



SALME 17

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL | ENE-ABR 2022

Dossier

Especial: Día Mundial de la Concientización sobre el Autismo

Juan Carlos Macías
OBRA PLÁSTICA



Salud





EDITORIAL

Conocer e interpretar el neurodesarrollo de una persona no es tarea sencilla ni rápida. A los profesionales que estudiamos el autismo nos ha tomado varias décadas darnos cuenta de que el hecho de tener una nosología que establece criterios diagnósticos y un marco epistémico predictivo no debe ser el *único* refugio para entender y, posteriormente, atender la fenomenología derivada del espectro del autismo. Si en verdad pretendemos beneficiar de manera significativa el desarrollo de las personas con trastornos de este tipo, es obligatorio detenernos a observar y conocer a profundidad, antes que nada, a la persona que trataremos, así como sus necesidades, fortalezas y contextos más inmediatos. Sólo entonces podremos emprender el esfuerzo que supone diagnosticar, orientar, guiar, educar y acompañar a la persona que nos brinda su confianza. Una a la vez.

Esperamos que sea de utilidad el material clínico que preparamos para el personal sanitario.

Lic. Carlos Eduardo Núñez Contreras

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE AUTISMO DIF ZAPOPAN

Editor invitado

CONTENIDO

1 Editorial

3 Signos tempranos y procesos diagnósticos de los trastornos del espectro autista

M.R.N. RUTH ARACELI REYES MELCHOR

9 El diagnóstico de autismo y su importancia en la vida adulta

MTRA. KARLA ÉRIKA ZARAGOZA MEZA

19 Intervención temprana en la comunicación en las condiciones del espectro autista

L.E.E. KARLA DENNIS MERCADO OLIVA

25 Modelos de intervención en el autismo

PSIC. GUADALUPE CRUZ ORDOÑEZ

33 Avances y pendientes en materia legislativa para el autismo

DR. ISRAEL TONATIUH LAY ARELLANO

43 Jornadas de Salud Mental en Jalisco 2021

DR. JESÚS ALEJANDRO ALDANA LÓPEZ

DR. RAFAEL MEDINA DÁVALOS

Arte

49 Juan Carlos Macías

LA DANZA DE LA VIDA



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Enrique Alfaro Ramírez

GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO

Dr. Fernando Petersen Aranguren

SECRETARIO DE SALUD
DEL ESTADO DE JALISCO

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez

DIRECTORA GENERAL SALUD PÚBLICA

Dr. Arturo Múzquiz Peña

DIRECTOR GENERAL DE DESARROLLO
ESTRATÉGICO DEL SECTOR SALUD

Ana Lilia Mosqueda González

DIRECTORA GENERAL
DE REINGENIERÍA ADMINISTRATIVA

Lic. Maricarmen Rello Velázquez

TITULAR DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN
INSTITUCIONAL

INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

Dr. Francisco Javier Ramírez Barreto

DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE
DE SALUD MENTAL (SALME)

Lic. Juan Ramón de la Cruz Torres

JEFE DEL DESPACHO DE LA DIRECCIÓN

Mtra. Imelda Barajas Maldonado

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Mtro. Aldo Ismael Arias Jiménez

SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN

Dr. Jesús Alejandro Aldana López

SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Dr. Miguel Álvaro Hidalgo

DIRECTOR CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

Dr. J. Jesús Terrones

E.D.E. DIRECCIÓN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD MENTAL DE ESTANCIA BREVE

Dr. Rafael Medina Dávalos

EDITOR

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. César González González

Dr. Jesús Alejandro Aldana López

Dr. Jaime Carmona Huerta

Dr. Rodrigo Antuan Durán Gutiérrez

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia

Dra. Blanca Elisa Real Peña

Dr. Israel Itzaman Jiménez Navarro

Signos tempranos y procesos diagnósticos de los trastornos del espectro autista

M.R.N. Ruth Araceli Reyes Melchor ▪

INTRODUCCIÓN

Una detección temprana lleva a una intervención oportuna y, por tanto, a un pronóstico favorable. Esto no es la excepción en los trastornos del espectro autista (TEA).

Hablar de los primeros meses de vida de una persona es hablar de una serie de cambios constantes y una progresiva adquisición de funciones durante tiempos cortos, de ahí la vigilancia periódica del desarrollo del recién nacido hasta los cinco años de edad. A través de la revisión constante, los profesionistas de primer contacto estarán atentos al desarrollo sensorial, motor, cognitivo, emocional, social y fisiológico de la persona, así como a la aparición de pautas fuera de lo esperado que pudieran representar indicadores de riesgo. De ser significativas estas variaciones, se deberán llevar a cabo acciones enfocadas a la detección de algún trastorno del neurodesarrollo y su atención oportuna.

Algunos de los trastornos cuya identificación temprana ha ido en aumento son los TEA. De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición, (DSM-5) (APA, 2013), a la *Clasificación internacional de enfermedades*, décimoprimer edición, CIE-11 (OMS, 2018) y a la *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* (CD:0-5) (Zero to Three, 2016), el curso normoevolutivo de la interacción y comunicación social en los TEA estará comprometido y presentará particularidades en el desarrollo cognitivo expresadas en conductas observables desde los primeros meses de edad.

SIGNOS TEMPRANOS

Durante los últimos años, la sospecha de diagnósticos relacionados con TEA por parte de la familia, la escuela o los profesionistas de la salud ha aumentado. A los espacios clínicos llegan cada vez más solicitudes para una valoración diagnóstica. Dichas sospechas no se deben desestimar, pues seguramente las dudas que llevaron a esa hipótesis sustentan alguna dificultad en el desarrollo del infante. Por lo tanto, habrá que indagar en las sospechas sobre autismo, teniendo claro el conjunto de signos tempranos.

En la literatura se describen varios signos tempranos entorno a los TEA, los cuales irán marcando diferencias con algún otro trastorno del neurodesarrollo. A partir de lo que las familias reportan a los profesionistas de la salud, se han documentado pautas características de los TEA desde los 15 y 18 meses de edad (Johnson y Myers, 2015). Sin embargo, en lo concerniente a la edad, habrá que ser meticulosos en una revisión completa del neurodesarrollo.

Para la detección temprana, se han creado herramientas útiles que permiten iniciar con el proceso de identificación. Algunos de los signos reportados por dichas herramientas, así como por investigaciones (Guinsant *et al.*, 2012; Corzo *et al.*, 1995; Robins *et al.*, 2009), se agrupan en la Tabla 1.

Si bien la lista presentada no es exhaustiva, ejemplifica las conductas de presentación temprana relacionadas a los TEA sobre las cuales será importante indagar en qué contextos se presentan, qué tan

comunes son y si han interferido con la dinámica familiar.

Cabe resaltar que, una vez identificados dichos signos, habrá que orientar a la familia sobre los servicios de seguimiento, de atención temprana ante un posible diagnóstico de autismo y de acompañamiento terapéutico para la gente cercana.

PROFESIONISTAS E INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

Los signos tempranos pueden ser observados o investigados a través de la historia clínica por profesionistas como psicólogos del desarrollo, pediatras y educadores, quienes escucharán las sospechas de la familia y vigilarán el desarrollo infantil. Ante la presencia de varios signos, se podrá canalizar a profesionistas especializados en el área para iniciar un proceso diagnóstico. En la primera etapa pueden utilizarse herramientas de *screening* para detectar conductas relacionadas con los TEA y orientar mejor a la familia. Aunque existen varias de esas herramientas, sólo hay algunas en idioma español y de libre acceso, como es el caso de M-CHAT-RF (Robins *et al.*, 2009), Filtro Mexicano para la Detección del Autismo (Corzo *et al.*, 1995) y VEAN-HI (Albores-Gallo *et al.*, 2016).

Una vez identificados los signos tempranos del TEA, se deberá canalizar con profesionistas especializados en el diagnóstico de los trastornos del neurodesarrollo, como psicólogos especializados en el diagnóstico de TEA, paidopsiquiatras o neuropediatras. Si bien los profesionistas de la salud mental de formación médica llegan a utilizar

Tabla 1. Signos tempranos reportados en la literatura

Socialización y comunicación
• Falta de interés por otros niños. • Escaso disfrute compartido; por ejemplo, no le muestra objetos al adulto para compartir su asombro. • Escasa búsqueda por llamar la atención para obtener un cumplido. • Falta de respuesta al sonreírle, sin hacerle cosquillas. • Escasas miradas a los ojos o falta de éstas cuando se le mira a los ojos mientras se le alimenta, se le canta o se le viste. • Falta de imitación de acciones cuando el cuidador las modela, como aplaudir, saludar o al hacer sonidos onomatopéyicos. • Falta de atención conjunta; por ejemplo, no buscar la mirada del otro cuando algo nuevo aparece o no voltea a ver el objeto que el adulto a su vez está mirando. • No diferencia entre extraños e, inclusive, entre miembros de la familia. • Prefiere estar solo que interactuar con otros niños. • Parece que no responde a su nombre cuando se le habla. • No señala objetos para mostrar su interés. • No responde cuando se le señala algo. • Usa pocos o ningún gesto; por ejemplo, no dice adiós con la mano, no manda besos. • Parece no atender indicaciones. • Cuando quiere obtener algo o necesita ayuda, toma la mano del adulto, sin mirarlo ni hablarle, para llevarlo hasta el objeto. • Presenta retrasos en el desarrollo del lenguaje. • Ha perdido la habilidad del habla.
Inflexibilidad en el pensamiento y patrones conductuales repetitivos
• Movimientos repetitivos o estereotipados, como balanceos o aleteos. • Resistencia ante el cambio, demostrando ansiedad o enojo. • Intereses restringidos. • Intereses peculiares. • Muestra interés por partes específicas de los objetos. • Juega de forma particular con los juguetes, difícilmente simulando acciones cotidianas. • Hace líneas con objetos. • Juega con los juguetes de la misma forma la gran mayoría de las veces. • Nivel de actividad fuera de lo común, puede ser alto nivel de actividad o pasividad excesiva. • Dificultades para identificar situaciones que lo pongan en peligro. • Se molesta ante sonidos cotidianos. • Le disgusta que lo toquen, bañen o vistan. • Parece que tolera el dolor más que otros niños. • Es selectivo con algunos alimentos. • Reacciones poco habituales al sonido, olor, gusto o tacto de las cosas (hipersensibilidad o hiposensibilidad a estímulos táctiles, auditivos o al movimiento). • A veces, camina de puntitas. • Presenta problemas en los horarios de sueño.

estudios de neuroimagen, éstos no diagnostican los TEA. La principal herramienta será la observación clínica durante la interacción directa con la niña o el niño y, junto con ello, la escucha de la narración que los cuidadores primarios hacen de los antecedentes pre y perinatales, los hábitos alimenticios, de sueño y familiares y vínculos afectivos, ya que la mayoría de los padres identifica de forma precisa el desarrollo de sus hijos (Guinchat et al., 2012).

Aunado a lo anterior, se pueden utilizar escalas de observación, entrevistas estructuradas y especializadas, así como inventarios para el diagnóstico, con la finalidad de guiar las observaciones dentro de contextos estandarizados. Tal es el caso de escalas como ADOS-2, CARS-2 o FOSPAC-R y entrevistas estructuradas como ADI-R, herramientas diagnósticas con niveles aceptables de validez y confiabilidad. Otra escala a tomar en cuenta es el IDEA, la cual tiene constructos teóricos plausibles sobre los TEA. Es importante remarcar que ninguna de estas herramientas, ni las conocidas como estándar de oro, serán instrumentos únicos que puedan dar el diagnóstico por sí mismas, pues es el análisis de toda la información obtenida lo que permitirá al especialista determinar el

diagnóstico. También será prudente, por las implicaciones dinámicas del neurodesarrollo, revisar el diagnóstico en edades tempranas y pasados los meses.

LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO A LA FAMILIA

Una vez confirmado el TEA, habrá que generar un ambiente de comprensión y respeto con la familia durante la comunicación del diagnóstico, debido a las implicaciones emocionales que esto conlleva. Se les deberá informar que el diagnóstico es el punto de partida de un proceso continuo de acompañamiento a la persona con autismo y a la familia en la búsqueda de entornos favorecedores para su desarrollo y participación en los ambientes familiares, sociales, recreativos, educativos y culturales que por derecho le corresponden.

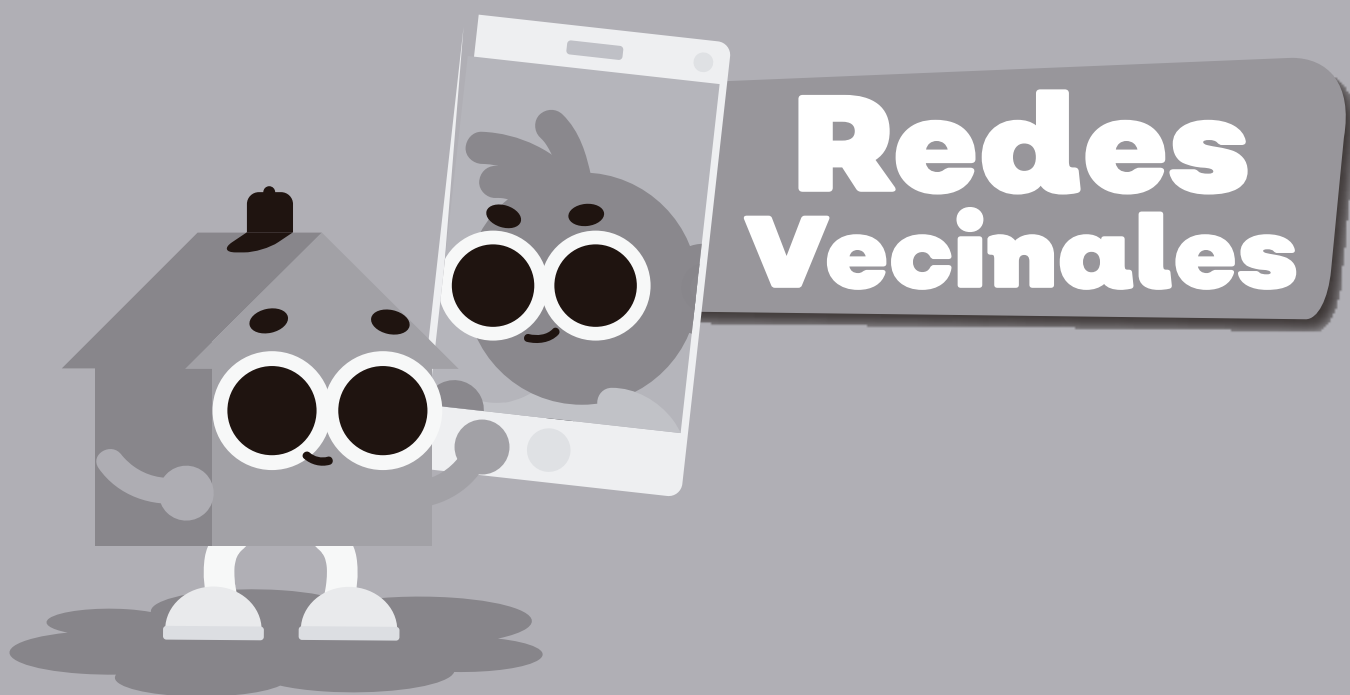
CONCLUSIÓN

Conocer los signos tempranos relacionados a los TEA da al profesional la posibilidad de detectar un posible diagnóstico de autismo o de descartarlo y orientarse hacia otras hipótesis. Esto, a su vez, permite a la familia tener una ruta más clara y pronta sobre a qué especialistas recurrir y los servicios de atención temprana que continúan.

REFERENCIAS

- ALBORES-GALLO, L., LÓPEZ-FIGUEROA, J., NÁFATE-LÓPEZ, O., HILTON, C., FLORES-RODRÍGUEZ, Y. & MORENO-LÓPEZ, J. (2016). Psychometric properties of VEAN-Hi (Valoración del Espectro Autista para Hispanos), Autism Spectrum Assessment for Hispanic Children (ASA-HiCh) A free open access instrument. *Neuropsychiatry*, 6, 88-95.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-5 (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. (2020). Trastornos del espectro autista. Signos y síntomas. CDC. <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/autism/signs.html>
- CORZO, R. & TENOPALA, E. (1995). Filtro mexicano para la detección del autismo. *Enlace Autismo*. <https://www.enlaceautismo.com/filtros>
- GUINCHAT, V., CHAMAK, B., BONNIAU, B., BODEAU, N., PERISSE, D. & COHEN, D. (2012). Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 589-601.
- JOHNSON, C. & MYERS, S. (2007). Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 13, 1183-1215.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2019). 06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. *Clasificación internacional de enfermedades, CIE-11, para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>
- ROBINS, D., FEIN, D. & BARTON, M. (2009). Cuestionario M-CHAT revisado de detección del autismo en niños pequeños con entrevista de seguimiento. *M-CHAT-R/F*. <https://mchatscreen.com/>
- ZERO TO THREE. (2016). *CD:0-5. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families.

**Conoce la manera para
contribuir en tu comunidad
siendo parte de**



**a través del diálogo, apoyo mutuo,
vínculos y solidaridad colectiva.**

<https://quererteencasa.jalisco.gob.mx/redes-vecinales/>

El diagnóstico de autismo y su importancia en la vida adulta

Mtra. Karla Érika Zaragoza Meza ▪

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) es una conceptualización que permite comprender por qué cuando hablamos de *autismo* empleamos términos comunes para referirnos a personas muy diferentes. Esta palabra remite a un conjunto heterogéneo de individualidades y, por ello, el término *espectro* sitúa la posibilidad de considerar al autismo como un continuo, que no es más que aquellas dimensiones que enfrentan retos importantes o tienen peculiaridades. Se comprende entonces que existirá una gran diversidad de las formas en las que esta condición se manifiesta en cada persona (Riviére, 2000).

Partiendo de este principio, se entiende que existan quienes han llegado a la edad adulta sin saber que esa sensación de no lograr comprender las complejidades de las relaciones sociales, y el agotamiento que sufren al querer y no poder adaptarse a estas exigencias, podría atribuirse a esta condición del neurodesarrollo. Cabe entonces preguntarse: ¿es posible llegar a la vida adulta sin haber encontrado un diagnóstico de TEA? Lamentablemente, sí.

El nuevo paradigma que propone entender al autismo (o autismos) como un espectro abre posibilidades para que cada vez más adultas y adultos se comprendan a través del diagnóstico. Incluso hay quienes han sanado sus propias historias de vida durante el acompañamiento por parte de un profesional de la salud mental, en la búsqueda de un diagnóstico. Así pues, estas páginas no tienen mayor pretensión que relatar experiencias y aprendizajes surgidos en este proceso.

Necesitamos empatizar con la búsqueda identitaria de cada adulta y adulto que se aproxima a nuestras consultas, sin prejuizar pensando que es una cuestión de moda, cliché o llamada de atención. Debemos tener una escucha activa, respetuosa y atenta a cada recuerdo que se narre en este proceso. Al hacer un diagnóstico partimos de la idea de construir, mediante la narrativa, la identidad de esa persona.

ASPERGER ES AUTISMO: UN BREVE RECORRIDO PARA LA COMPRENSIÓN DE LAS NOMENCLATURAS DIAGNÓSTICAS ACTUALES

En 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) dio a conocer la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Ante las dificultades para brindar diagnósticos, y tras un largo proceso de discusión y análisis, el *Manual* ha sufrido importantes cambios en cuanto a la forma en que se encuentra organizado, así como en la conceptualización de algunos de los trastornos. Entre estos se encuentran los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) y el autismo.

En las nomenclaturas diagnósticas desaparecen los diferentes subtipos de TGD y surge una nueva categoría diagnóstica en la que aparecen los trastornos del neurodesarrollo. Además, el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado se fusionan en uno solo: el trastorno

del espectro del autismo, en singular (Seldas, 2014).

El cambio de clasificación busca puntualizar las dimensiones en las que el desarrollo se ve comprometido, lo que brinda la posibilidad de entender al autismo como un espectro en el que cada persona tiene sus propias características. Por ello, se parte a las siguientes posturas (Seldas, 2014):

- Existen autistas que tienen lenguaje y hay autistas que no hablan pero se comunican de manera diferente; todos están dentro del espectro autista.
- En el DSM-5 se propone el diagnóstico de TEA en nivel I, II y III, lo que invita a identificar los niveles de apoyo y no los grados de severidad.
- El término *síndrome de Asperger* está presente cuando hablamos de evaluación diagnóstica en adultos. Sin embargo, a cada persona que se aproxima a buscar una evaluación se deben explicar los nuevos paradigmas para el diagnóstico, puntualizando que Asperger es autismo y que esto se sostiene desde el concepto del autismo como un espectro.
- Por lo tanto, al hacer un diagnóstico, la tarea es identificar cómo es que el autismo está presente en la persona que busca comprender su historia de vida en esta entidad diagnóstica. Se habla, entonces, de *los autismos* y de *las singularidades* en cada persona autista.

EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN CON UN FIN DIAGNÓSTICO: LA ENTREVISTA, LOS CUESTIONARIOS, LAS ESCALAS DE VALORACIÓN Y LOS PROTOCOLOS DE OBSERVACIÓN

El proceso de evaluación con un fin diagnóstico representa un reto significativo en la práctica profesional. Dicho reto incrementa cuando hablamos de acompañar al adulto para brindar un diagnóstico diferencial clínico y profesional, pues para este adulto han transcurrido ya varios años desde la primera infancia a la edad actual. Esto obliga a ser cuidadosos y minuciosos con la recuperación de la información, pues la temporalidad transcurrida puede afectar la precisión de los recuerdos (Attwood, 2015).

Es entonces que se tiene un primer acercamiento con el adulto o la adulta para comenzar, a través de la entrevista, a reconstruir su historia de vida. Se debe revisar cada una de las etapas de desarrollo, pues el TEA es una condición del neurodesarrollo que está presente desde que se nace y a lo largo de la vida de la persona.

Por lo general, la entrevista inicial es con la persona que busca el diagnóstico. Se aborda el motivo que le lleva a la búsqueda del diagnóstico, para ir conociendo más a fondo sus intereses, su estilo de vida y sus hábitos, y tratar de generar un panorama general de su vida. Esto permite determinar aquellos aspectos en los que se irá ahondando conforme se realice el proceso de evaluación.

Una estrategia fundamental en este proceso es invitar a observadores secundarios (mamá, papá, hermanos, amistades) a un encuentro en el que se indaga sobre:

- Antecedentes pre, peri y posnatales.
- Desarrollo motor.
- Desarrollo de la comunicación y el lenguaje.
- Intereses, juego y socialización.
- Rendimiento académico.
- Autonomía y autocuidado.
- Manejo emocional.
- Vida estudiantil-laboral.

Según la edad de las personas en proceso de diagnóstico, algunos de los datos no estarán presentes, por lo que, para refrescar la memoria, se puede recurrir a la revisión de fotografías o videos familiares, girando las preguntas y el diálogo en torno a esas imágenes y los recuerdos que evocan (Attwood, 2015).

El paso siguiente es recurrir a instrumentos de apoyo que permitan mayor claridad en los indicadores que se deben considerar para un análisis puntual de las conductas y del proceso de pensamiento observados. Actualmente, los recursos para la evaluación son limitados; sin embargo, en la Tabla 1 se muestra una serie de instrumentos de apoyo para la evaluación de TEA.

