo, nueva evidencia e información se divulga casi diariamente. De esta manera, se advierte al lector que es posible que nuevos enfoques no estén incluidos en el documento.

## Trastornos del espectro autista: Señales y síntomas

### Kaylee

*Kaylee tiene 30 meses de edad y es la más joven de la familia. Su madre, Alaina, está preocupada por su desarrollo hace tiempo, y cree que no habla o juega como lo hacía su hermano más grande cuando tenía la edad de Kaylee. A menudo describe a Kaylee como la "Señorita independiente" porque al parecer prefiere jugar sola. Cuando Alaina y su hijo mayor intentan que Kaylee juegue al trencito o con la pelota, Kaylee generalmente se aleja de la zona de juego. Le encanta luchar y columpiarse con su papá, pero a veces se entusiasma demasiado y el juego acaba en un berrinche. Kaylee dice unas pocas palabras, como "auto", "papá", "luz", y "perro", pero no utiliza estas palabras para hacer pedidos o rotular las cosas; tiende a decirlas de manera espontánea mientras balbucea o juega. Utiliza mucha jerga cuando juega pero su madre no puede encontrarle significado alguno. Cuando Kaylee quiere algo, toma la mano de su mamá o papá y los lleva hasta lo que quiere, como cuando lleva a su papá hasta la puerta trasera porque quiere columpiarse. Kaylee también coloca cosas en la mano de su mamá cuando quiere algo, como la taza de jugo vacía cuando tiene sed.*

*Alaina está preocupada porque Kaylee no obedece ni vuela cuando la llaman por su nombre. Su pediatra recomendó que se la sometiera a un examen de audición, el cual indicó que la audición de Kaylee era perfecta. Kaylee no hace contacto visual para comunicarse con su familia y sólo en ocasiones los mira. Generalmente, cuando lo hace, su madre dice que pareciera que Kaylee ve a través de ella. Alaina ha trabajado con Kaylee para lograr que la mire y diga más palabras, pero tiende a ignorar los juegos e irse. Sin embargo, acude a su madre en busca de bienestar y se apoya sobre ella o toca su cabello. Le agradan los abrazos de oso rápidos y que la levanten y columpien, pero no es expresiva como su hermano mayor, según su madre.*

*Las actividades preferidas de Kaylee en la casa son mirar dibujos animados, columpiarse en el columpio del jardín, correr con su hermano, y hacer rodar jarros de especias sobre la mesa de café y observarlos caer al piso. Alaina dice que Kaylee puede jugar con los jarros de especias por horas si se lo permite, y que Kaylee llora si no puede entrar en la despensa todas las mañanas para tomarlos. Últimamente, cuando Kaylee se molesta, golpea la cabeza contra el piso, algo que resulta alarmante para sus padres. Este comportamiento ha hecho que sea difícil para la familia de Kaylee sacarla de la casa y llegar al final de día, porque si su rutina cambia, Kaylee se molesta y se golpea la cabeza.*

## ¿Qué son los trastornos del espectro autista?

Los Trastornos de Espectro Autista (ASD por sus siglas en inglés "ASD") son un grupo de discapacidades de desarrollo que provocan que los niños presenten déficits en sus habilidades sociales y de comunicación y desafíos conductuales. Tal como lo sugiere su nombre, los ASD son parte de un "espectro" con características y síntomas que son categorizadas de "leves" a "graves". Todos los niños con ASD comparten características similares; sin embargo, los ASD se expresan de manera diferente según cada niño, con variaciones en los síntomas y los grados de gravedad. En el caso de algunos niños, los síntomas comienzan durante el primer año de vida. Mientras que para otros niños, los síntomas no aparecen hasta los dos o tres años. Un bajo porcentaje de niños (20 - 30%) parecen estar desarrollándose de manera "normal" hasta aproximadamente los 2 años de edad, y luego su desarrollo comienza a hacerse más lento y algunos creen que pierden sus capacidades existentes. Sin importar cuándo comienzan a aparecer las señales de advertencia, las investigaciones han demostrado que la mayoría de los padres comienzan a preocuparse por sus hijos aproximadamente a los 24 meses de edad.

Afortunadamente para Kaylee y su familia, existe una creciente concientización pública nacional sobre las señales tempranas que advierten trastornos del espectro autista y un reconocimiento de la importancia de la identificación, el diagnóstico y la intervención que se realizan en forma temprana.

Según lo indica el Manual de Prácticas del Infant & Toddler Connection of Virginia (2011), el trastorno del espectro autista se define como una imposibilidad de interacción social, imposibilidad de capacidades de comunicación, y un repertorio restringido y repetitivo de actividades e intereses.

### **Definición de autismo de la Parte C de Virginia**

Para el Infant & Toddler Connection of Virginia, los niños con diagnóstico de un trastorno del espectro autista son automáticamente elegibles para recibir apoyo y servicios de intervención temprana. La definición de Virginia incluye el diagnóstico de Autismo, Trastorno Generalizado del Desarrollo (por sus siglas en inglés "PDD"), Trastorno Generalizado del Desarrollo – No especificado de otra manera (TGD-NE), Trastorno de Asperger, Trastorno de Rett, y Trastorno Desintegrativo de la Infancia. Para obtener más información sobre los tipos de trastornos del espectro autista a los que se hace referencia en esta definición, visite First Signs.org en <http://www.firstsigns.org/screening/DSM4.htm>

Muchos niños reciben servicios de intervención temprana sin tener un diagnóstico formal. Los niños pequeños como Kaylee que aún no han recibido un diagnóstico pero que parecen tener señales y síntomas de ASD pueden calificar de otras maneras, por ejemplo al demostrar un retraso en el desarrollo en una o más áreas del desarrollo, o desarrollo

atípico (es decir, un niño puede tener procesamiento sensorial atípico o diferencias en su desarrollo socio-emocional). Bajo la categoría de desarrollo atípico, los niños y niñas pequeños que presentan "imposibilidad de interacción social y habilidades de comunicación junto con conductas restringidas y repetitivas" sin un diagnóstico formal también califican para la intervención.

## ¿Qué son las señales tempranas de los trastornos del espectro autista?

Si bien la mayoría de los profesionales en intervención temprana no son especialistas, es importante que conozcan las señales tempranas de los ASD para que los niños derivados reciban la correspondiente determinación de elegibilidad, evaluación e intervención. Existen varias señales tempranas de advertencia que indican que un infante o niño pequeño se encuentra en riesgo de ser diagnosticado con ASD. First Signs<sup>1</sup> ha sugerido que los siguientes indicadores podrían ser señales tempranas de advertencia:

- Falta de sonrisas u otras expresiones de cariño o alegría a los 6 meses o después
- Falta de intercambio ida y vuelta de sonidos, sonrisas u otras expresiones faciales a los 9 meses o después
- Falta de balbuceo a los 12 meses
- Falta de gestos de comunicación ida y vuelta, como señalar, mostrar, alcanzar, o saludar a los 12 meses
- No articular palabras a los 16 meses
- No articular frases de dos palabras con sentido (sin imitar o repetir) a los 24 meses
- Pérdida del habla o balbuceo o de las habilidades sociales a cualquier edad

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades también han identificado las siguientes señales tempranas:

- 12 meses
  - No responde al nombre
- 14 meses
  - No señala objetos para comentar o demostrar interés
- 18 meses
  - Falta de juegos de imaginación
  - Evita el contacto visual
  - Incapacidad para reconocer los sentimientos de otras personas
  - Retrasos en las capacidades de habla y lenguaje
  - Uso repetitivo de palabras
  - Dificultad para el cambio de rutina
  - Intereses obsesivos

Recuerde que incluso cuando un niño presenta cualquiera de estas señales tempranas de advertencia, no necesariamente significa que el niño tiene ASD

---

<sup>1</sup> First Signs (<http://www.firstsigns.org/>)



- Respuestas sensoriales poco usuales a objetos (por ejemplo: olores, sabores, información visual)
- Movimientos corporales inusuales y repetitivos (por ejemplo: balancearse, agitar las manos)<sup>2</sup>

Si bien todas estas conductas son señales tempranas de advertencia de ASD, es importante recordar que si un niño las presenta, esto no necesariamente significa que el niño tiene ASD. Generalmente, los niños con ASD no presentan todas estas señales tempranas de advertencia, y algunos las demuestran en diferentes momentos. Estas señales tempranas de advertencia son sólo los primeros indicadores de que un niño puede tener ASD. Probablemente los indicadores más comunes reconocidos por los padres sean los retrasos en el habla, el lenguaje y las habilidades de comunicación. Cuando los padres expresan inquietudes relacionadas con un posible ASD, se requiere mayor evaluación antes de realizar un diagnóstico.

### **Síntomas de comunicación, habilidades sociales y conducta en niños con ASD**

Los ASD afectan el desarrollo de los niños en tres áreas principales: comunicación, habilidades sociales, y patrones atípicos de conducta.