Los instrumentos de detección están diseñados para identificar todos los casos potenciales de autismo, pero no pueden sustituir

Tabla 1. Instrumentos de apoyo para la evaluación de TEA

Instrumentos de apoyo para la evaluación	Descripción del instrumento
AAA. Evaluador de Asperger en adultos	El evaluador de Asperger en adultos se presentó por primera vez por Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Robinson, J. y Woodbury-Smith, M. R. Consta de cuatro secciones (cada una describe un grupo de síntomas [A-D]), y una sección final (E), con cinco prerrequisitos. El evaluador de Asperger en adultos incorpora todos los síntomas del diagnóstico del síndrome de Asperger del DSM-IV y otros síntomas relevantes. Junto a los valores obtenidos al completar el cuestionario, deben considerarse los obtenidos en los cuestionarios del cociente de espectro autista y del cociente de empatía.
AQ. Coeficiente de espectro autista	Es una escala de autoaplicación para personas adultas. Consta de 50 ítems que se puntúan mediante cuatro opciones de respuesta. El cociente de espectro autista se presentó por Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S.
ADOS-2	La escala de observación para el diagnóstico del autismo-2 (ADOS-2) es una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para personas con sospecha de tener un trastorno del espectro autista. Por lo general, cuando se realiza la valoración de personas adultas, se selecciona el módulo 4. Fluidez verbal (adolescentes y adultos). Éste marca como elemento importante que la persona evaluada tenga un lenguaje fluido, entendiendo esto como el nivel de lenguaje expresivo funcional que caracteriza a los niños de 4 años de edad, con cierto nivel de independencia en términos de la toma de decisiones.
ADI-R	El ADI-R es una entrevista clínica que permite una evaluación profunda de sujetos con sospechas de autismo o algún TEA. Se centra en las conductas que se dan raramente en las personas no afectadas. Por ello, el instrumento no ofrece escalas convencionales, ni tiene sentido usar baremos. Ha demostrado ser muy útil en el diagnóstico y en el diseño de planes educativos y de tratamiento. El entrevistador explora tres grandes áreas (lenguaje/comunicación, interacciones sociales recíprocas y conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados) a través de 93 preguntas que se le hacen al progenitor o cuidador. La información recogida se codifica y se traslada a unos sencillos y útiles algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación de la situación actual.

Fuente: Elaboración propia con base en Belichom (2008) y Lord (2015).

a una evaluación diagnóstica clínica, la cual nos proporciona una validación objetiva del proceso de pensamiento identificado en los instrumentos de detección (Attwood, 2015).

Cuando la información que se tiene es la necesaria, se da paso a su análisis con base en las dimensiones referidas a las alteraciones.

Para que una persona sea diagnosticada con TEA debe presentar peculiaridades y retos en las tres áreas que se incluyen en los déficits de la interacción y comunicación social (reciprocidad socioemocional, comunicación no verbal y desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones), así como en dos de las cuatro

áreas alteradas en el repertorio restringido de conductas e intereses (conductas repetitivas, insistencia en la invarianza, intereses restringidos o alteraciones sensoriales) (Seldas, 2014).

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL TEA

Al momento en que se realiza un diagnóstico de TEA en personas adultas, es frecuente observar que sus peculiaridades han sido categorizadas con otros diagnósticos durante su paso por diversos especialistas de la salud mental, haciendo de éste un proceso lento y, en ocasiones, poco acertado. Esto pone en relieve la complejidad

Tabla 2. Entidades clínicas con sintomatología similar al TEA

Entidad diagnóstica	¿Qué es?	Características	Diferencia con TEA
Trastorno esquizoide de la personalidad	Es un trastorno de la personalidad en donde existe un patrón de comportamiento en el que el sujeto se aparta significativamente de la vida adulta. Provoca un malestar y deterioro significativos de la actividad personal, social y laboral.	Las personas con esta condición se caracterizan por presentar un patrón de desapego en las relaciones interpersonales, que se manifiesta en diversos contextos. Predominan: - Nulo disfrute de las relaciones estrechas e íntimas. - Una tendencia a elegir actividades en solitario. - Interés limitado en mantener una relación erótico-afectiva en donde incluso el deseo de un intercambio sexual es nulo. - Escaso disfrute al realizar actividades. - Se les dificulta crear vínculos para establecer amistades. - Son fríos en la expresión de sus emociones; la muestra de un afecto llega a ser plana.	No es fácil realizar un diagnóstico diferencial de este trastorno con el TEA, ya que ambas entidades comparten las dificultades para intercambiar social e interpersonalmente. Una persona con TEA puede mostrar interés en relacionarse con otros y establecer un vínculo. Sin embargo, al tener retos en la comprensión de las intenciones o de las complejidades de la interacción, la forma en la que establece una relación se considera inadecuada.

Entidad diagnóstica	¿Qué es?	Características	Diferencia con TEA
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	Según el DSM-5, es un trastorno de la personalidad que impacta significativamente en la vida de una persona.	Se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, los cuales la persona vive como intrusivos y poco agradables, lo que provoca ansiedad y malestar generalizado. La persona con TOC trata de evitarlas o eliminarlas mediante algún otro pensamiento neutro; sin embargo, suele ser complejo y termina alterando su calidad de vida. Las compulsiones se identifican como conductas propiamente repetitivas en las que la persona experimenta un impulso en el que debe realizar una acción en respuesta a un pensamiento obsesivo de acuerdo con reglas que deben ejecutarse de manera inmediata. Esto conlleva a que la persona pierda el control de sus impulsos.	El TOC y el TEA comparten una serie de características que pueden hacer su diagnóstico diferencial extremadamente difícil y provocar un erróneo sobrediagnóstico de TOC en personas con autismo. En ambos casos pueden aparecer fijación en rutinas, patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, resistencia al cambio e intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada. Si los intereses restrictivos y los comportamientos ritualistas se presentan conjuntamente con las alteraciones en la sociocomunicación, y han estado presentes desde la primera infancia, es más probable que sean parte del síndrome autista. En cambio, el diagnóstico de TOC cobra más sentido cuando, ya en la preadolescencia, juventud o vida adulta, marca un antes y un después en el funcionamiento psicosocial de la persona. En el autismo, los patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos suponen una experiencia afectiva placentera, intrínsecamente motivante y reforzante. En las personas con autismo, esos patrones de comportamiento son egosintónicos; es decir, la persona se siente bien consigo misma mientras los realiza, sin que ello le genere conflicto o juicio negativo hacia sí misma, llegando a ser, incluso, fuente de placer y agrado, intrínsecamente motivante y reforzante. En el TOC, las obsesiones y compulsiones suelen ser, por lo general, egodistónicas; es decir, son percibidas como intrusivas y no queridas por la persona que las padece, no placenteras y con un objetivo muy claro de reducir o eliminar el pensamiento obsesivo amenazante.

Entidad diagnóstica	¿Qué es?	Características	Diferencia con TEA
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	Según el DSM-5, este trastorno se caracteriza por presentar ansiedad de forma intensa en situaciones de tipo social en las que la persona experimenta la sensación de sentirse expuesto y observado al posible escrutinio por parte de otros, mediante una conversación, una reunión o un evento social.	- Miedo o ansiedad persistentes e intensos ante situaciones sociales específicas porque creen que pueden ser juzgados negativamente, avergonzados o humillados. - Las personas evitan situaciones sociales que producen ansiedad o miedo. - Ansiedad excesiva y exagerada con respecto a la situación. - Ansiedad y angustia que interfieren en la vida diaria.	En la ansiedad social, la persona es consciente de que la sensación de miedo e inseguridad que experimenta llega a ser desproporcionada a la situación que vive, lo que genera un impacto importante en la interacción y en la reciprocidad social.

Fuente: Elaboración propia con base en Cruells (2009) y Paula-Pérez (2013).

de un diagnóstico diferencial entre el TEA y otras entidades clínicas cuya sintomatología puede ser similar (Cruells, 2019).

Existen tres principales entidades clínicas en donde encontramos estas afinidades, las cuales es preciso conceptualizar y diferenciar de las del TEA.

Aunque actualmente se ha avanzado en la práctica clínica al elaborar diagnósticos puntuales y certeros, sigue siendo un área en la que se debe seguir trabajando como profesionales que acompañamos a las personas que buscan un diagnóstico. Es por ello que se debe tener mayor claridad y conocimiento sobre las líneas finas que permitan diferenciar una entidad diagnóstica de otra (Paula-Pérez, 2013).

MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO EN LA PERSONA: LA IMPORTANCIA DE COMPRENDERSE A TRAVÉS DEL AUTISMO

La tarea asignada como profesionistas de la salud mental es, dentro de tantas, brindar diagnósticos bien sustentados, personalizados y principalmente humanizados. Es importante que el evaluador se sitúe en la escucha sensible y con ello se de paso a la construcción y comprensión de la historia de vida de la persona que busca resolver la incógnita diagnóstica.

Existen diversas experiencias en torno a lo que vive la persona adulta que ha recibido el diagnóstico de autismo. Una de ellas es la de Rudy Simone (2013), quien relata lo siguiente en su libro *El Asperger en femenino*:

Tener un diagnóstico de autismo durante la adolescencia ya es algo que cuesta aceptar, pero recibir ese mismo diagnóstico a la edad de 40 o 50 años significa pasar revista a toda nuestra vida y ver cada acontecimiento a la luz de esta nueva perspectiva. Cada incidente, cada momento será escudriñado a la luz de esta nueva lente. Sería como ponernos un nuevo par de lentes habiendo pasado toda nuestra vida en las tinieblas. Evidentemente, más tardío es el diagnóstico, más arduo es el trabajo de recordar el pasado y mayores serán los estragos sobre el humor, la psique y las relaciones con los demás, y en algunos casos, difíciles de reparar. (p. 5).

Simone explica, desde su propia experiencia, las diferentes etapas que atraviesan los y las adultas de diferentes edades en el momento en que reciben el diagnóstico:

- **Concienciación.** Descubrimos la existencia del síndrome de Asperger (TEA) y la información relativa a él nos hace comprender. Sin embargo, no lo entendemos inmediatamente, por resistencia o por negación.
- **Revelación.** Finalmente comprendemos que estamos aquejados del síndrome de Asperger (TEA) y este nuevo conocimiento sobre nosotros mismos es irreversible. Y la bombilla se nos enciende.

- **Confirmación.** El TEA trae consigo muchas explicaciones sobre una vida que a menudo no parece tener ningún sentido. Estas aclaraciones no incluyen un momento determinado sino un conjunto de eventos que hemos vivido durante años o toda nuestra vida.
- **Alivio.** Por fin podemos descansar de nuestra carga. Antes del diagnóstico, no conocemos la naturaleza de esta carga, lo que sí sabemos es que los otros no llevan un peso semejante.
- **Ansiedad.** ¿Qué será de mi futuro y de mis posibilidades?
- **Enfado.** Por toda la culpa que podemos sentir y por los diagnósticos erróneos que hayamos recibido o nos hayamos adjudicado nosotros mismos. Queda la esperanza de que podamos entender el resto de nuestras vidas.
- **Aceptación/plenitud.** Somos plenamente conscientes de nuestras fortalezas y nuestras debilidades, y hacemos un buen uso de ellas.

La tarea del diagnóstico no es sólo llegar y nombrarlos mediante una nomenclatura; es acompañar durante y después del proceso de evaluación. Por esto, es importante tener una buena práctica (actualizada y ética) en el sentido de lo profesional y de lo humano.

REFERENCIAS

- ATTWOOD, T. (2015).** *El diagnóstico*. Paidós.
- BELICHON, M. (2008).** *Personas con síndrome de Asperger*. CPA.
- CRUELLS, J. (2019).** *El TEA y su diagnóstico diferencial*. Autisme la Garriga.
- LORD, C. et al. (2015).** *ADOS-2. Escala de observación para el diagnóstico del autismo, Módulo 4*. TEA Ediciones.
- PAULA-PÉREZA, I. (2013).** Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental – Journal of Psychiatry and Mental Health*, vol. 6, núm. 4, 178-186. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-diagnostico-diferencial-entre-el-trastorno-S1888989112001681>
- RIVIÉRE, A. (2000).** *Inventario del espectro autista*. Fundec.
- SELDAS, R. P. (2014).** DSM-5: la nueva clasificación de los TEA. *Asociación Provincial de Autismo y otros trastornos del neurodesarrollo*. <https://apacu.info/wp-content/uploads/2014/10/Nueva-clasificaci%C3%B3n-DSMV.pdf>
- SIMONE, R. (2013).** *El Asperger en femenino. Cómo promover la independencia de mujeres diagnosticadas con síndrome de Asperger*. Federació Espectre Autista-Asperger de Catalunya.

Podcast



En esta serie de capítulos, conocerás de la mano de especialistas en el tema, recomendaciones y herramientas para cuidar tu salud y la de los demás.



¿Cómo transformo mi depresión en resiliencia?
¿Cómo reconciliarme con mi familia?
¿Cómo superar una pérdida?

<https://quererteencasa.jalisco.gob.mx/podcast/>

Intervención temprana en la comunicación en las condiciones del espectro autista

L.E.E. Karla Dennis Mercado Oliva ▪

La falta de lenguaje es una de las principales preocupaciones por las que una familia acude a un especialista.

Una vez convencidos, y superados los mitos o consejos familiares refiriéndose a “ya hablará”, “cada niño a su tiempo”, “los varones tardan más en decir palabras”, “es que adivinas todo lo que quiere antes de que lo pida”, entre muchos otros, los padres llegan a la cita resaltando que su pequeño aún no habla. En muchas ocasiones, ni siquiera les cruza por la cabeza la palabra *autismo*.

Después, cuando ya existe un diagnóstico confirmado, se inician intervenciones terapéuticas para los pequeños (que, afortunadamente, están siendo diagnosticados a una edad cada vez más temprana, lo que deriva en un mejor pronóstico), las cuales deben ser integrales y propiciar el desarrollo de habilidades regulatorias y de comunicación.

La comunicación, el lenguaje y el habla son términos distintos, aunque los primeros dos se superponen.

El término *comunicación* puede definirse como “el intercambio de información o puesta en común de significaciones intencionadas en una relación humana determinada”, mientras que el *lenguaje* “se utiliza para designar la capacidad del ser humano de comunicarse y de representar la realidad mediante signos. Implica la habilidad para simbolizar y comunicarse por medio de signos convencionales”.

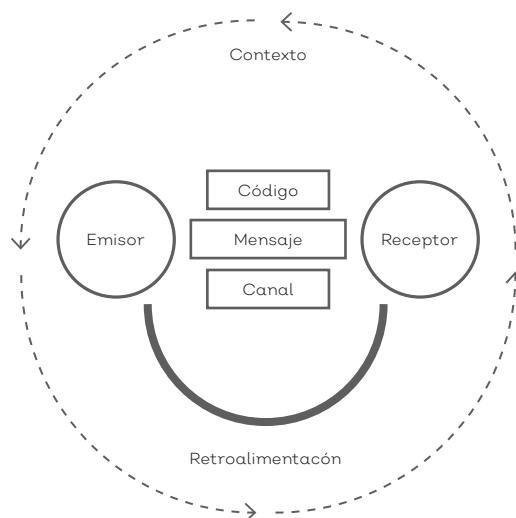
Según Moreno Ríos (2009), *comunicar* es un acto de relación social en el que un individuo intenta transmitir información a otro. El término *intención* es crítico para este intercambio. Es precisamente en el área de la comunicación en donde debemos centrarnos principalmente cuando establecemos pautas de intervención en el espectro autista.

La comunicación es un proceso en donde un emisor envía

conscientemente un mensaje, por medio de un código en específico, que viaja por cierto canal o vía para llegar a un receptor, quien brinda una retroalimentación. Todo esto en un contexto específico (circuito de la comunicación).

En el espectro autista, se debe comenzar a intervenir con estrategias que desarrollen este circuito de manera significativa, útil y consciente.

Figura 1. Circuito de la comunicación



Antes que hablar, se necesita propiciar la intención comunicativa con el otro, ser capaz de llegar hacia otra persona y transmitir la intención de necesitar o compartir algo, lo cual en un desarrollo típico surge natural y espontáneamente.

PREDICTORES DE LA COMUNICACIÓN

Existen habilidades iniciales que propician el desarrollo de una

comunicación más efectiva, tales como:

Contacto visual natural. Es necesario que el niño descubra el peso que tiene la mirada para vincularse y obtener información importante del otro. Forzar el contacto visual no es una práctica recomendada ni funcional, sino más bien iatrogénica. La referencia social (mirar referenciando al otro) es una habilidad que poco a

poco va emergiendo a través de los cuidadores primarios y figuras de apego principal, quienes, por medio de experiencias compartidas en actividades estimulantes y divertidas, van regulando y fortaleciendo la interacción.

Atención conjunta. Según Carpenter et al. (1998), es el proceso que permite compartir la atención con otra persona sobre un determinado objeto o evento utilizando el contacto visual. Es decir, cuando queremos implicar a alguien más en algo que nos está interesando, utilizamos nuestra mirada o lo señalamos y apelamos a la capacidad del otro para comprender dichas acciones. La atención conjunta tiene dos componentes principales: el contacto atencional (llamar la atención de alguien hacia uno mismo) y el seguimiento atencional (seguir o dirigir la atención de otro hacia un objetivo).

Gesto de señalar. Este gesto es particularmente importante para propiciar un mejor desarrollo comunicativo. En el desarrollo autista se manifiesta principalmente por el uso instrumental, que es la conducta comunicativa más recurrente, llevando de la mano a la persona hacia el lugar que quiere ir o adonde está el objeto deseado. Si bien eso es comunicación, se trata de una bastante vaga, poco precisa y carente de conectividad interpersonal: una conducta comunicativa de tipo unilateral.

Señalando podemos mostrar, compartir, llamar la atención y solicitar algo de una manera universal y casi inmediata. Es un recurso básico en la comunicación interpersonal. Generalmente, en

niños pequeños autistas la conducta de señalar no está presente, por lo cual es necesario enseñarla.

Para aprender a señalar se sugieren cinco pasos:

- *Señalar tocando*, ya que es un gesto directo y fácil de comprender. Se comienzan a sofisticar el uso activo del niño y el rol del receptor en el circuito de la comunicación.
- *Señalar a distancia* es más abstracto y de comprensión general (la mayoría de las personas reaccionan ante esto).
- *Señalar para escoger* para propiciar la capacidad de elección.
- *Señalar y hacer uso de la mirada.* Al triangular el gesto con la mirada del otro, se crea un monitoreo constante que propicia referencia.
- *Señalar y usar sonidos o palabras* para propiciar el uso alternado de la emisión verbal y la realización natural del señalado.

IMPORTANCIA DE SEÑALAR

Teniendo claro que la comunicación es un proceso de ida y vuelta, hay tener en cuenta que nosotros también debemos ser lo suficientemente claros a la hora de expresarnos y, de igual manera, utilizar recursos tangibles para una mejor comprensión del proceso.

Ya hemos hablado de la importancia de enseñar a señalar, pues al ser un gesto universal abre a los niños la posibilidad de tener experiencias comunicativas exitosas. Es entonces cuando el adulto debe propiciar este tipo de gestos al generalizarlos en la cotidianidad de las rutinas diarias. Cuando el niño

está en el proceso de aprendizaje de un signo manual y todavía hace uso instrumental la mayor parte del tiempo, se debe modelar el gesto de señalado. Es decir, cuando el niño lleve de la mano hacia el objeto deseado, se deberá tomar su mano, moldear el dedo índice y apoyarle para que señale lo que quiere obtener, nombrándolo. Por ejemplo: el niño pequeño va con su madre, la lleva de la mano hacia la barra de la cocina en donde se encuentra la galleta y dirige su mano hacia ellas. La madre deberá tomar la mano del niño, moldear el gesto de señalado, llevar su mano con el dedo índice extendido hacia la galleta y señalar diciendo “ga-lle-ta”. Acto seguido, se le ofrece la galleta.

A su vez, el adulto siempre tiene que estar receptivo ante cualquier intento comunicativo y

también hacer, él mismo, el gesto del señalado antes de ofrecerle un objeto deseado al niño. De esta forma, el pequeño puede darse cuenta de que ese gesto lo realizan tanto él como las personas a su alrededor, lo que propicia su generalización y comprensión.

¿Y PARA QUÉ COMUNICAR?

Ya ha quedado claro que en el autismo, como en algunas otras condiciones del neurodesarrollo, la intervención temprana se centra en desarrollar habilidades comunicativas priorizándolas sobre las expresiones orales del lenguaje. Justamente, la comunicación tiene varias funciones, las cuales no se reducen a peticiones instrumentalizadas.

Cuando hablamos de intervención, es necesario

Tabla 1. Funciones de la comunicación

1. Pedir algo	Por donde se inicia al comenzar con intervención temprana. Sin embargo, no debe ser la única. Se debe considerar el resto de las funciones para que el niño haga uso real de su derecho a comunicar. Las peticiones pueden hacerse de manera verbal, señalando o usando imágenes.
2. Solicitar atención	Para establecer la interacción. De igual manera, puede ser verbal o mediante gestos (palmada en el hombro, tocando al otro).
3. Expresar rechazo	Imprescindible para salvaguardar la integridad del niño.
4. Hacer comentarios	Dando lugar al uso social del lenguaje.
5. Dar información	Expresando necesidades específicas.
6. Pedir información	Benéfico para reducir ansiedad o conductas de estrés.
7. Comunicar emociones	Para el bienestar físico y emocional: comunicar que tiene dolor, mencionar el lugar donde le duele, transmitir estados de ánimo.

Fuente: Elaboración propia con base en Watson et al. (1989).

contemplar durante el proceso el abordaje de todas las funciones de la comunicación.

Generalmente, se inicia con peticiones basadas en gustos u objetos altamente atractivos para el niño, lo que da lugar al gesto de señalado o a la enseñanza de signos manuales básicos para dar un significado concreto (las manos realizando un movimiento en específico) a algo tan abstracto como lo es la palabra.

ECOLALIA

La *ecolalia* es la repetición literal de palabras o frases, inmediata o diferida. Es una característica que cotidianamente está presente por un lapso más prolongado en el desarrollo autista. La ecolalia no debe ser eliminada, ya que, aparte de ser parte del proceso del desarrollo del lenguaje, puede ser un recurso comunicativo funcional y, de igual modo, una plataforma para seguir construyendo el desarrollo verbal del niño.

MODELANDO EL HABLA SIGNADA

El programa de comunicación total de Benson Schaeffer es una propuesta metodológica que combina la realización de signos manuales (icónico-gráficos) y orales (comunicación bimodal). Comúnmente, se sugiere enseñar los primeros signos (“dame”, “yo quiero”, “más”, “se acabó”, “ayuda”) mediante el moldeamiento del movimiento manual y la emisión verbal de la palabra, segmentándola por sílabas para ir estableciendo la consciencia fonológica en el niño y, mediante el encadenamiento hacia atrás, permitirle que lo realice solo

estimulando a la vez la emisión o acercamiento verbal.

USO DE IMÁGENES

Por las características de su proceso de pensamiento, las personas dentro del espectro autista tienden naturalmente a la sistematización y la organización de la información concreta y estática. Por lo tanto, las imágenes les son de mucha ayuda para comprender un mundo mayoritariamente dinámico y subjetivo.