#### ***Comunicación***

Uno de los síntomas de ASD más reconocidos comúnmente es el retraso en las habilidades de comunicación, habla y lenguaje. Como sucede con todos los síntomas, las habilidades de comunicación varían según el niño con ASD. Algunos niños no tienen lenguaje y se comunican a través de gestos básicos (por ejemplo: tomar la mano de quien lo cuida y pedir algo) o conductas desafiantes (por ejemplo: berrinche en respuesta a una petición o con el fin de hacer una petición); otros utilizan algunas pocas palabras; y algunos pueden hablar bien, pero tienen retrasos en el uso pragmático del lenguaje, es decir, utilizan el lenguaje de modo socialmente inusual. Los síntomas y las características comunes de comunicación que se presentan en niños y niños pequeños con ASD son:

- Retrasos en la capacidad de habla y lenguaje
- Habla con ecolalias (repetición de palabras)
- Inversión de pronombres (el niño se refiere a sí mismo utilizando un pronombre incorrecto, por ejemplo cuando dice "Tú estás aquí" en lugar de "Yo estoy aquí", o "Kaylee quiere eso" en lugar de "Yo quiero eso")
- Dificultad para mantener un tema
- No señala o responde a lo que otros señalan
- Uso limitado de gestos
- Entonación inusual (habla en forma robótica o habla "con melodía")
- Falta de sentido del humor

---

<sup>2</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2011

## ***Habilidades sociales***

Por naturaleza, los niños y los niños pequeños son seres sociales e interactúan con las personas que los cuidan y con otras personas en su entorno inmediato desde su nacimiento. Es mediante estas interacciones tempranas que comprenden su mundo, desarrollan relaciones y aprenden nuevas capacidades. A menudo "juegan" con quienes los cuidan, imitan sus acciones y se aproximan a sus palabras. Estas relaciones tempranas sirven como base para el desarrollo de relaciones y aprendizaje adicionales.

Desafortunadamente, los niños con ASD tienen dificultades para interactuar socialmente con otros. Muchos niños con ASD son muy retraídos socialmente, y prefieren jugar solos o evitar el contacto con otros. Otros niños presentan conductas sociales inusuales, como respuestas inadecuadas a los sentimientos de otros. No obstante, los déficits de habilidades sociales pueden tener un impacto negativo significativo en el desarrollo y bienestar del niño.

Los síntomas y las características comunes de comunicación que se presentan en niños y niños pequeños con ASD son:

- Evita el contacto visual
- No responde al nombre
- Prefiere jugar solo
- Falta de interés en otros
- Ausencia de expresiones faciales adecuadas
- Invade el espacio personal de otros
- Evita o se angustia ante el contacto físico
- No busca consuelo cuando se lastima o lesiona
- Falta de empatía o comprensión ante los sentimientos de otros

## ***Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conducta***

Los niños y niños pequeños utilizan sus habilidades motrices para explorar y aprender de su entorno. Si bien esto también sucede en el caso de niños y niños pequeños con ASD, estos pueden presentar algunas conductas motrices inusuales. A menudo, estos síntomas conductuales aparecen en la forma de acciones motrices repetitivas, como balancearse, agitar las manos, o hacer girar las ruedas de un auto de juguete. Además de patrones motrices repetitivos, muchos niños con ASD tienen rutinas consistentes, muchas de las cuales resultan inusuales. Por ejemplo, algunos quieren seguir el mismo camino cuando viajan de un lugar hacia otro. Los cambios en estas rutinas pueden resultar muy difíciles o perturbadores para ellos. Los patrones comunes restringidos, repetitivos, y estereotipados de conducta que aparecen en los niños y niños pequeños con ASD son:

- Juego repetitivo con un juguete
- Seguir la misma rutina una y otra vez
- Movimientos motrices repetitivos (balancearse, dar vueltas)
- Enfoque intenso en un objeto o actividades

### ***Síntomas y características adicionales***

Muchos niños con ASD también experimentan otros trastornos o muestran otros síntomas y características. Estos incluyen (pero no están limitados a): hiperactividad y breves intervalos de atención; lesiones autoinfligidas; reacciones inusuales a estímulos olfativos, gustativos, visuales y auditivos; falta de respuesta adecuada al dolor o al miedo; preferencias inusuales de comida; y hábitos anormales de sueño.

### **Resumen**

Las señales tempranas, los síntomas y las características de los ASD se presentan de manera diferente en cada niño y con distintos grados de gravedad y necesidades. Los ASD son únicos en cada niño, con diferentes fortalezas y necesidades. Es importante que los proveedores de servicios y los miembros de la familia recuerden que detectar las señales tempranas de advertencia y brindar al niño y a la familia el apoyo y los servicios que necesitan lo antes posible ayuda a aminorar la gravedad de los síntomas de los ASD.<sup>3</sup>

Detectar las señales tempranas de advertencia y brindar al niño y a la familia el apoyo y los servicios que necesitan lo antes posible ayuda a aminorar la gravedad de los síntomas de los ASD.

Encontrará más información sobre señales tempranas de advertencia y características en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en [www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html](http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html).

Para conocer más sobre el autismo en infantes y niños pequeños, realice el módulo gratuito *Autismo en infantes y niños pequeños: Qué deben saber los especialistas en intervención temprana* a través de Internet en [www.eipd.vcu.edu](http://www.eipd.vcu.edu).

---

<sup>3</sup> Volkmar, Chawarska, & Klin, 2008

# Proceso de intervención temprana

## Derivación y admisión

*En el examen periódico médico de Kaylee a los 24 meses de edad, Alaina habla sobre sus inquietudes con el pediatra nuevamente. Había hablado sobre ellas en una visita por enfermedad 2 meses atrás, y por la cual se procedió a la derivación a un especialista en audiolología para examinar la audición de Kaylee. El pediatra de Kaylee completa la M-CHAT (una herramienta de detección de ASD) con la ayuda de Alaina y advierte la posible existencia de un trastorno del espectro autista. Recomienda a Alaina que se comunique con el programa local de intervención temprana para derivar a Kaylee a una consulta con un pediatra del desarrollo en el hospital local de niños a fin de realizar exámenes adicionales.*

*Alaina llama al programa de intervención temprana, comparte sus inquietudes y las recomendaciones de su pediatra, y deriva a Kaylee al programa. La persona que atiende la llamada le da la bienvenida a Alaina, le explica el proceso de intervención temprana y le dice que un coordinador de servicios se contactará con ella a la brevedad para programar una visita de admisión. Alaina hace algunas preguntas y luego cuelga, ansiosa por tener noticias del coordinador de servicios y comenzar a recibir ayuda para Kaylee.*

*Al día siguiente, Alaina habla con el coordinador de servicios, quien programa una visita a su casa para conocer a la familia durante esa semana. Alaina se siente nerviosa pero aliviada por comenzar el proceso.*

La derivación inicia el proceso de intervención temprana para las familias de niños con ASD (o aquellos que se sospecha tienen ASD). Generalmente, los niños son derivados a intervención temprana por sus padres o tutores, o por sus médicos. Aquellos derivados al sistema de la Parte C con documentación de diagnóstico de ASD (es decir, acreditado en un informe de quien otorga el diagnóstico o en el historial médico del niño) serán automáticamente elegibles para la intervención temprana. Los niños que ingresan al sistema sin un diagnóstico formal tal vez han sido derivados debido a inquietudes sobre comunicación e interacción social, capacidades limitadas de juego, y preguntas relacionadas con procesamiento sensorial atípico (por ejemplo: el niño mira de reojo en vez

### Proceso de intervención temprana

Derivación



Admisión



Determinación de elegibilidad



Evaluación para la planificación de servicios



Desarrollo del IFSP

de tener contacto visual directo, o camina en puntas de pie todo el tiempo). Sin importar la razón de la derivación, todos los niños tienen derecho a la determinación de elegibilidad para recibir apoyo y servicios de intervención temprana.

Poco después de que el programa de intervención temprana recibe la derivación, se programa la visita de admisión con la familia del niño para reunir información sobre el desarrollo y el historial médico del niño y su capacidad para participar en rutinas y actividades diarias de la familia. Se debe obtener consentimiento escrito de los padres para solicitar historial médico o de otro tipo. En el caso de niños que ya han sido examinados, como Kaylee, el personal de intervención temprana solicitará informes y revisará la información de cualquier prueba de detección llevada a cabo fuera del sistema de la Parte C (por ejemplo: pruebas de detección realizadas por el pediatra del niño) y utilizará esta información como parte del proceso de determinación de elegibilidad. Si el niño ha sido derivado sin análisis o diagnóstico previos, un especialista en intervención temprana realizará un examen de desarrollo que brindará información valiosa al equipo de profesionales que determinan la elegibilidad para la intervención temprana.

## DetECCIÓN Y DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

*Durante la visita de admisión, Alaina brinda al coordinador de servicios una copia de la prueba M-CHAT que se realizó en el consultorio del pediatra. El coordinador de servicios revisa la prueba e informa a Alaina que puede utilizar estos resultados para ayudar a determinar si Kaylee sería elegible para la intervención temprana. El coordinador de servicios también completa otro examen de desarrollo para analizar áreas de desarrollo no contempladas por la M-CHAT. Luego de la prueba, hablan en detalle sobre el proceso de intervención temprana, incluyendo la determinación de elegibilidad, que es el siguiente paso. Se completan los papeles necesarios, incluyendo la firma de una autorización para divulgar información al pediatra de Kaylee. Luego de hablar con Alaina sobre las fortalezas y áreas de preocupación de Kaylee, y observarla jugar durante la visita de admisión, el coordinador de servicios completa la admisión y se prepara para marcharse. El coordinador de servicios agradece a Alaina por su tiempo y le dice que la llamará para darle los resultados de la determinación de elegibilidad durante la semana.*

Generalmente, el coordinador de servicios de intervención temprana u otro especialista realiza un análisis general del desarrollo del niño durante la visita de admisión. El objetivo del análisis es determinar si el niño muestra retrasos. En el caso de niños que se sospecha tienen ASD, el análisis también se realiza para identificar cualquier señal temprana de advertencia en las áreas de comunicación, socialización y conducta problemática. Si un niño es derivado a intervención temprana, se ha completado un análisis previamente, y los resultados de este análisis ofrecen información que puede utilizarse para determinar la elegibilidad del niño, es posible que no sea necesario completar una prueba general de desarrollo.