Las imágenes pueden ser una representación tangible y estática de las palabras, que son intangibles y efímeras. Es por eso que muchas veces son un gran recurso para la anticipación (comunicación receptiva) y la transmisión de un mensaje (comunicación expresiva). Para ello, se conocen varios métodos que apoyan el uso de imágenes como recursos comunicativos.

A éstos, así como al programa de comunicación total de habla signada de Benson Schaeffer, se les denomina de *comunicación alternativa y aumentativa* (CAA), la cual incluye todas las modalidades de comunicación (aparte del habla) y se utiliza para expresar necesidades, pensamientos, deseos o ideas.

CONSIDERACIONES FINALES

La comunicación es un proceso en desarrollo constante. Los niños no sólo deberán hacerla de manera exitosa durante la intervención terapéutica, sino que es necesario generalizarla y contextualizarla en cada momento del día a día y con sus cuidadores primarios.

Para esto, se debe implicar total y directamente a los padres

de familia para que puedan comprender el proceso en el que se encuentra su hijo y se sientan capaces de estimularlo en la vida diaria. Empoderarlos en el manejo de su hijo es de suma relevancia y es deber del profesional propiciar esta experiencia.

Las madres y los padres de familia necesitan ser conscientes de la importancia que tienen los prerrequisitos en la comunicación, del gran significado que hay entre un intercambio de miradas natural, del papel que juega la correulación entre ellos y su hijo a la hora de interactuar, de la puerta que abre el saber señalar y de que un proceso

de comunicación bien consolidado podrá abrir la posibilidad de que su hijo o hija verbalice de una manera más consciente, intencional y funcional.

El desarrollo del lenguaje en las condiciones del espectro autista sigue siendo un enigma, ya que es imposible predecir si el niño lo desarrollará aun con todas las estrategias metodológicas existentes. Lo que los profesionales debemos asegurar es que los niños y las niñas autistas ejerzan su derecho a la comunicación, independientemente de su capacidad verbal.

REFERENCIAS

- CARPENTER, M., NAGELL, K. & TOMASELLO, M. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Mogographs of the Society Research in Child Development*, 63(4), i-vi, 1-143.
- MAGGIO, V. (2020). *Comunicación y lenguaje en la infancia*. Paidós.
- MORENO RÍOS, S. (2009). *Psicología del desarrollo cognitivo y adquisición del lenguaje*. Biblioteca Nueva.
- RUGGIERI, V. & CUESTA GÓMEZ, J. (2019). *Autismo. Cómo intervenir desde la infancia a la vida adulta*. Paidós.
- RIVIERE, A. & MARTOS, J. (2000). *El niño pequeño con autismo*. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.
- WATSON, L. et al. (1989). *Teaching spontaneous communication to autistic and developmentally handicapped children*. Irvington.

Modelos de intervención en el autismo

Psic. Guadalupe Cruz Ordoñez ▪

Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana.

CARL JUNG

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de afecciones diversas que se caracterizan por algún grado de dificultad en la interacción social y la comunicación, así como patrones atípicos de actividad y comportamiento como, por ejemplo, dificultad para pasar de una actividad a otra, gran atención a los detalles y reacciones poco habituales a las sensaciones (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Hasta ahora no existe un modelo de intervención único y exclusivo para tratar los TEA. Sabemos que en el autismo se presentan retos en el área social, de comunicación, conductual y, en algunos casos, sensorial. Es importante reconocer que, aun cuando se responde a los mismos criterios diagnósticos, su manifestación se presentará de manera particular en cada individuo (March et al., 2018).

De igual forma, los modelos de intervención tendrían que responder a las necesidades particulares de cada paciente. Intentar que el mismo sea aplicado para todas y todos es una idea que no respeta los distintos estilos de aprendizaje y el ritmo de cada persona al aprender. En la actualidad, al elegir un modelo de intervención, es importante plantear las siguientes preguntas: ¿en qué etapa del desarrollo se encuentra el individuo?, ¿cuáles son las necesidades individuales y familiares?, ¿este modelo coincide con el sistema de valores y creencias del paciente?, ¿qué impacto económico tendrá este modelo?

▪ Jefa del servicio vespertino de evaluación y diagnóstico en DIF Zapopan.

El presente escrito se enfocará en brindar información sobre los modelos de intervención basados en el aprendizaje, tratando de reunir los

más conocidos y que han obtenido mayor efectividad en el tratamiento del espectro del autismo (Prior et al., 2011).

Tabla 1. Sistema de clasificación de modelos de intervenciones basados en el aprendizaje

Intervenciones basadas en conducta	Buscan enseñar nuevos comportamientos y habilidades por medio de técnicas especializadas y estructuradas.	• Análisis del comportamiento aplicado (ABA) • Intervenciones conductuales intensivas tempranas (EIBI/IBI) • ABA contemporáneo • <i>Pivotal Response Training</i> (PRT) • <i>Natural Language Paradigm</i> (NLP) e <i>Incidental Teaching</i>
Intervenciones basadas en desarrollo	Favorecen el desarrollo de relaciones positivas y significativas utilizando técnicas sociales, de comunicación y regulación, en ambientes con formato libre o semiestructurado.	• La intervención para el desarrollo de relaciones (RDI) • Modelo basado en el desarrollo individual de las relaciones (DIR/ FLOORTIME) • Enseñanza receptiva (RT): educación en responsabilidad
Intervenciones basadas en la familia	Enfatizan su intervención en el acompañamiento e inclusión de la familia en el tratamiento, brindando entrenamiento y soporte a todos los miembros de la familia.	• Programa de intervención temprana en contextos naturales y basado en rutinas (<i>Early Intervention in Natural Environments</i>) • El programa Hanen • El programa EarlyBird
Intervenciones basadas en terapias	Se enfocan en el desarrollo de habilidades específicas. Generalmente, complementan las intervenciones de otros modelos. Las habilidades pueden ser desde el lenguaje y la comunicación, hasta sensoriomotoras y sociales.	• Intervenciones centradas en la comunicación: - Comunicación alternativa y aumentativa (CAA) - Sistema de comunicación por el intercambio de imágenes (PECS) • Intervenciones de habilidades sociales: - Historias sociales (<i>social stories</i>) • Intervenciones sensoriomotoras: - Integración sensorial
Intervenciones combinadas	Se enfocan en ser lo más funcionales y eficaces en el tratamiento, combinando elementos de otros modelos.	• El modelo SCERTS • Método TEACCH • Modelo Denver

Fuente: Elaboración propia con base en Prior et al. (2011).

INTERVENCIONES CONDUCTUALES

Las intervenciones conductuales para los TEA tienen sus orígenes en el programa de Lovaas, llamado así por su pionero, el Dr. Lovaas, quien demostró efectividad en su programa bajo entrenamientos exhaustivos y altamente estructurados, utilizando los ensayos discretos (*Discrete Trial Teaching*). Su principal premisa es que al enseñar una habilidad es necesario dividirla en pasos, ensayando y encadenando uno a la vez, brindando múltiples oportunidades para el desarrollo de la habilidad y reforzando positivamente cada logro.

En la actualidad, los modelos basados en el análisis de conducta aplicado (ABA) intentan incrementar y/o mantener habilidades de aprendizaje, socialización, lenguaje y autonomía, y al mismo tiempo, disminuir los retos conductuales. Para esto, se realiza un análisis de la conducta, identificando antecedentes y consecuencias, y estableciendo una línea base conductual. En cuanto al tiempo, lo ideal son 40 horas de intervención intensiva, usualmente en ambientes estructurados, con trabajo uno a uno con personal capacitado en el modelo, registro y evaluaciones constantes de avances, así como modificación de estrategias (Reza, 2012).

Los principales retos de este modelo son: la generalización de los aprendizajes en otros contextos; el tiempo destinado a las intervenciones estructurada e intensiva; la especialización de quienes aplicarán el modelo; el tiempo destinado a realizar los registros de conducta necesarios para determinar frecuencia,

mantenimiento, apoyos brindados, y la consolidación de aprendizajes de forma cuantitativa.

Si bien el modelo conductual ha ganado fuerza y se ha popularizado por su efectividad, es necesario ir más allá de la conducta y comprender el modo de sentir y entender el mundo de las personas con autismo, así como su forma de construir el aprendizaje. Actualmente existen otras propuestas psicoeducativas que pueden ser efectivas en el tratamiento del TEA.

INTERVENCIONES BASADAS EN EL DESARROLLO

Uno de los principales desafíos en el autismo es el establecimiento de relaciones sociales. Para ello, actualmente existen modelos de intervención enfocados en su desarrollo. El modelo basado en intervención para el desarrollo de relaciones (RDI) y el modelo de desarrollo-diferencia individual basado en relaciones (DIR/*Floortime*) han cambiado el paradigma de intervención, proponiendo un aprendizaje que se beneficie de entornos naturales, con interacciones abiertas, sin ambientes controlados pero con respuestas concretas y estrategias propias del modelo que permiten el establecimiento de relaciones sociales significativas (Mulas et al. 2010).

El modelo RDI, creado por el Dr. Steven Gutstein, explica la inteligencia desde dos posturas: habla de la *inteligencia estática* al referirse a los procesos que implican razonamiento estructurado (como la memoria y la atención), a diferencia de la *inteligencia dinámica*, que se encarga de aquellos procesos

que requieren un pensamiento flexible (como el sentido común y la inteligencia emocional). Este modelo considera la inteligencia dinámica como la base para el desarrollo de relaciones humanas significativas. La participación guiada, la postura lado a lado, la coordinación social, la invitación y las actividades altamente significativas son algunas de las estrategias que se utilizan para promover el rol activo del individuo durante su proceso de aprendizaje (Gutstein, 2011).

Por su parte, el modelo DIR concibe al desarrollo como una construcción del aprendizaje que involucra interacciones constantes, respuestas a la comunicación por medio de gestos y expresiones, así como reacciones a la interacción con el otro. Otra de sus premisas es reconocer las diferencias individuales y únicas con las cuales cada individuo recibe, responde y comprende su entorno. Por último, reconoce el desarrollo de relaciones de aprendizaje con padres, cuidadores y maestros, busca que la relación se ajuste a las características del individuo y que sea este vínculo el que permita el avance. Las técnicas utilizadas son parte del *Floortime* (tiempo en el suelo), reconocido por buscar la autorregulación, la intimidad, la comunicación bidireccional, la comunicación compleja, las ideas afectivas y el pensamiento afectivo (Autismo Diario, 2007).

INTERVENCIONES BASADAS EN LA FAMILIA

Los modelos tradicionales iban dirigidos directamente a la persona con la condición del espectro autista, sin tomar en cuenta a la familia como agente activo en

la intervención y desarrollo de habilidades.

La intervención basada en la familia surge de la teoría de los sistemas familiares del enfoque ecológico, y manifiesta que el desarrollo del niño es resultado de la interacción entre lo biológico y lo social (Mayorga et al., 2015).

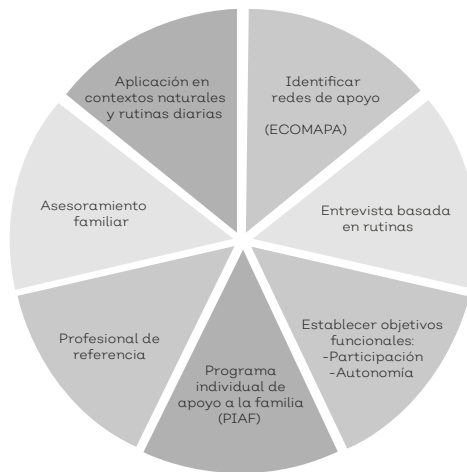
El programa de intervención temprana en contextos naturales y basado en rutinas (*Early Intervention in Natural Environments*), desarrollado por el Dr. Robin McWilliam, fue diseñado principalmente para hacer frente a cuatro problemáticas de la atención temprana: 1) cada necesidad requiere un servicio y un profesional diferentes (superespecialización); 2) más intervenciones brindarán más resultados (más es mejor); 3) informes redactados en áreas de desarrollo y no en actividades funcionales para la familia (profesionalidad), y 4) intervenciones aplicadas en entornos clínicos sin ponerse en práctica en contextos naturales (contexto de aplicación).

Las problemáticas mencionadas siguen impactando significativamente a las familias, sobre todo al hablar de la economía actual, en la que una familia sin acceso a terapias a nivel público y con pocos recursos económicos no puede dar continuidad a modelos que soliciten la intervención de varios especialistas, terapias de tres o más sesiones a la semana de 40 a 60 minutos de intervención directa, con objetivos que no son directamente aplicables a las rutinas del niño y sin conocer las estrategias necesarias para brindar oportunidades de aprendizaje en el día a día (McWilliam, 2002).

En este modelo, no basta con preguntar a la familia qué metas son importantes y qué desea desarrollar en su hijo. Es necesario que el modelo se refleje en prácticas directas que tengan como fin el fortalecimiento de la familia completa. Se busca un asesoramiento colaborativo

donde las decisiones se tomen en conjunto con el asesor (terapeuta), y no que sea éste quien dictamine o califique si la familia ha actuado bien o no, para que ésta desarrolle competencias y confianza en su actuar diario (McWilliam, 2016).

Figura 1. Prácticas centrales del modelo centrado en la familia



Fuente: Elaboración propia con base en McWilliam (2016).

INTERVENCIÓN EN ADULTOS

El pronóstico de una persona con TEA tiene relación directa con la atención recibida en edades tempranas. Es por ello que la gran mayoría de las intervenciones se enfocan en el desarrollo de habilidades en la primera infancia, lo que brinda la posibilidad de mejores pronósticos en la adultez.

Al hablar del TEA nos referimos a una variedad de personas que, según su contexto, acceso a intervenciones tempranas y desarrollo en general, tendrán distintas necesidades de apoyo en la edad adulta. Sin embargo, el camino trazado no será el límite

para pensar en la calidad de vida que merecen y, sobre todo, en la vida que desean. Por lo tanto, las intervenciones en la adultez deben buscar mejorar la calidad de vida en sus distintas dimensiones, respetando los gustos, intereses y sueños de cada persona (Cuesta et al., 2016).

CONCLUSIONES

Al elegir un modelo de intervención es importante identificar la etapa de desarrollo actual, ya que algunos modelos se ven limitados según el rango de edad, ya sea porque sus evidencias de efectividad se han basado en la aplicación en

Figura 2. Dimensiones del modelo de calidad de vida y sus indicadores



Bienestar físico

Nutrición, asistencia sanitaria, seguros médicos, actividades de la vida diaria, movilidad, ocio, tiempo libre.



Bienestar emocional

Seguridad, felicidad, autoconcepto, disminución del estrés, satisfacción, espiritualidad.



Bienestar material

Ser propietario, seguridad, empleo, estatus económico, comida, finanzas, posesiones, protección.



Autodeterminación

Autonomía, decisiones, autodirección, valores personales y metas, control personal, elecciones.



Inclusión social

Aceptación, apoyos, ambiente de las residencias, actividades comunitarias, voluntariado, ambiente laboral, roles sociales, posición social.



Relaciones interpersonales

Intimidad, familia, amistades, afecto, interacciones, apoyos.



Desarrollo personal

Educación, actividades significativas, habilidades, competencia personal, progreso.



Derechos

Derecho al voto, accesibilidad, privacidad, juicios justos, derecho a ser propietario, responsabilidades cívicas.

Fuente: Elaboración propia con base en Cuesta et al. (2016).

edades tempranas o bien porque las técnicas utilizadas ya no se adaptan a la edad de desarrollo de la persona. Por ejemplo: no pondríamos a un adolescente a trabajar bajo la terapia de juego (*Floortime*) cuando su necesidad es el desarrollo de habilidades sociales para conseguir amigos en la secundaria. Es importante recordar que el autismo es una condición de vida, que las necesidades cambian conforme pasan los años y que las intervenciones van a variar según las etapas de desarrollo, sobre todo al acercarnos a la adolescencia y adultez.

Cada individuo es único y, al momento de elegir algún modelo

de intervención, tenemos que pensar tanto en sus *necesidades particulares* como en las *necesidades de la familia*, pues el sistema familiar es su contexto inmediato. Pongamos un ejemplo: Juan no come con cuchara y sus padres lo alimentan. Es indispensable desarrollar la habilidad de autonomía para comer de manera independiente. El hecho de que no coma por sí mismo es un factor de estrés para la familia, que se suma al de atender las necesidades emergentes de casa y a los demás hermanos de Juan. En este ejemplo nos damos cuenta de que existen necesidades particulares de la persona, pero

que muchas veces atender esa necesidad beneficiará de manera directa a toda la dinámica familiar.

Las circunstancias que viven la familia o la persona pueden determinar la elección del modelo o los modelos de intervención: ya sean emergentes o bien habilidades a desarrollar a largo plazo. No es lo mismo buscar una intervención para el desarrollo de habilidades académicas que una intervención inmediata por conductas disruptivas. El *sistema de valores y creencias* determinará si la elección tomada genera tranquilidad o si es un factor de angustia y estrés. Es importante analizar si el modelo no coincide con los valores familiares o no es lo que se esperaba en la práctica, en cuyo caso deberá considerarse otra metodología de intervención.

En el presente documento no se habló de tratamientos alternativos. Sin embargo, es importante mencionar que actualmente existen tratamientos “cura” que sin fundamentos científicos brindan falsas expectativas y se aprovechan de la susceptibilidad de las personas. Muchas veces las

familias comparten que no confían totalmente en estos tratamientos, pero que otros padres o familiares los están utilizando (*contexto inmediato*). En estos casos se les invita a no caer en tratamientos invasivos que no están comprobados científicamente. Actualmente las intervenciones basadas en el aprendizaje son las únicas que han demostrado efectividad y, tal como lo revisamos anteriormente, existe una amplia variedad de ellas.

Por último, hay que considerar los recursos económicos destinados a las terapias y demás intervenciones. Al ser una condición de vida, los retos se presentarán en las distintas etapas del desarrollo, lo que es igual a una constante intervención que impactará directamente en la economía familiar. Es importante priorizar las necesidades de la persona con la condición, determinar lo posible para la familia y recordar que más intervenciones no brindarán mejores resultados, sino que será la implicación de la familia y las oportunidades de aprendizaje en el día a día lo que hará la diferencia.

REFERENCIAS

- AUTISMO DIARIO. (2007, 22 DE FEBRERO).** Terapias de juego – *Floor-time* (terapia de suelo). *Autismo Diario*. <https://autismodiario.com/2007/02/22/terapias-de-juego-floor-time-terapia-de-suelo/>
- CUESTA et al. (2016).** Trastorno del espectro del autismo: intervención educativa y formación a lo largo de la vida. *Psychology, Society & Education*, Vol. 8(2), 157-172. file:///C:/Users/52331/Downloads/Dialnet-TrastornoDelEspectroDelAutismo-6360233.pdf
- GUTSTEIN, S. (2011).** *The RDI Book: Forjando nuevas vías para el autismo, trastorno de Asperger y trastorno generalizado*. Connections Center Publishing.
- MARCH et al. (2018).** Intervención en habilidades sociales de los niños con trastorno de espectro autista: una revisión bibliográfica. *Papeles del psicólogo*, vol 39, (núm. 2), 140-149. <https://www.redalyc.org/journal/778/77855949009/html/>
- MAYORGA, M. et al. (2015).** Aprender a trabajar con las familias en Atención Temprana: estudio de caso. *Pscielo*, vol 8. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200008
- MCWILLIAM, R. (2002).** *Documentos del modelo de atención temprana centrada en la familia y entornos naturales*. Centro de Educación Infantil y Atención Temprana UCV, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. https://webs.um.es/fags/docs_miaat/14_docs-lalqueria.pdf
- MCWILLIAM, R. (2016).** Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un enfoque centrado en la familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, vol. 10(1), 133-153. file:///C:/Users/52331/Downloads/Dialnet-MetanoiaEnAtencionTemprana-5505133%20(1).pdf
- MULAS, F. et al. (2010).** Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*, vol 50, 77-84. <https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/18391-bdS03S077.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2021, 1 DE JUNIO).** Trastornos del espectro autista. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- PRIOR, M. et al. (2011).** *A Review of the Research to Identify the Most Effective Models of Practice in Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders*. Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (FaHCSIA). https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/10_2014/review_of_the_research_report_2011_0.pdf
- REZA, M. (2012).** *Efectividad de las terapias conductuales en los trastornos del espectro autista*. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017399.pdf>

Avances y pendientes en materia legislativa para el autismo

Dr. Israel Tonatiuh Lay Arellano •

INTRODUCCIÓN

El tema de la legislación para el autismo es casi desconocido incluso para las personas, familiares e interesados en esta condición, ya que en general la preocupación es la atención terapéutica, cuyos principales pilares (la educación y la salud) se rigen por una normatividad que debe ser exigida. Sin embargo, al no suceder esto, se crea un círculo vicioso: “no presto atención a la legislación porque mi interés inmediato es la terapia y la educación, pero tengo problemas con estos dos aspectos porque hay huecos y falta de cumplimiento en la normatividad aplicable”.

Por lo anterior, este texto pretende dar un panorama rápido y general sobre la legislación en materia de autismo: su génesis, desarrollo e impacto tanto a nivel federal como en los estados, poniendo al autismo más allá de sus características clínicas.

ANTECEDENTES DE LA LEY GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE PERSONAS CON LA CONDICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA

El 19 de marzo de 2014, la diputada federal Paloma Villaseñor Vargas presentó la Iniciativa de Ley General para la Atención a Personas con Trastornos del Espectro Autista. Casi un año después, el 5 de marzo de 2015, se aprobó el dictamen de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista,¹ por unanimidad de 384 votos.

¹ Si bien el término clínico es *trastorno del espectro autista*, la palabra *trastorno* implica una causa biomédica y es potencialmente estigmatizante. Por el contrario, el término *condición* hace referencia en primer lugar a la persona, a su contexto social, educativo, cultural y sociológico. Lo anterior se fundamenta en la exposición de motivos del dictamen de la Ley.

▪ Doctor en Ciencias Sociales. Profesor-investigador titular A del Instituto de Gestión del Conocimiento y del Aprendizaje en Ambientes Virtuales de la Universidad de Guadalajara.

Dentro del proceso legislativo, la minuta fue enviada al Senado de la República, donde se recibió el 10 de marzo de ese año, siendo turnada a las comisiones de Atención a Grupos Vulnerables y de Estudios Legislativos.

El Senado analizó y discutió la minuta, tras lo cual, la dictaminó positivamente para que fuera aprobada por el Pleno de esa Cámara el 26 de marzo. El Ejecutivo federal promulgaría y publicaría la Ley el 30 de abril de ese año (DOF, 2015) en un evento realizado en Palacio Nacional ante personas con autismo y representantes de organizaciones de todo el país que los apoyan, autoridades y público en general.

Sin embargo, la primera zancadilla para esta Ley fue una demanda de acción de inconstitucionalidad por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), a petición de la Confederación Mexicana de Organizaciones en favor de la Persona con Discapacidad Intelectual (CONFE), argumentando: 1) que la legislación violaba la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y, por lo tanto, su contenido era retroactivo, y 2) que no debía existir una legislación específica cuando ya se contaba con una general en términos de discapacidad (CNDH, 2015).