Se han diseñado varias herramientas específicas de detección para ayudar en la identificación temprana de ASD. Entre ellas encontramos:

- *Lista de verificación modificada para el autismo en niños pequeños (M-CHAT)*<sup>4</sup>: La M-CHAT resulta más adecuada para niños aproximadamente de 18 meses de edad. Puede completarla el padre o la persona que cuida al niño, o el médico u otro profesional en colaboración con el padre.
- *Escalas de conducta comunicativa y simbólica- perfil de desarrollo* (por sus siglas en inglés “CSBA-DP”)<sup>5</sup>: Si bien no han sido diseñadas para detectar ASD en forma específica, las CSBS-DP son diseñadas para identificar a niños de entre 6 a 24 meses de edad con dificultades de comunicación. El padre o la persona que cuida al niño debe completar un breve cuestionario sobre el desarrollo del niño.
- *Prueba de detección del trastorno generalizado del desarrollo – II* (por sus siglas en inglés “PDDST – II”)<sup>6</sup>: La PDDST-II ofrece dos niveles de detección para niños de entre 18 meses y 6 años de edad. El padre o la persona que cuida al niño debe completar el cuestionario general.

Los padres participan en todo el proceso de detección para recibir intervención temprana. Asisten en la detección al responder preguntas relacionadas con el desarrollo de su hijo y al compartir sus opiniones respecto de la conducta del mismo. Los miembros de la familia también pueden participar al interactuar con el niño de manera tal que el especialista en intervención temprana observe las capacidades del niño relacionadas con los puntos de detección.

*De regreso en la oficina, los exámenes y el historial médico de Kaylee, las observaciones del coordinador de servicios y la información brindada por su madre son revisadas por un equipo de otros dos profesionales en distintas disciplinas para determinar si Kaylee es elegible para la intervención temprana. El terapeuta ocupacional y el educador del equipo deciden que, según la información obtenida, Kaylee es elegible para la intervención temprana debido a los retrasos de desarrollo en sus habilidades de comunicación y socio-emocionales, y debido a un desarrollo atípico. El coordinador de servicios llama a Alaina para darle la noticia y coordinar con ella la evaluación para la planificación de servicios. Alaina solicita que la evaluación se realice de modo tal que su esposo pueda participar. El coordinador de servicios ofrece varias opciones de días y horarios para la evaluación, y encuentran el momento que se ajusta a los horarios de la familia. Mientras tanto, Alaina llama al coordinador de servicios para hacerle saber que la cita con el pediatra del desarrollo ha sido programada para dentro de algunas semanas.*

---

<sup>4</sup> Robins, Fein, Barton, & Green, 2001

<sup>5</sup> Wetherby & Prizant, 2002

<sup>6</sup> Seigel, 1996; 2004

Inmediatamente después de toda prueba de detección, el especialista en intervención temprana trata los resultados de la prueba con la familia. Es importante recordar que los resultados de cualquier prueba de detección no necesariamente indican que el niño tiene ASD. Ninguna prueba es 100% confiable; esto significa que es posible que algunos niños "fallen" en la prueba y no haya nada malo en ellos, mientras que otros tal vez "aprueban" la prueba y más tarde son diagnosticados. Los especialistas en intervención temprana deben explicar esto a las familias e incentivarlas a que utilicen los resultados de la prueba para tomar decisiones estando informados respecto de las evaluaciones y los servicios futuros. Los resultados de la prueba también se combinan con información del historial médico del niño, aportes de la familia, y observaciones clínicas del especialista en intervención temprana para determinar la elegibilidad inicial del niño para recibir servicios de intervención temprana.

Si luego de la prueba o determinación de elegibilidad, el padre solicita asistencia para que un profesional brinde una evaluación adicional del diagnóstico del niño, el coordinador de servicios de intervención temprana estará a disposición para asistir en este proceso. Los padres que desean realizar una evaluación adicional encontrarán que compartir los resultados de la prueba de intervención temprana y determinación de elegibilidad con su pediatra es útil para decidir si efectivamente es necesaria una evaluación adicional.

## **Evaluación para la planificación de servicios**

*El día de la evaluación de Kaylee para la planificación de servicios, sus padres se ven nerviosos por los resultados que brindará el equipo de evaluación. Cuando el equipo de evaluación llega, Martin, el padre de Kaylee, le da la bienvenida en la puerta. Un terapeuta ocupacional, un terapeuta del habla, y el coordinador de servicios se reúnen con la familia en la sala. El terapeuta del habla intenta hacer jugar a Kaylee, pero ella corre a la cocina para esconderse. Después de pasar tiempo jugando con Kaylee y sus jarros de especias para ayudarla a aclimatarse, el terapeuta del habla intenta realizar varias actividades de evaluación. Mientras juegan, el terapeuta ocupacional y el coordinador de servicios hablan con Alaina y Martin sobre el desarrollo de Kaylee. La información reunida durante la evaluación para la planificación de servicios respecto de las fortalezas y áreas de necesidad de Kaylee se utilizará para desarrollar su Plan Individualizado de Servicios para la Familia (por sus siglas en inglés "IFSP").*

Cuando se determina que un niño es elegible para la intervención temprana, el siguiente paso en el proceso es la evaluación para la planificación de los servicios. Se lleva a cabo una evaluación del desarrollo del niño por parte de un equipo que incluye a la familia del niño y a profesionales en distintas disciplinas (es decir, educador y patólogo del habla y lenguaje). Se reúne información sobre las fortalezas y necesidades del niño en todas las áreas de desarrollo, incluyendo:

- Cognición (cómo un niño piensa y resuelve problemas)

- Comunicación (cómo un niño hace saber a los demás qué desea y qué comprende)
- Emocional social (cómo un niño interactúa con otros)
- Motriz (cómo un niño utiliza los músculos grandes y pequeños)
- Adaptativa (cómo un niño se ayuda al comer, dormir, vestirse, etc.)

También se reúne información para determinar cómo el niño interactúa con otros y con su entorno durante las rutinas y actividades familiares diarias. Esta información ayuda a colocar el desarrollo del niño en el contexto de su vida diaria. El equipo del IFSP también utilizará esta información cuando se desarrolle el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) y cuando se planean las estrategias y actividades de intervención.

En el caso de los niños que son evaluados por un profesional ajeno al sistema de intervención temprana, se solicitará el historial médico (con el consentimiento de los padres) y los resultados de la evaluación externa serán revisados. Siempre que sea posible, estos resultados se utilizarán para informar sobre el proceso de planificación de servicios a fin de evitar que el niño sea sometido a varias evaluaciones.

### **Derivación para evaluación adicional del diagnóstico**

*Cuando finalmente llega el día de la visita para que el pediatra del desarrollo realice la evaluación adicional, la familia de Kaylee se encuentra en medio del proceso de intervención temprana. Cuando se reúnen con el nuevo médico, comparten los resultados de la evaluación que se llevó a cabo mediante el programa de intervención temprana. El pediatra del desarrollo escucha a los padres de Kaylee mientras describen sus inquietudes. Asimismo, revisa la información de la prueba inicial y la información de la evaluación provista por el coordinador de servicios de intervención temprana. Realiza pruebas adicionales con Kaylee utilizando ADOS y determina que Kaylee reúne los criterios para un diagnóstico de trastorno del espectro autista. Habla sobre el diagnóstico, responde a las preguntas de Alaina y Martin, y revisa las opciones de intervención temprana en la comunidad. También les entrega un manual de recursos relacionados con apoyo y servicios para niños con ASD. Recomienda pruebas médicas adicionales para descartar causas genéticas, como el síndrome de X Frágil. La familia de Kaylee también recibe la derivación a un psicólogo para asistir en la conducta de Kaylee. Cuando el padre de Kaylee pregunta si Kaylee alguna vez podrá hablar como los demás niños, el pediatra del desarrollo contesta que no está seguro, pero que les recomienda que trabajen con Kaylee durante todo el día utilizando las estrategias de intervención que conocerán gracias al proveedor de servicios de intervención temprana. El médico establece que gracias a la intervención temprana, muchos niños experimentan importantes avances, por lo que la familia está haciendo lo correcto buscando ayuda para Kaylee a tan temprana edad.*

En cualquier momento del proceso de intervención temprana, la familia puede solicitar asistencia del equipo de intervención temprana para encontrar un especialista que realice una evaluación adicional de su hijo para descartar o confirmar un diagnóstico de ASD. O, las familias pueden ser derivadas a su pediatra para realizar las pruebas adicionales, como en



el caso de Kaylee. Es importante que las familias comprendan que actualmente no existe un examen médico utilizado para diagnosticar a un niño con ASD. El diagnóstico (así como la prueba de detección) está basado en la observación del perfil individual conductual del niño; es decir, la presencia de características sociales, comunicativas y conductuales que pueden indicar ASD. Generalmente, el diagnóstico de ASD es realizado por un clínico capacitado (por ejemplo: psicólogo o psiquiatra), pero otros profesionales médicos también pueden realizar la evaluación, como pediatras del desarrollo o neurólogos. Si bien sabemos que muchos niños no son diagnosticados con ASD hasta después de los 3 años de edad (y después de terminar la intervención temprana), investigaciones recientes han indicado que para muchos niños, un diagnóstico confiable y firme puede ser hecha por un clínico capacitado cuando tienen aproximadamente 18 meses de edad<sup>7</sup> Las investigaciones indican que cuanto antes los niños reciban un diagnóstico adecuado de ASD, más rápidamente podrán comenzar a recibir apoyo y servicios de intervención; es por ello que ayudar a las familias con las derivaciones para realizar evaluaciones adicionales (cuando las familias están listas) es extremadamente importante.

### ***Herramientas de detección y diagnóstico***

Dada la creciente atención destinada a la identificación temprana, se encuentran a disposición varias herramientas de detección y diagnóstico para asistir con la identificación temprana de estos niños tan pequeños. Estas herramientas son más utilizadas por profesionales ajenos al sistema de intervención temprana, pero los especialistas en intervención temprana pueden beneficiarse al estar familiarizados con ellas y ayudar a las familias a lo largo del proceso de evaluación integral.