La demanda de la CNDH se presentaría el día 1 de junio de 2015, solicitando la invalidación de los artículos: 3, fracciones III y IX; 6, fracción VII; 10, fracciones VI y XIX; 16, fracciones IV y VI, y 17, fracción VIII, concernientes todos a la figura y aplicación de los certificados de

habilitación laboral y la toma de decisiones de las personas con la condición del espectro autista (CEA) a través de sus familiares o tutores. Ocho meses después, el 18 de febrero de 2016, la Corte emitió su fallo, invalidando los artículos: 3, fracción III; 10, fracción IV; 16, fracción VI, y 17, fracción VIII, aunque declararon válidos los artículos: 3, fracción IX; 6, fracción VII; 10, fracción XIX, y 16, fracción IV. En otras palabras, la Ley fue declarada como constitucional en el resto de su contenido (SCJN, 2016).

Tras el fallo de la Corte, las cámaras legislativas locales y el Poder Ejecutivo federal aceleraron el paso para cumplir con lo dispuesto en la Ley y en sus artículos transitorios, esto es, que contarían con un año a partir de la entrada en vigor para armonizar la legislación local en esta materia, pero que, a consecuencia del proceso de la Corte, se había retrasado.

En esta coyuntura, a finales de abril de 2016 se presentaron los resultados de un estudio realizado en León, Guanajuato, por la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo AC (CLIMA) y la estadounidense Autism Speaks. Ahí se señala la prevalencia en México de un niño con CEA por cada 115, cifra que se ha tomado como referencia para México por ser el único estudio, hasta ahora, con esas características (Fombonne et al., 2016). Asimismo, el 21 de julio de 2016 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el reglamento de la Ley General (DOF, 2016).

Casi un año después, el 24 de mayo de 2017, la Secretaría de Salud, en sesión de su Consejo de Salubridad General, presentó ocho

programas que se llevarían a cabo al interior de esa dependencia para garantizar lo señalado en la legislación:

1. Evaluación de la infraestructura disponible para la atención a la CEA.
2. Programa de trayectoria de búsqueda de atención y demora a la atención de la CEA.
3. Recursos y estrategias utilizados en poblaciones rurales ante la presencia de la CEA.
4. Capacitación en instrumento de tamizaje y diagnóstico para la atención de la CEA.
5. Capacitación en entrenamiento de habilidades de los padres en el manejo y atención de la CEA.
6. Fortalecimiento del diagnóstico inicial en el Hospital Psiquiátrico-Infantil "Juan N. Navarro" para pacientes con CEA.
7. Generación de una base clínica de confirmación de genes candidatos para el autismo en México.
8. Programa integral de atención a pacientes con CEA.

Esta sesión contó con la presencia de organizaciones, tanto asociaciones civiles como instituciones de asistencia privada (IAP), de la Ciudad de México y de los estados de Baja California, Colima, Edomex, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tlaxcala y Yucatán, quienes solicitaron al entonces secretario de Salud, Dr. José Narro Robles, invitar a miembros de la Secretaría de Educación Pública a próximas reuniones, con el objetivo de apuntalar el segundo pilar de

atención al autismo, aunque no volvió a haber reuniones de este tipo en el resto de ese sexenio.

INICIATIVA DE REFORMA A LA LEY GENERAL

A mediados de 2017 se creó, en la Cámara de Diputados y a petición de la legisladora Patricia Elena Aceves Pastrana, la Comisión Especial para Revisar y Analizar la Legislación y Políticas en Materia de Atención a la Niñez y Adolescencia con Autismo y Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, la cual, a través de varias mesas de trabajo, escuchó y consultó a diversos actores involucrados en esta temática, con el objetivo de reformar la Ley General. Tras estas reuniones, la Comisión presentó la iniciativa ante el Pleno de la Cámara el día 17 de octubre de 2017.

El 28 de abril de 2018, el Pleno de la Cámara de Diputados aprobó la iniciativa de modificaciones a la Ley. La adición más importante, desde nuestra perspectiva, fue la invitación permanente, por parte de la Comisión Intersecretarial, a representantes idóneos de la sociedad civil, quienes tendrán voz aunque no voto.

El dictamen aprobado por la Cámara de Diputados fue enviado, de acuerdo con nuestro sistema bicameral, al Senado de la República. Sin embargo, la revisión por parte de la Comisión de Desarrollo y Bienestar Social de esta Cámara simplemente retrasó la fase de dictaminación de la minuta, al grado de que lo más seguro es que a la fecha el proceso ya haya caducado, por lo que tendría que volver a presentarse la iniciativa y reiniciar todo.

LEGISLACIÓN PARA LA ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON CEA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

Como se comentó, el artículo tercero transitorio de la Ley General para la Atención y Protección de Personas con la Condición del Espectro Autista señalaba que tanto el Congreso de la Unión como las entidades federativas contarían con 12 meses para armonizar y expedir las normas legales para el cumplimiento de esa ley. Sin embargo, la demanda de acción de inconstitucionalidad y su proceso de discusión al interior de la Corte provocaron un retraso en el cumplimiento de este mandato. Sólo Edomex y Tabasco continuaron con su proceso legislativo y aprobaron su ley local antes del fallo de la Corte: Edomex, el 19 de agosto de 2015; Tabasco, el 23 de diciembre de ese mismo año.

Aunque nunca se definió en la propia Ley General, se puede entender que las legislaturas de los estados debían haber cumplido con lo señalado en el artículo transitorio a más tardar a mediados de febrero de 2017. No obstante, llegada la fecha, sólo los estados de Baja California, Coahuila, Durango, Nuevo León,² Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala

y Zacatecas lo habían hecho.

Posterior a esa fecha, en ese mismo año entraron en vigor las leyes de los estados de Colima, Michoacán y Sinaloa. En 2018 se aprobaron las leyes en Chiapas, Chihuahua y Jalisco; en 2019, en Veracruz, y en 2021 en Ciudad de México y Nayarit, aunque la legislación de la capital del país está, en este momento, en proceso de análisis por demanda de acción de inconstitucionalidad por la misma razón por la que se demandó a la de Nuevo León.

En el caso de los estados de Guanajuato y Yucatán, en un principio ambos optaron por adicionar la ley local de salud. Además, el primero también modificó su ley de educación, aunque la fracción parlamentaria de Movimiento Ciudadano en el Congreso del Estado de Yucatán presentaría el 11 de septiembre de 2019 una iniciativa de ley en la materia, y realizaría sus foros de consulta en febrero de 2020. Por su parte, la fracción parlamentaria de Morena en el Congreso de Guanajuato también presentaría su iniciativa el 15 de octubre de 2020.

Los ocho estados restantes (Aguascalientes, Baja California, Campeche, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Puebla y Querétaro) tienen presentadas sus iniciativas, aunque es muy posible que en algunos de ellos el periodo para dictaminar ya haya caducado al haber terminado la legislatura en la que se presentó o el número de años que se otorgan para aprobar una iniciativa; esto dependerá de la reglamentación de cada congreso. De cualquier manera, si el tiempo para dictaminar alguna de estas iniciativas ya feneció, se deberá volver a iniciar todo el proceso.

2 Si bien la ley local de Nuevo León entró en vigor el 15 de noviembre de 2016, fue demandada ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación a través de acción de inconstitucionalidad, bajo el argumento de que no se había realizado una consulta a profundidad a personas con autismo como beneficiarios de la ley, de acuerdo con lo que exige la Convención Internacional de los Derechos de Personas con Discapacidad en materia de legislación. El fallo de la Corte le dio la razón a la CNDH y la ley fue declarada inconstitucional. Para reponerla, se reinició el proceso con atención en la consulta, su convocatoria y realización. La nueva ley se aprobó el 28 de mayo de 2020.

Llama la atención el caso del estado de Hidalgo, en donde en los últimos cinco años se han presentado cuatro iniciativas: la primera, el 24 de octubre de 2017, por el Partido Nueva Alianza, para incluir un capítulo sobre autismo en la ley de salud. La segunda, del 4 de abril de 2020, por el Partido del Trabajo, para crear la Ley para la Atención y Protección a Personas con Condición del Espectro Autista para el Estado de Hidalgo. Una tercera, del 6 de abril de 2021, por la fracción parlamentaria del PRI, para crear la Ley para la Atención, Protección, Visibilización e Inclusión de Personas con Condición del Espectro Autista y Otros Trastornos del Neurodesarrollo para el Estado de Hidalgo. Y, finalmente, una cuarta, el 4 noviembre 2021, impulsada por el PRI, pero que aparentemente es la misma del 6 de abril.

LA LEY LOCAL DE JALISCO

Después de que culminara el proceso de la acción de inconstitucionalidad y la Corte validara la Ley General para la Atención y Protección a las Personas con la Condición del Espectro Autista, las entidades federativas que todavía no iniciaban movimiento legislativo alguno en el tema comenzaron sus procesos para presentar iniciativas. Jalisco no fue la excepción, y el 4 de mayo de 2016 el diputado Hugo Rodríguez presentó la Iniciativa de Ley para la Atención, Protección e Inclusión de Personas con la Condición del Espectro Autista en el Estado de Jalisco y sus Municipios, ante el Pleno del Congreso del Estado.

Si bien en su exposición de motivos parece que el espíritu de

la Ley General queda comprendido y se expresa que el autismo no es una enfermedad sino una condición de vida (Congreso del Estado de Jalisco, 2016), la iniciativa termina siendo una fiel copia de la General, desperdiciando así el potencial que ofrece la concurrencia para tomar en cuenta el contexto local y legislar en consecuencia.

Por lo anterior, desde agosto de 2016, diversas organizaciones y actores políticos comenzaron a expresar su interés por lo que debía ser no sólo la Ley de Personas con Condición del Espectro Autista, sino por una política integral. El Sistema DIF Zapopan (único organismo público que brinda atención especializada para estas personas), legisladores y regidores de ese municipio del partido Movimiento Ciudadano se pronunciaron por impulsar la discusión legislativa, así como por la armonización, sobre todo de la ley estatal de salud, tal y como lo habían hecho Guanajuato y Yucatán. En un foro posterior realizando en noviembre de ese mismo año, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ) se manifestó por una ley que cuidara los aspectos de igualdad, derecho al trabajo y al desarrollo personal, puntos que habían sido “objetados” en la Ley General.

La iniciativa local no contempló la deliberación sobre los conceptos de *trastorno*, *síndrome* y *condición* o sobre la diferencia de la visión entre el paradigma médico y el sociopolítico. Asimismo, tampoco se tomó en cuenta el propio contexto local para atender necesidades específicas. Un ejemplo de ello podría haber sido la consideración de la adición de un capítulo

específico sobre la atención y seguimiento en la temática a las comunidades indígenas wixáricas del norte del estado y a la nahua del sur, ya que existen diferencias entre las comunidades suburbanas, las rurales y las indígenas.

Sin embargo, la falta de un perfil de sociedad civil en las organizaciones que atienden a personas con autismo en la entidad impidió un mayor debate de ideas y propuestas en la etapa de los foros de consulta. Desde la perspectiva del teórico Alberto Olvera, el concepto de *sociedad civil* remite a una organización que logra colocar sus demandas en la discusión de la agenda pública, por lo que mientras cualquier discusión o tema no trascienda a la deliberación pública, sus interlocutores no podrán considerarse como sociedad civil. Esto causó posteriormente que la lentitud y opacidad en la comisión dictaminadora respectiva estuvieran a punto de dejar fuera de esa legislatura la aprobación final de la ley.