Las pruebas indicadas aquí son más exhaustivas que las pruebas mencionadas anteriormente. Estas pruebas pueden ser realizadas por profesionales después de haber completado la prueba inicial a fin de reunir más información para determinar si se necesita evaluación integral adicional.

- *Escalas de conducta comunicativa y simbólica- escala de indicadores rojos* (por sus siglas en inglés “CSBS-SORF”)<sup>8</sup>: La CSBS/SORF es una herramienta de detección utilizada para observar y evaluar en forma directa las conductas del niño que pueden indicar ASD y/o retrasos en la comunicación. La SORF ha demostrado ser efectiva para diferenciar a los niños que tienen trastornos del lenguaje de los que tienen ASD.
- *PDDST-II Etapa 2*<sup>9</sup>: La herramienta de detección PDDST-Etapa 2 fue diseñada para niños de entre 18 meses y 3 años de edad. En este nivel, la PDDST-2 la realiza un profesional en niños que no aprueban la prueba inicial.
- *Prueba de detección de autismo en niños de dos años* (por sus siglas en inglés “STAT”)<sup>10</sup>: La STAT utiliza una evaluación breve y directa de las capacidades de

---

<sup>7</sup> Lord, Risi, DiLavore, Shulman, Thurm, & Pickles, 2006

<sup>8</sup> Wetherby & Woods, 2002

<sup>9</sup> Siegel, 1996, 2004

juego, comunicación e imitación del niño. Investigaciones han demostrado su efectividad para diferenciar a los niños con ASD de los niños que no tienen ASD.

- *Escala de valoración del autismo en la niñez – 2 (por sus siglas en inglés “CARS”-2)*<sup>11</sup>: La CARS-2 es una herramienta de detección mayormente aplicada en niños de 2 años de edad o más. Utilizando una escala de valoración de Likert (la cual indica la gravedad de los síntomas), el profesional clasifica al niño respecto de las características y los síntomas de ASD.

Muchos niños continúan directamente con una evaluación diagnóstico comprensivo realizada por un equipo multidisciplinario que debe incluir a un profesional especializado en el diagnóstico temprano de discapacidades del desarrollo, incluyendo ASD. El proceso de la evaluación diagnóstico debe estar compuesto por:

- Examen médico que incluye pruebas de audición y visión
- Entrevista con un padre o la persona a cargo del cuidado del niño que incluya su historial de desarrollo
- Observación del niño interactuando con su entorno, prestando atención al uso de comunicación, juego, y conductas repetitivas del niño
- Evaluación directa del desarrollo que incluya habilidades de comunicación, sociales, cognitivas, de conducta adaptativa, y motrices

En el caso de algunos niños, puede resultar importante incluir evaluaciones adicionales, tales como exámenes neurológicos, evaluación de procesamiento sensorial realizado por un terapeuta ocupacional, u otro profesional capacitado, etc.

Los siguientes instrumentos de diagnóstico han sido desarrollados para asistir a profesionales en el diagnóstico de niños con ASD. Los especialistas en intervención temprana no necesariamente aplican estas evaluaciones, pero el estar familiarizados con estas herramientas puede ayudarlos a estar preparados para responder las preguntas de las familias.

- El *Programa de observación para el diagnóstico de autismo – genérico* (por sus siglas en inglés “ADOS-G”)<sup>12</sup> es una herramienta estructurada de observación que brinda oportunidades de observación de las conductas sociales, de comunicación y juego de un niño. Algunas investigaciones indican que la ADOS-G puede utilizarse con confianza en niños de 24 meses o más; sin embargo, clínicos y miembros de la familia deben considerar los resultados con precaución, ya que la ADOS-G no fue diseñada para ser utilizada en esta población. Actualmente, se está desarrollando un nuevo módulo para niños pequeños para la ADOS-G a fin de examinar a niños de entre 12 y 20 meses que se sospecha tienen ASD.

---

<sup>10</sup> Stone, Coonrod, & Ousley, 2000

<sup>11</sup> Schopler, Van Bourgondien, Wellman, & Love, 2010

<sup>12</sup> Lord et al., 2000

- La *Escala de observación de autismo para niños* (por sus siglas en inglés “AOSI”)<sup>13</sup> está específicamente diseñada para niños menores de 18 meses de edad. La AOSI es una evaluación basada en el juego, similar a la ADOS-G. Se observa a los niños en varias actividades basadas en juegos para detectar señales tempranas de ASD.

El Anexo A brinda una descripción general y comparación de las distintas herramientas descritas en esta sección. Es importante recordar que los hallazgos de los distintos recursos y herramientas deben utilizarse en el proceso de identificación y diagnóstico.

## **Desarrollo del Plan individualizado de servicios para la familia (por sus siglas en inglés “IFSP”)**

*En la reunión del IFSP, Alaina y Martin comparten el diagnóstico con el coordinador de servicios y el logopeda y hablan sobre sus esperanzas y sueños al respecto de Kaylee. Basándose en la información de Kaylee recogida en su evaluación y en las prioridades de los padres para su desarrollo, el equipo (incluyendo a Alaina y Martin) desarrolla los resultados y objetivos del IFSP que guiarán la intervención. Los resultados del IFSP incluyen que Kaylee aprenda a utilizar palabras para comunicarse y mejorar su capacidad de interacción con su familia durante el juego y otras rutinas diarias. Los resultados del IFSP de Kaylee también tratan sus berrinches, ya que sus padres esperan que cuando Kaylee aprenda a comunicar en forma más clara de lo que quiere y lo que siente, la frecuencia e intensidad de los berrinches disminuirán.*

*Después de desarrollar los resultados del IFSP, hablan sobre el apoyo y los servicios de intervención temprana. El equipo, incluyendo a la familia de Kaylee, decide que los servicios semanales de logopeda serán los principales servicios de intervención temprana ofrecidos para ayudar a la familia de Kaylee. La terapia ocupacional mensual también está incluida en el IFSP para brindar a los padres y al logopeda de Kaylee sugerencias de actividades para tratar el procesamiento sensorial y las necesidades motrices finas de Kaylee. Al final de la reunión, se firma el IFSP para que los servicios comiencen cuando antes.*

*Luego de la reunión del IFSP, Alaina y Martin están entusiasmados por comenzar los servicios de intervención temprana para ayudar a Kaylee. Desde la evaluación, han estado trabajando con Kaylee para ayudarla aprender a decir "abrir" para abrir la puerta de la despensa todas las mañanas y tomar los jarros de especias, y recientemente ha dicho "abri-" varias veces. Esperan con ansias aprender más estrategias para utilizar con Kaylee todos los días y así incentivar su desarrollo.*

Luego de la evaluación para la planificación de servicios, o la revisión de los resultados de la evaluación externa, las familias pueden continuar con el desarrollo del IFSP del niño. El IFSP debe ser desarrollado dentro de los 45 días calendario posteriores a la fecha de

<sup>13</sup> Bryson, Zwaigenbaum, McDermott, Rombough, & Brian, 2007

derivación del niño al sistema de la Parte C. El IFSP es desarrollado con la colaboración de la familia, el coordinador de servicios, y el/los proveedor/es de servicios involucrados en la determinación de elegibilidad y/o la evaluación, según corresponda, y aquellos que brinden apoyo y servicios. Eso depende de las fortalezas y necesidades del niño y las prioridades de la familia respecto del mismo.

En el caso de los niños con ASD, como con cualquier niño, el IFSP sirve como base para el apoyo y los servicios de intervención temprana que serán provistos.

El IFSP de todo niño incluye información sobre:

- Las rutinas y actividades diarias del niño y de la familia;
- Los recursos, las prioridades y las inquietudes de la familia al respecto del desarrollo del niño (si la familia decide compartir esta información);
- Información resumida sobre la historia médico del niño, sus fortalezas, y necesidades funcionales, según fueron determinadas durante la evaluación;
- Resultados y metas para el desarrollo del niño;
- El apoyo y los servicios que serán provistos para ayudar a que la familia incentive el desarrollo del niño dentro del contexto de las actividades diarias a fin de alcanzar los resultados y objetivos identificados en el IFSP; y
- Un plan de transición hacia apoyo y servicios ajenos al sistema de la Parte C después de que el niño ya no participa en la intervención temprana.

El objetivo del proceso del IFSP es desarrollar un plan significativo para la familia y personalizado según las fortalezas y necesidades exclusivas del niño. El IFSP es un documento legal y actúa como guía para la familia y los especialistas en intervención temprana para que todos los miembros del equipo trabajen en forma conjunta para el beneficio del niño y de la familia.

Durante toda su implementación, el IFSP será revisado por lo menos cada seis meses. El IFSP será evaluado nuevamente todos los años y se desarrollará un nuevo IFSP. El IFSP es un documento flexible que debe cambiar a medida que el niño progresa, a medida que los resultados y las metas cambian, y a medida que las prioridades de la familia y las actividades diarias evolucionan. El IFSP debe reflejar el progreso del desarrollo del niño durante su participación en el apoyo y los servicios de la intervención temprana.

## **Resumen**

El apoyo individualizado para niños con ASD está basado en la información reunida durante todo el proceso de intervención temprana. A medida que cada niño avanza en el proceso, la familia y los especialistas en intervención temprana colaboran para completar la detección, determinar la elegibilidad del niño, reunir información de la evaluación, y desarrollar el IFSP. Es a través de esta colaboración que se desarrolla un significativo sistema de apoyo y servicios de intervención temprana para tratar las necesidades únicas del niño con ASD.

Si desea obtener más información sobre el Infant and Toddler Connection of Virginia, visite [www.infantva.org](http://www.infantva.org). Para ver una representación visual de cómo se implementan los servicios en Virginia, visite [www.infantva.org/documents/ovw-ccED-ServicePathChart.pdf](http://www.infantva.org/documents/ovw-ccED-ServicePathChart.pdf).

Para obtener más información sobre las prácticas enfocadas en la familia durante la intervención temprana o sobre el Plan individualizado de servicios para la familia (por sus siglas en inglés "IFSP"), encontrará a disposición dos módulos en Internet:

*Prácticas enfocadas en la familia durante la intervención temprana*  
[www.eitraining.vcu.edu](http://www.eitraining.vcu.edu)

*IFSP 101: Introducción al IFSP de Infant & Toddler Connection of Virginia*  
*Proceso de desarrollo*  
[www.eipd.vcu.edu](http://www.eipd.vcu.edu)

## **Apoyo y servicios de la intervención temprana**

*Durante la primera visita al logopeda, Kaylee se toma un momento para aclimatarse, pero finalmente acaba jugando con sus jarros de especias y trampolin. También disfruta explotar burbujas que su madre forma durante la visita, y finalmente dice "explota" para tener más burbujas. Durante sus visitas semanales, el logopedatrabaja con Alaina para que sepa cómo utilizar las estrategias de intervención con Kaylee cuando el logopeda no está en la casa. Al practicar estrategias durante las visitas y recibir apoyo de entrenamiento del logopeda, Alaina aprende maneras para que Kaylee haga contacto visual, preste atención a otros, siga algunas instrucciones simples, y utilice sonidos tempranos y algunas palabras sencillas para comunicarse. Alaina también aprende estrategias del terapeuta ocupacional que asiste en el procesamiento sensorial de Kaylee para que pueda estar más enfocada y integrado con su familia. Al combinar lo que la familia sabe sobre las rutinas diarias y actividades preferidas de Kaylee y la información provista por los miembros del equipo profesional, Alaina, Martin, y los terapeutas trabajan juntos como socios para asistir en el desarrollo de Kaylee y alcanzar las metas de su IFSP.*

### **Apoyo y servicios de la Parte C**

Una vez que el IFSP se establece, el apoyo y los servicios de intervención temprana deben comenzar dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en la que la familia firma el plan. No existen mandatos o requisitos respecto de una frecuencia o intensidad específicas de apoyo y servicios, sin importar la discapacidad o el diagnóstico. Los tipos de apoyo y servicios que el niño recibe dependerán en las fortalezas y las necesidades del mismo, y de los resultados y objetivos de su IFSP. La cantidad de apoyo de intervención temprana que un niño y su familia recibe es determinada por el equipo del IFSP, el cual incluye a la familia.

Cada niño y familia recibirá coordinación de servicios, provista por un coordinador de servicios que actúa como punto exclusivo de contacto para la familia y los acerca a los recursos necesarios. El coordinador de servicios también monitorea la implementación del IFSP y coordina todos los servicios de intervención temprana. El objetivo de la coordinación de servicios es asegurar que el niño y la familia reciban el apoyo que necesitan para incentivar el desarrollo del niño dentro del contexto de interacciones y rutinas diarias con la familia.

Hay varios tipos de apoyo y servicios a niños y niños pequeños con ASD. Estos servicios incluyen pero no están limitados a:

Dispositivos y servicios tecnológicos de asistencia	Terapia física
Audiología	Servicios psicológicos
Servicios de desarrollo	Coordinación de servicios
Servicios de asesoramiento	Servicios de asistencia social
Servicios médicos	Patología del habla y lenguaje
Evaluaciones médicas	Transporte y costos relacionados
Terapia ocupacional	Servicios para la visión

Los servicios para el desarrollo, la terapia ocupacional, la terapia física, la patología del habla y lenguaje son algunos de los servicios más comunes que reciben los niños con ASD. No todos los niños con ASD necesitan estos servicios; el tipo de servicio, la frecuencia y la intensidad son determinados durante el proceso de desarrollo del IFSP y están basados en los resultados y objetivos incluidos en el plan. Sin importar cuáles de estos servicios de intervención reciba el niño, los servicios de intervención temprana se enfocarán en brindar apoyo a los esfuerzos de la familia para interactuar con el niño durante las rutinas y actividades diarias de la familia que ocurren entre las visitas de intervención. Los proveedores de servicios utilizan métodos tales como entrenamiento y modelación de estrategias de intervención con las familias para que estén preparadas para apoyar el desarrollo de sus hijos cuando el proveedor de servicios *no se encuentra con la familia*.

Los servicios se enfocan en brindar apoyo a los esfuerzos de la familia para interactuar con el niño durante las rutinas y actividades diarias de la familia que ocurren entre las visitas de intervención.

## **Prácticas basadas en evidencia para trabajar con niños con ASD**

Utilizar prácticas basadas en evidencia (por sus siglas en inglés “EBP”) al trabajar con niños con ASD y sus familias es no sólo un requisito legal, sino también el medio más eficiente y efectivo para promover resultados positivos para los niños y sus familias. Las prácticas

basadas en evidencia son prácticas cuyos fundamentos se encuentran en la ciencia y cuentan con evidencia empírica sobre su efectividad. Estas prácticas son científicamente sanas y deben utilizarse por especialistas en intervención temprana a fin de informar sobre sus prácticas con los niños y las familias. Es importante comprender, sin embargo, que las prácticas utilizadas y la manera en la que son implementadas pueden ser diferentes cuando son personalizadas según las fortalezas y necesidades de cada niño, e integradas dentro del contexto de las rutinas diarias exclusivas de cada familia. Consulte el Anexo B para obtener información sobre prácticas específicas basadas en evidencia.

### **Lineamientos generales**

El Consejo Nacional de Investigación (2001) ofrece lineamientos generales para implementar intervenciones efectivas en niños con ASD. En general, se sugiere:

- Las interacciones instructivas deben ser aproximadamente de 25 horas por semana
- Las oportunidades de intervención deben planearse e integrarse durante todo el día para brindar suficientes oportunidades de aprendizaje
- Los miembros de la familia o las personas encargadas del cuidado del niño deben ser parte del proceso de planificación de la intervención y deben ser participantes activos al brindar apoyo y servicios
- Si los niños participan en un escenario de salón de clases, se deberá procurar que el maestro trabaje con un número bajo de niños
- Se debe desarrollar un mecanismo para la evaluación del programa, la evaluación continua del niño, y la supervisión para apoyar los resultados deseados e informar sobre la toma de decisiones<sup>14</sup>

El enfoque del Infant & Toddler Connection of Virginia para brindar apoyo y servicios individualizados de intervención temprana es alineado con las recomendaciones del NRC. Las 25 horas semanales de intervención recomendada por el NRC pueden incluir apoyo del proveedor de servicios durante la visita de intervención, así como apoyo de los miembros de la familia y las personas encargadas del cuidado del niño cuando implementan estrategias de intervención en sus rutinas diarias. Si los proveedores de servicios trabajan con las familias y otros encargados del cuidado del niño para asegurar que utilicen estrategias efectivas a fin de lograr los resultados del IFSP durante las rutinas diarias, los niños podrían recibir mucho más que 25 horas semanales de apoyo. De hecho, los niños recibirían intervención todos los días, todo el día, durante las interacciones con sus seres queridos en el contexto de las actividades diarias que más disfrutan y en el lugar donde más aprenden. Durante las sesiones de intervención, los proveedores de servicios ayudan a que las familias y las personas encargadas del cuidado de los niños identifiquen oportunidades de aprendizaje e integren estrategias de intervención en rutinas y actividades diarias para incentivar el desarrollo del niño. Las visitas de intervención temprana se enfocan en cómo los miembros de la familia y otras personas encargadas del cuidado de los niños interactúan con el niño durante el resto de la semana, cuando el proveedor de servicios no está presente. Este enfoque determina cómo el niño recibe apoyo

---

<sup>14</sup> NRC, 2001

de intervención que es individualizado y significativo, y ofrece prácticas repetitivas de capacidades y habilidades nuevas y emergentes. Asimismo, las familias interesadas en recibir servicios adicionales o complementarios ajenos al sistema de intervención

La intervención temprana tiene como objetivo asegurar que los miembros de la familia, quienes están más capacitados para tener un impacto directo en el desarrollo de sus hijos, cuenten con el conocimiento y las habilidades necesarios para sentirse confiados y bien preparados para interactuar con los niños de maneras que promuevan un desarrollo saludable y un progreso hacia los resultados y objetivos del IFSP.

temprana pueden escoger la exploración de otras opciones comunitarias.

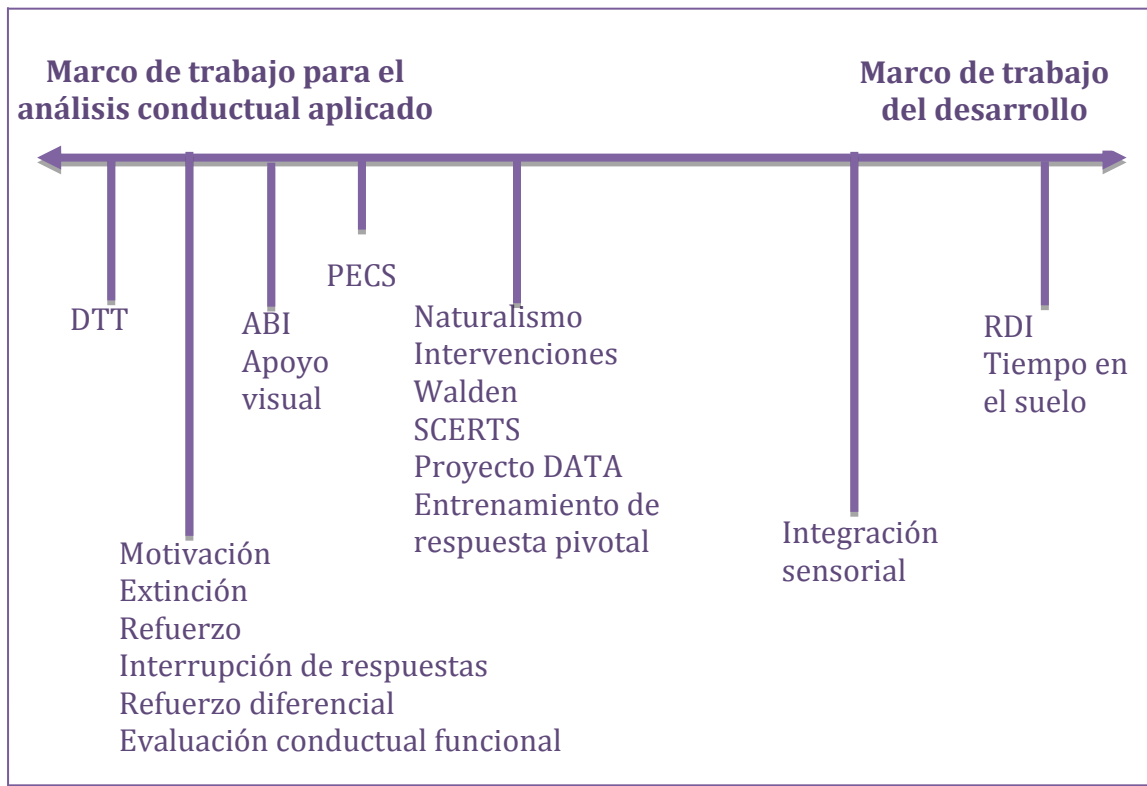
### **Prácticas enfocadas y modelos de intervención integral**

Los especialistas en intervención temprana utilizan varias prácticas y modelos de intervención cuando trabajan con niños con ASD. Prácticas y modelos utilizados depende del entrenamiento del especialista, la preferencia de la familia, el desarrollo individual del niño, y los resultados y objetivos del IFSP.

Los fundamentos conceptuales para varias *prácticas enfocadas* y varios *modelos de intervención integral* (por sus siglas en inglés "CIM") varían en su totalidad. Una parte del total de las prácticas y los CIM están orientados hacia un análisis conductual aplicado. Y otra parte presentan una orientación hacia el desarrollo. Vea la figura a continuación para obtener una representación visual del total mencionado.



## Continuo de prácticas enfocadas y modelos de intervención integral



NOTA: DTT: Entrenamiento de ensayos discretos; ABI: Intervenciones basadas en antecedentes; PECS: Sistema de comunicación por intercambio de imágenes; RDI: Intervención para el desarrollo de relaciones

Aquí encontrará una descripción general de las *prácticas enfocadas* y los *modelos de intervención integral* para que todos los miembros del equipo de intervención temprana, incluyendo a la familia, tengan información sobre las opciones que pueden ser adecuadas para incentivar el desarrollo del niño y así alcanzar los resultados del IFSP.

**Prácticas enfocadas.** Las prácticas enfocadas son estrategias individualizadas de intervención que los especialistas en intervención temprana utilizan para promover o cambiar una capacidad o conjuntos de capacidades o conductas *específicas*. Las prácticas enfocadas generalmente se utilizan por un período de tiempo relativamente corto (por ejemplo: 3 meses) y pueden implementarse en hogares, salones de clase, o en programas comunitarios. Existen varias prácticas enfocadas basadas en evidencia para trabajar con niños con ASD. El Anexo B brinda ejemplos y una descripción general de estas prácticas.

**Modelos de intervención integral.** Muchas de las prácticas enfocadas descritas anteriormente han sido combinadas con más modelos de intervención integral. Los modelos de intervención integral son modelos organizados de prácticas y componentes enfocados y tratan un gran abanico de capacidades de desarrollo para los niños. Generalmente, los modelos de intervención integral son intensivos y se utilizan durante un período extendido de tiempo. Se han desarrollado varios modelos de intervención integral

para niños con ASD (Ver Anexo B). Si bien algunos de estos modelos de intervención integral han sido ampliamente publicitados, muchos de ellos no pueden demostrar su efectividad, en especial cuando se los compara con otros programas.<sup>15</sup>

### **Decidir qué PBE utilizar y con quién**

Un aspecto importante del uso de prácticas basadas en evidencia es considerar qué prácticas ayudarán a que el niño y la familia alcancen los resultados y objetivos del IFSP. A pesar de que existe algún nivel de evidencia para prácticas recomendadas y prometedoras, es importante que los especialistas en intervención temprana se hagan las siguientes preguntas antes de seleccionar la práctica a utilizar:

- ¿Cuáles son los *resultados previstos* al utilizar una práctica en particular? ¿Los resultados coinciden con las necesidades del niño y de la familia?
- ¿Cuáles son los *posibles riesgos* asociados con la práctica?
- ¿Cuáles son los *medios de evaluación* más efectivos respecto de un método o enfoque en particular para ese niño?<sup>16</sup>

La decisión de elegir una práctica en particular debe estar basada no sólo en la evidencia, sino también en los resultados asociados con la intervención y las necesidades individuales del niño con ASD.

Puede resultar muy provechoso tratar estas preguntas con las familias para que sean parte del proceso de toma de decisiones en cuanto a las prácticas que quisieran probar con sus hijos. Cuando las familias participan en este proceso de reflexión, ofrecen perspectivas necesarias respecto de qué puede funcionar con sus hijos, y aprenden capacidades que los ayudarán a tomar decisiones informadas para el niño durante su inscripción en la intervención temprana, y luego de ella.

### **Intervenciones alternativas complementarias (por sus siglas en inglés “CAI”)**

Han surgido varias intervenciones alternativas complementarias (CAI) para niños con ASD en los últimos 10 años. Muchas familias con niños con ASD consideran intentar intervenciones alternativas complementarias con sus hijos. Estas intervenciones a menudo reciben mucha atención de los medios de comunicación; sin embargo, son consideradas intervenciones o terapias alternativas porque no cuentan con suficiente evidencia científica o porque su evidencia científica es significativamente menor a la de los enfoques de intervención más tradicionales. Muchas de las CAI más comúnmente utilizadas son dietas, vitaminas y suplementos, y terapias manipulativas y corporales.

#### ***Dietas, vitaminas y otros suplementos***

---

<sup>15</sup> Odom, Boyd, Hall, & Hume, 2009

<sup>16</sup> Simpson, 2005

El uso de suplementos vitamínicos y cambios en la dieta son las CAI más comúnmente utilizadas para individuos con ASD.<sup>17</sup> Muchas familias han indicado que sus hijos mejoran con dietas libres de gluten y caseína (por sus siglas en inglés “GFCF”); sin embargo, sólo algunos estudios han examinado los efectos de las dietas GFCF en niños con ASD, y los hallazgos son inconclusos.<sup>18</sup> Asimismo, investigaciones indican que más de la mitad de las familias de niños con ASD utilizan vitaminas o suplementos para sus niños. Si bien la terapia vitamínica se utiliza a menudo, muy pocos estudios de investigación se han llevado a cabo para respaldar esta práctica.<sup>19</sup>

### ***Terapias manipulativas y corporales***

Las terapias tales como quiropráctica, manipulación craneosacral, masajes, yoga, terapia musical, Reiki y demás, también son comúnmente utilizadas por familias de niños con ASD. Si bien muchos padres informan mejoras en sus niños en forma anecdótica, no ha habido evidencia alguna basada en estudios que examine el impacto de estas prácticas en forma específica.<sup>20</sup>

### **Consideración del uso de CAI**

Al tomar la decisión de utilizar CAI con niños con ASD o no, se deben aplicar los mismos principios y niveles de evidencia utilizados con todas las prácticas recomendadas. Es importante examinar el impacto posible y directo de la intervención en el crecimiento y desarrollo individual del niño. Sin embargo, dado que las CAI cuenta con poca o ninguna evidencia científica, las familias y los especialistas deben ser precavidos y supervisar la existencia de cualquier efecto adverso contraproducente para la terapia. También se recomienda tratar el posible uso de estas intervenciones con el pediatra del niño.

### **Supervisión del progreso del niño y de la familia**

Sin importar la EBP utilizada por el especialista en intervención temprana para el niño y la familia, la única manera de saber si la intervención es efectiva es a través de una supervisión continua del progreso y los resultados del niño y de la familia. La manera más objetiva y eficiente de supervisar el progreso de los niños (y de las familias) es reunir datos y evaluar el progreso. En la intervención temprana, esto se logra al rastrear el progreso hacia los resultados y objetivos del IFSP.

Los resultados y objetivos del IFSP ofrecen un marco de trabajo para la intervención al describir en forma específica las capacidades que el niño necesita aprender en los contextos naturales donde las practica. Los resultados y los objetivos incluyen una declaración de lo que el niño hará (Kaylee utilizará palabras sueltas), una descripción del

---

<sup>17</sup> Brown & Patel, 2005

<sup>18</sup> Hyman & Levy, 2011

<sup>19</sup> Green et al., 2006

<sup>20</sup> Hyman & Levy, 2011

contexto en el cual utilizará las capacidades (cuando juega en el patio trasero con su hermano), y criterios de dominio, generalmente indicados en términos ponderables que describen cómo el niño alcanzará la capacidad y cómo podrá hacerlo durante una cantidad de tiempo determinada (2 veces al día durante 2 semanas). Se puede reunir información de la familia en cada visita de intervención mediante conversaciones sobre las rutinas y actividades llevadas a cabo durante la semana previa. No se espera que las familias lleven cuenta precisa del desempeño de sus hijos, pero si utilizan estrategias de intervención durante las rutinas diarias con sus hijos, su opinión al respecto debe constar en la recolección de datos del proveedor de servicios. El proveedor de servicios documenta el progreso del niño, y dependiendo de las actividades a desarrollarse, también podrá recopilar información en otros formatos, tales como ayudar a la familia a mantener una lista de las palabras que el niño utiliza durante el día, o una lista de los tipos de comidas que el niño come en cada comida.

Cuando se reúne información y se supervisa el progreso, es muy importante que los especialistas en intervención temprana recuerden combinar las observaciones de las habilidades del niño durante la visita de intervención con las opiniones que recibieron de la familia respecto de lo que el niño hace entre las visitas.

## Transición de la intervención temprana

La transición de la intervención temprana ocurre cuando un niño ha hecho suficiente progreso y ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la intervención temprana o el niño ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de edad para la intervención temprana. Un niño pequeño podrá continuar recibiendo servicios de intervención temprana hasta que cumpla los 36 meses, momento en el cual el niño se vuelve inelegible para la intervención temprana debido a la edad.

A medida que el niño se acerca al momento de transición, el coordinador de servicios de intervención temprana de la familia ofrecerá asistir en la planificación de la transición con apoyo y servicios ajenos al sistema de intervención temprana. Antes del tercer cumpleaños, el coordinador de servicios asistirá a la familia del niño si consideran otras opciones comunitarias en caso que el niño continúe necesitando apoyo y la familia esté interesada en buscar otras opciones. El proceso de transición es individualizado según las necesidades y prioridades del niño y de la familia, y la comunidad local. La planificación de la transición para cada niño se documenta en el IFSP y las familias reciben apoyo a lo largo de todo el proceso. Las opciones de transición incluyen educación especial para la primera infancia (por sus siglas en inglés "ECSE") a través del sistema de escuelas públicas; lenguaje privado, terapia ocupacional o física; preescolar privado; u otras opciones específicas de una comunidad local.

Si una familia decide buscar la transición a un programa preescolar de educación especial para la primera infancia en su sistema escolar local, el coordinador de servicios tratará los plazos de la transición con la familia. En Virginia, la escuela pública puede aceptar a un niño elegible según los criterios de elegibilidad de la división de la escuela local (que podrán diferir de los criterios de elegibilidad de la Parte C) si el niño cumple *2 años de edad el 30 de septiembre (o antes) del año lectivo*. Virginia es el *único estado* que inscribe a niños elegibles de 2 años de edad en su programa preescolar de educación especial para la primera infancia. Las familias tienen la opción de derivar a sus hijos a las escuelas públicas si los niños cumplen con el requisito del plazo del 30 de septiembre, o si se encuentran aguardando la transición al preescolar una vez que el niño cumpla los 36 meses de edad. Asimismo, en Virginia las derivaciones para servicios preescolares de ECSE se envían generalmente alrededor del 1 de abril de ese año. De este modo, si el niño es elegible, podrá comenzar el preescolar el primer día del siguiente año lectivo. Sin embargo, los niños pueden ser derivados antes o después del plazo del 1 de abril dependiendo de las circunstancias; por ejemplo: cuando una familia se muda a la zona después del 1 de abril.

Para obtener más información sobre los servicios de educación especial para la primera infancia en las escuelas públicas de Virginia, visite el sitio web del Departamento de Educación de Virginia en [http://www.doe.virginia.gov/special\\_ed/early\\_childhood/index.shtml](http://www.doe.virginia.gov/special_ed/early_childhood/index.shtml).

## **Resumen**

El Infant & Toddler Connection of Virginia está comprometida a brindar la mejor calidad en apoyo y servicios a niños con ASD y sus familias. La identificación temprana de señales y características de ASD es extremadamente importante para asegurar que los niños y las familias reciban el apoyo y los servicios que necesitan. Ya sea que el niño haya recibido un diagnóstico formal de ASD o sospeche que lo padece, el sistema de intervención temprana trabajará de cerca con la familia del niño durante todo el proceso de intervención temprana para asegurar que las fortalezas y necesidades del niño sean tratadas, y que las prioridades de la familia del mismo sean consideradas en todas las decisiones. La colaboración entre la familia del niño y los especialistas en intervención temprana que apoyan sus esfuerzos es crítica para brindar apoyo y servicios individualizados, significativos y de acuerdo con prácticas basadas en evidencia.

Juntos podemos marcar una diferencia en las vidas de los niños y niños pequeños con trastornos del espectro autista.

## Referencias

- Brown, K.A., & Patel, D.R. (2005). Complementary and alternative medicine in developmental disabilities. *Indian Journal of Pediatrics*, 72 (11), 949-952.
- Bryson, S.E., Zwaigenbaum, L., McDermott, C., Rombough, V., & Brian, J. (2007). The Autism Observational Scale for Infants: Scale development and reliability data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Retrieved from [www.springerlink.com/content/104757](http://www.springerlink.com/content/104757)
- Hyman, S. L., & Levy, S.E. (2011) Dietary, complementary, and alternative therapies. In B. Reichow, P. Doehring, D.V. Cicchetti, & F.R. Volkmar (Eds.), *Evidence-based practices and treatments for children with autism*. New York: Springer.
- Green, V.A., Pituch, K.A., Itchon, J., Choi, A.O., Reilly, M., & Sigafos, J. (2006). Internet survey of treatments used by parents of children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 27(1), 70-84.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E.H., Leventhal, B.L., DiLavore, P., et al. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 205-223.
- Lord, C., Risi, S., DiLavore, P., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2006). Autism from two to nine. *Archives of General Psychiatry*, 63, 694-701.
- National Research Council (NRC) (2001). *Educating children with autism*. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. C. Lord & J.P. McGee (Eds.). Division of behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press.
- Odom, S. L., Boyd, B.A., Hall, L.J., & Hume, K. (2009). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40 (4), 425-436.
- Rice, C. (2009). *Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006*. Morbidity and Mortality Weekly Report. Retrieved from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5810a1.htm>
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M.L., & Green, J.A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 131-144.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., & Love, S. R. (2010). *Childhood Autism Rating Scale* (2nd Ed.). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

- Seigel, B. (2004). *The Pervasive Developmental Disorders Screening Test II (PDDST-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Simpson, R.L. (2005). Evidence-based practices and students with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 20*, 140-149.
- Stone, W.L., Coonrad, E.E., & Ousley, O.Y. (2000). Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT): Development and preliminary data. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 607-612.
- Volkmar, F., R., Chawarska, K., & Klin, A. (2008). Autism spectrum disorders in infants and toddlers: An introduction. In K. Chawarska, A. Klin, & F.R. Volkmar (Eds.) *Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 1 – 22). New York: The Guilford Press.
- Wetherby, A.M., & Prizant, B.M. (2002). *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile* (First Normed Ed.). Baltimore: Brookes.
- Wetherby, A.M., & Woods, J. (2002). *Systematic observation of red flags for autism spectrum disorders in young children*. Unpublished manual, Florida State University, Tallahassee.

## Otros sitios Web y recursos

*Tenga en cuenta que existen demasiados libros y sitios Web sobre trastornos del espectro autista y recursos relacionados para considerar completa esta lista. Los recursos que encontrará aquí están destinados a ayudarlo cuando busque más información de la incluida en este documento. Debajo de esta lista, encontrará un espacio para que incluya recursos adicionales que les interesa.*

Academia Estadounidense de Pediatría

<http://www.aap.org>

Ball, J. (2008). *Early intervention and autism: Real-life questions, real-life answers*. Arlington, TX: Future Horizons.

Centros para el Control y la Detección de Enfermedades

<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/research>

Infant & Toddler Connection of Virginia

<http://www.infantva.org>

Comité Coordinador Interagencial para el Autismo

<http://iacc.hhs.gov>

First 100 Days

Kit [http://www.autismspeaks.org/community/family\\_services/100\\_day\\_kit.php](http://www.autismspeaks.org/community/family_services/100_day_kit.php)

First Signs

<http://www.firstsigns.org/>

Módulos sobre Autismo en Internet del Centro de Ohio para el Autismo y la Baja Incidencia (OCALI)

<http://www.autisminternetmodules.org/>

Moor, J. (2008). Playing, laughing, and learning with children on the autism spectrum: A practical resource of play ideas for parents and carers. London: Jessica Kingsley Publishers.

Centro Nacional de Desarrollo Profesional sobre los Trastornos del Espectro Autista

<http://www.fpg.unc.edu/~autismPDC>

National Autism Center

<http://www.nationalautismcenter.org>

Translating Autism

<http://www.translatingautism.com>

Instituto MIND de la Universidad de California

<http://www.ucdmc.ucdavis.edu/mindinstitute/>

Departamento de Educación de Virginia

[http://www.doe.virginia.gov/special\\_ed/early\\_childhood/index.shtml](http://www.doe.virginia.gov/special_ed/early_childhood/index.shtml)

Centro de Desarrollo Profesional de Intervención Temprana de Virginia

[http://www.eipd.vcu.edu/sub\\_autism.html](http://www.eipd.vcu.edu/sub_autism.html)

Centro de Excelencia para el Autismo de la Virginia Commonwealth University

<http://www.vcuautismcenter.org/>

**Notas sobre recursos adicionales:**



## Anexo A

### Herramientas de detección y diagnóstico para niños pequeños con ASD

Herramienta de detección o evaluación de diagnóstico	Edades	Quién completa la lista de verificación	Tiempo para completarla (minutos)
<b>Herramientas de detección</b>			
Lista de verificación modificada para el autismo en niños pequeños (M-CHAT)	16 a 30 meses	Padre	5-10
Escalas de conducta comunicativa y simbólica-perfil de desarrollo (CSBS - DP) <i>Lista de verificación del niño/níño pequeño</i>	6 a 24 meses	Profesional	5-10
Prueba de Detección de trastornos generalizados del desarrollo (PDDST) - Nivel 1 y 2	12 a 48 meses	Profesional	10-20
Prueba de Detección de autismo en niños de dos años (STAT)	24 a 36 meses	Profesional	20
Escala de Valoración del autismo en la niñez (CARS-2)	2 años y mayores	Profesional	5-10
<b>Herramientas de diagnóstico</b>			
Programa de Observación para el diagnóstico de autismo - genérico (ADOS - G)	+ de 2 años	Profesional	35-40
Escala de Observación de autismo para niños (ASOI)	12 a 18 meses	Profesional	20

## Anexo B

### Prácticas enfocadas y modelos de intervención integral<sup>21</sup>

Práctica Enfocada/Modelo de intervención integral (CIM)	Descripción de la Práctica o CIM	Habilidades de desarrollo/Síntomas	Escenario	Nivel de evidencia <sup>22</sup>
<b>Prácticas enfocadas Prácticas prometedoras y basadas en evidencia</b>				
Intervenciones basadas en antecedentes (por sus siglas en inglés “ABI”)	Grupo de estrategias conductuales que incluyen la modificación de factores del entorno que "determinan el escenario" de las conductas en aumento o disminución. Entre los	Conducta adecuada en aumento  Conducta problemática en disminución	Grupo individual o pequeño  Salón de clases u hogar	Práctica basada en evidencia

<sup>21</sup> Adaptado del Centro Nacional de Desarrollo Profesional sobre los Trastornos del Espectro Autista.

<sup>22</sup> El nivel de evidencia es determinado por el número y la calidad de estudios de investigación llevados a cabo para cada práctica o CIM. El término “práctica basada en evidencia” indica que existe cantidad suficiente de investigación que demuestra la eficacia de la práctica o del modelo. “Práctica prometedora o emergente” indica que sólo se ha llevado a cabo una limitada cantidad de investigación que demuestra la eficacia de la práctica o del modelo. “Evidencia limitada” indica que no existe evidencia empírica suficiente que demuestre si la práctica es efectiva o no. Tenga en cuenta que se seguirán llevando a cabo investigaciones sobre prácticas y CIM; de este modo, los niveles de evidencia cambiarán a medida que se lleve a cabo investigación adicional.

	ejemplos encontrados: elección de opciones, rutinas, modificación de tareas			
Entrenamiento de Ensayos Discretos (por sus siglas en inglés "DTT")	Estrategia conductual que incluye ensayos repetidos altamente controlados con inicio y final discreto	Capacidades cognitivas, de lenguaje, sociales y conductuales en aumento	Escenario individual	Práctica basada en evidencia
Extinción	Estrategia conductual utilizada para disminuir conductas que implican discontinuar un reforzador que mantiene la conducta	Conducta problemática en disminución	Grupo individual o pequeño  Salón de clases u hogar	Práctica basada en evidencia
Intervenciones naturalistas	Grupo de estrategias conductuales orientadas al enfoque del niño e implement	Capacidades cognitivas, de comunicación y sociales en aumento	Grupo individual o pequeño  Salón de	Práctica basada en evidencia

	adas durante situaciones que ocurren de manera natural		clases u hogar	
Motivación	Grupo de estrategias conductuales que brindan niveles de apoyo o asistencia a un niño cuando aprende nuevas capacidades (por ejemplo: mínimo a máximo, orientación graduada)	Capacidades cognitivas, de comunicación y sociales en aumento	Grupo individual o pequeño  Salón de clases u hogar	Práctica basada en evidencia
Refuerzo	Estrategia conductual utilizada para aumentar la ocurrencia futura de una conducta	Capacidades cognitivas, de comunicación y sociales en aumento	Grupo individual o pequeño  Salón de clases u hogar	Práctica basada en evidencia
Interrupción de respuestas	Estrategia conductual utilizada para cambiar la dirección	Conductas problemáticas en disminución que incluyen conductas repetitivas,	Individual  Salón de clases u	Práctica basada en evidencia

	de una conducta que interfiere con el aprendizaje (por ejemplo: autoinfligirse lesiones, conducta repetitiva)	estereotipadas o de lesiones autoinfligidas	hogar	
Apoyo visual	Motivaciones o herramientas visuales utilizadas para comunicar información a niños	Conductas adecuadas en aumento  Conductas problemáticas en disminución	Grupo individual o pequeño  Salón de clases u hogar	Práctica basada en evidencia
Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (por sus siglas en inglés "PECS")	Paquete instructivo de imágenes diseñado para aumentar el uso de habilidades de comunicación	Habilidades de comunicación, sociales y conductuales en aumento	Grupo individual o pequeño  Salón de clases u hogar	Práctica basada en evidencia
Refuerzo diferencial	Grupo de estrategias conductuales utilizadas para reforzar conductas que no son	Habilidades de comunicación, sociales y conductuales en aumento	Grupo individual o pequeño  Salón de clases u	Práctica basada en evidencia

	conductas problemáticas		hogar	
Evaluación de Conducta Funcional (por sus siglas en inglés "FBA")	Grupo de estrategias conductuales utilizadas para identificar la función de la conducta	Habilidades de comunicación, juego, sociales y conductuales en aumento	Individual Salón de clases u hogar	Práctica basada en evidencia
Integración sensorial	Grupo de estrategias de terapia ocupacional diseñadas para tratar la sobre estimulación (o falta de estimulación) del niño en cuanto a su entorno (por ejemplo: mecerse, cepillarse)	Conductas adecuadas en aumento Conducta problemática en disminución	Individual Salón de clases u hogar	Práctica prometedora/Apoyo emergente
<b>Modelos de intervención integral Prácticas prometedoras y basadas en evidencia</b>				
Pivotal Response Training (PRT®) ( <i>Entrenamiento de Respuesta Pivotal</i> ) <a href="http://www.koegelautism">http://www.koegelautism</a>	Modelo compuesto por estrategias conductuales	Habilidades de comunicación, juego, sociales y conductuales en aumento	Grupo individual o pequeño Salón	Práctica basada en evidencia

<p><u>com/</u></p>	<p>naturalistas diseñadas para utilizar los intereses del niño y seguir la dirección de éste para aumentar las conductas adecuadas</p>		<p>de clases u hogar</p>	
<p>Proyecto DATA (Tratamiento Apropriado de Desarrollo para el Autismo)</p> <p><a href="http://education.washington.edu/research/projects/project_data.html">http://education.washington.edu/research/projects/project_data.html</a></p>	<p>Un modelo estilo salón de clases que incluye servicios infantiles tempranos, tiempo extendido de instrucción, y apoyo a la familia; también implica el uso de oportunidades integradas de aprendizaje de comunicación social utilizando estrategias instructivas naturalista</p>	<p>Capacidades cognitivas, de comunicación, sociales y conductuales en aumento</p>	<p>Salón de clases</p>	<p>Práctica prometedora/Evidencia emergente</p>

	s.			
<p>Social Communication Emotional Regulation, Transaction Supports Model (SCERTS®)  <i>(Modelo Comunicación Social /Regulación Emocional /Apoyo Transaccional)</i></p> <p><a href="http://www.scerts.com/">http://www.scerts.com/</a></p>	<p>Modelo integral que brinda un alcance y una secuencia de metas adecuadas de desarrollo, así como un marco de trabajo para la enseñanza de niños con ASD durante las actividades diarias</p>	<p>Habilidades cognitivas, de comunicación, sociales y conductuales en aumento</p>	<p>Hogar</p> <p>Salón de clases</p>	<p>Práctica prometedor/Evidencia emergente</p>
<p>Programa Walden</p> <p><a href="http://www.psychiatryemory.edu/PROGRAMS/autism/Childhood.html">http://www.psychiatryemory.edu/PROGRAMS/autism/Childhood.html</a></p>	<p>Modelo integral que utiliza prácticas conductuales naturalistas y oportunidades integradas de aprendizaje para la enseñanza de niños con ASD en un escenario de inclusión que consta de un</p>	<p>Capacidades cognitivas, de comunicación, sociales y conductuales en aumento</p>	<p>Salón de clases</p>	<p>Práctica prometedor/Evidencia emergente</p>



	salón de clases para la primera infancia.			
<b>Evidencia limitada o nula</b>				
Developmental Individual-Difference®/Floortime™ Model ( <i>Modelo de diferencia individual de desarrollo - tiempo en el suelo</i> )  <a href="http://www.icdl.com/dirFloortime/overview/index.shtml">http://www.icdl.com/dirFloortime/overview/index.shtml</a>	Marco de trabajo que incluye evaluación y desarrollo integrales de un programa individualizado de intervención basado en las fortalezas y necesidades del niño	Habilidades sociales, emocionales e intelectuales	Individual Hogar	Evidencia limitada
Relationship Development Intervention® (por sus siglas en inglés "RDI") ( <i>Intervención para el desarrollo de relaciones</i> )  <a href="http://www.rdiconnect.com/pages/RDI-Program-for-ASD.aspx">http://www.rdiconnect.com/pages/RDI-Program-for-ASD.aspx</a>	Modelo de desarrollo diseñado para crear relaciones recíprocas entre la persona encargada de cuidar al niño y éste último	Social/emocional	Individual Hogar	Evidencia limitada
Programa Son-Rise Program®  <a href="http://www.autismtreatm">http://www.autismtreatm</a>	Programa integral diseñado para	Capacidades de aprendizaje y comunicación	Individual	Sin evidencia

<a href="http://entcenter.org/">entcenter.org/</a>	enseñar a las personas encargadas de cuidar a los niños cómo interactuar con ellos y motivarlos a aprender		Hogar	
<b>No se recomienda: Existe evidencia concreta de hallazgos contraproducentes para la terapia</b>				
Terapia de Abrazo Forzado	Tratamiento mediante el cual un adulto controla físicamente a un niño, lo incentiva para hacer contacto visual, y le brinda estimulación táctil	Conductas de apego	Individual	Existe evidencia que indica resultados contraproducentes para la terapia
Comunicación Facilitada (por sus siglas en inglés "FC")	Estrategia diseñada para brindar apoyo al aprendizaje que utiliza un teclado para comunicarse	Comunicación	Individual	Existe evidencia que indica resultados contraproducentes para la terapia

## Notas