Finalmente, después de un trabajo de cabildeo personal junto con el activista Esteban Garaiz y ante la presidencia en turno de la Cámara, la Ley fue aprobada con vacíos, pero también con ventajas, el 17 de octubre de 2008, a menos de 15 días de que la LXI Legislatura del Congreso del Estado de Jalisco terminara. En el primer aspecto no se otorga ningún asiento a organizaciones de la sociedad civil, aunque la Comisión intersecretarial tiene como obligación recabar opiniones de expertos en el tema sobre programas y proyectos de investigación científica y formación de recursos humanos, así como el

establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades en materia de autismo, lo que abre la puerta no sólo a la participación de las organizaciones, sino de las propias universidades. Como ventaja, es la única ley a nivel nacional, hasta ahora, que reconoce a las *monitoras* o *maestras sombra*.

INCLUSIÓN EDUCATIVA Y AUTISMO

En este tema, además de lo señalado en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y en la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, cobra importancia la resolución del amparo en revisión 714/2017 por parte de la Suprema Corte de Justicia la Nación, en pro de los derechos de inclusión educativa para las personas con discapacidad.

Este amparo data del año y del contexto de cuando se interpuso la demanda de acción de inconstitucionalidad en contra de la Ley General de Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista. Se presentó el 15 de junio de 2015 ante los juzgados de distrito en materia administrativa de la Ciudad de México, demandando el amparo y protección de la Justicia Federal contra la Cámara de Senadores, la Cámara de Diputados y el presidente de los Estados Unidos Mexicanos, reclamando respectivamente:

La dictaminación, aprobación, expedición, promulgación y publicación de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista, la

cual fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de abril de 2015, puntualmente sobre las fracciones IX, X y XIX del Artículo 10; así como sobre los artículos 33, fracción IV Bis y 41 de la Ley General de Educación, publicados el 12 de junio de 2000, reformada por última vez el 11 de septiembre de 2013. (SCJN, 2018).

El expediente pasó del Juzgado Décimosexto de Distrito en Materia Administrativa de la Ciudad de México a la Corte, cuya Segunda Sala solicitó al juez de distrito continuar con el juicio. El 30 de noviembre de 2016, éste sobreseyó y negó el amparo solicitado, a lo cual los quejosos interpusieron un recurso de revisión. El 15 de junio de 2017, el Séptimo Tribunal Colegiado determinó remitir el expediente a la Corte, por lo que se regresó a la Segunda Sala, en virtud del conocimiento previo del caso, y se le turnó al ministro Pérez Dayán. Las siguientes consideraciones fundamentan la resolución final:

1. Esta Segunda Sala colige que resulta inconstitucional el precepto 33, fracción IV Bis, de la Ley General de Educación, al vulnerar el derecho a la educación inclusiva consagrado expresamente por el Artículo 24, párrafo 1, de la Convención, pero ello no significa que la existencia de la educación especial resulte intrínsecamente inconstitucional, sino más bien en el entendimiento de que su objetivo deberá encontrarse en plena consonancia con el derecho de educación inclusiva, apegado al parámetro de regularidad constitucional.

La educación especial puede emplearse tanto por padres, como por maestros, a fin de que se les brinden las herramientas técnicas, materiales o instrumentos necesarios para que puedan participar y coadyuvar activamente en la inclusión plena de las personas con discapacidad en el marco del sistema educativo regular, por lo que el párrafo primero, segundo y sexto del artículo 41 de la Ley General de Educación, no resultan contrarios al parámetro de regularidad constitucional.

2. Establecido lo anterior, esta segunda sala estima que el precepto 10, fracción IX y X, del ordenamiento legal citado al rubro no resulta discriminatorio ni contrario al derecho educación inclusiva (...) ya que el derecho a la educación se basa tanto en criterios de integración, como de inclusión, ya que no sólo deben permitir ingreso de personas con espectro autista al sistema educativo regular —integración—, sino que además deben tomar las medidas reformativas necesarias para transformar el contenido, los métodos de enseñanza, los enfoques, las estructuras y las estrategias de la educación, a fin de eliminar las barreras u obstáculos que puedan enfrentar las personas con discapacidad en el entorno educativo.
3. Sobre los agravios expuestos en la fracción XIX del artículo 10 de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista, resultan infundados tomando en cuenta que este Alto Tribunal, al resolver la

acción de inconstitucionalidad 33/2015, ya se pronunció sobre la regularidad constitucional de la citada fracción normativa, reconociéndose un modelo de asistencia en la toma de decisiones.

Por lo anterior, en lo único que la Segunda Sala amparó a la parte quejosa fue sobre la fracción IV Bis del Artículo 33 de la Ley General de Educación, con lo que reforzó el derecho de las personas con discapacidad a la educación regular, e interpretó que si bien la educación especial no desaparece, como así lo exigían los seguidores más ortodoxos de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, sino que su papel debe ser el de coadyuvar la inclusión educativa, dando apoyo y servicio a las personas con discapacidad que así lo requieran (SCJN, 2018).

Este fallo fue la última acción de impacto en las políticas públicas para personas con autismo, ya que si bien la sentencia de la acción de inconstitucionalidad en contra de la Ley de Nuevo León se dio en octubre

de 2019 y la demanda en contra de la Ley de la Ciudad de México se inició en febrero de 2021 (que a la fecha no ha sido resuelta), estas situaciones se resuelven repitiendo todo el proceso de iniciativa, consulta y dictaminación de la Ley, como ya lo hizo Nuevo León en 2020.

CONCLUSIÓN

Hasta aquí lo que ha acontecido en materia de legislación para la atención y protección de personas con autismo, no sin que queden irresueltos temas importantes como la reforma a la Ley General y a algunas leyes locales, así como el pendiente que ocho estados tienen en este rubro. Asimismo, aunque ya estamos en otra administración federal, el IMSS tiene el compromiso moral de informar, al menos, hasta dónde llegó en la aplicación de los ocho programas iniciados en 2018. En este sentido, el tema de la transparencia sobre programas para el autismo, así como otros derechos, sigue siendo un compromiso cuyo cumplimiento debe exigirse por las personas con autismo, sus familiares y otros actores involucrados en su bienestar.

REFERENCIAS

- CNDH. (2015).** Acción de inconstitucionalidad 33/2015. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Acciones/Acc_Inc_2015_33.pdf
- CONGRESO DEL ESTADO DE JALISCO. (2016).** Iniciativa de Ley para la Atención, Protección e Inclusión de Personas con la Condición del Espectro Autista en el Estado de Jalisco y sus Municipios.
- DOF. (2015).** Ley General para la Atención y Protección de Personas con la Condición del Espectro Autista. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5390948&fecha=30/04/2015
- DOF. (2016).** Reglamento de la Ley General para la Atención y Protección de las Personas con Condición del Espectro Autista. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5445374&fecha=21/07/2016plantean-crear-ley-atencion-personas-autismo
- FOMBONNE, E., MARCIN, C., BRUNO, R. & MANERO, A. C. (2016).** Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5). DOI:10.1007/s10803-016-2696-6
- REYES, A. (2021, 6 DE ABRIL).** Plantean crear ley para la atención efectiva de personas con autismo. *Milenio*. <https://www.milenio.com/politica/congreso/hidalgo-para-el-autor-esta-referencia-no-aparece-citada-en-el-texto>
- SCJN. (2016).** Contenido de la versión taquigráfica de la sesión pública ordinaria del pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el jueves 18 de febrero de 2016. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/versiones-taquigraficas/documento/2016-11-07/18022016PO_0.pdf
- SCJN. (2018).** Amparo en revisión 714/2017. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2018-09/AR%20714-2017.pdf



La ansiedad es un mecanismo natural que nos permite ponernos alerta.

Cuando se presenta de forma inesperada, intensa y duradera, se considera un trastorno que es acompañado de ataques de ansiedad o crisis de pánico que



Pueden variar en **intensidad y periodicidad.**



Pueden aparecer sin ningún motivo alguno y de forma inesperada.



Pero también, pueden ser **consecuencia del miedo y preocupación.**

Los síntomas son:

Palpitaciones o taquicardia, sensación de falta de aire, miedo irracional, opresión en el pecho, y sudoraciones.



Si te sientes ansiosa o ansioso **llámanos al 075**, estamos para escucharte.

Jornadas de Salud Mental en Jalisco 2021

Dr. Jesús Alejandro Aldana López ¹
Dr. Rafael Medina Dávalos ²

43

Desde su primera edición en 2008, las Jornadas SALME del Instituto Jalisciense de Salud Mental han dirigido su temática anual a los servicios de Atención Primaria para actualización y capacitación de los principales problemas de salud mental, los cuales son de atención prioritaria para mejorar la cobertura y reducir la brecha en atención y saturación de servicios de este rubro en el estado.

Para 2021, en la XIV edición de las Jornadas SALME, bajo el lema “Atención en salud mental para todas y todos: hagámosla realidad”, se conmemoró el 20 aniversario de la creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental, en un formato virtual y con dos programas simultáneos: uno académico, dirigido a personal sanitario mediante la transmisión vía www.facebook.com/mhGAPJalisco; y otro abierto, dirigido a población general vía www.facebook.com/INSTITUTOSALME. Lo anterior, con el propósito de consolidar la difusión de información en salud mental para distintos sectores y con temáticas de interés para poblaciones especiales, como la comunidad educativa, personas adultas mayores, los grupos LGTBTTIQ+, entre otras.

¹ Médico psiquiatra. Subdirector de Desarrollo del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

² Coordinador de la Estrategia Estatal de Salud Mental "Tiempo de querernos", Departamento Clínicas Médicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UdeG.

RESULTADOS

A las Jornadas SALME 2021 se registraron 401 personas para el programa abierto y mil 103 profesionales del área de la salud para el programa académico. Se obtuvo una participación de prácticamente todo el territorio de Jalisco, con 30% de Zapopan, 20% de Guadalajara y el 50% restante repartido en los otros 123 municipios del interior de estado: Tlaquepaque, Tonalá, Chapala, Autlán, Colotlán, El Grullo, Amatitán, Vallarta, Arandas, Ameca, Lagos de Moreno, Arandas y Zapotlán El Grande, por mencionar algunos.

El desarrollo de las Jornadas SALME 2021 se destacó por una variedad de actividades, entre ellas:

1. Dos simposios.
2. Ocho mesas redondas.
3. Cuatro conferencias especializadas y una conferencia magistral de clausura.
4. Un coloquio vivencial con personas con problemas de salud mental.
5. Una charla preventiva del Consejo Estatal Contra las Adicciones.
6. Cuatro funciones y cinedebate en la sala de proyecciones del Instituto Cultural Cabañas.
7. Una encuesta de opinión sobre enfermedad mental, con 111 respuestas capturadas provenientes de la participación ciudadana.
8. Un concurso de carteles científicos, con 18 participantes y dos ganadoras: una por investigación y otra por caso clínico.



Foro Salud mental durante la maternidad y la lactancia.



Dr. Juan Jorge Palacios Casados.



Proyección de la película *Lejos del sentido*. En la fotografía: Rodolfo Torres, Rafael Medina y la directora, Olivia Luengas.

La capacitación del personal sanitario especializado y no especializado es un eje fundamental para abatir la brecha de atención de los problemas de la salud mental. De la misma forma, con la difusión y sensibilización a la población general a través de información y herramientas para la autoprotección en salud, se

incentiva una cultura de salud mental y prevención de sus complicaciones. Así entonces, el fortalecimiento y participación de los distintos sectores en las campañas impulsará una hélice de desarrollo entre las organizaciones civiles, el sector empresarial, universidades e instituciones públicas.

Para disminuir el estrés

en niños y niñas te proporcionamos las siguientes recomendaciones:

- Ayúdales a entender y manejar sus sentimientos.
- Aprender a afrontar las situaciones molestas les ayudará.
- Mantener sencillos ejercicios de respiración será bueno para la relajación.
- Enséñales a ponerles nombre a sus emociones.
- Mantener rutinas y horarios saludables será de gran beneficio.
- Escuchar música relajante les ayudará.



**Llama al 075 o al
33 25 04 2020**

Es Tiempo de Querernos

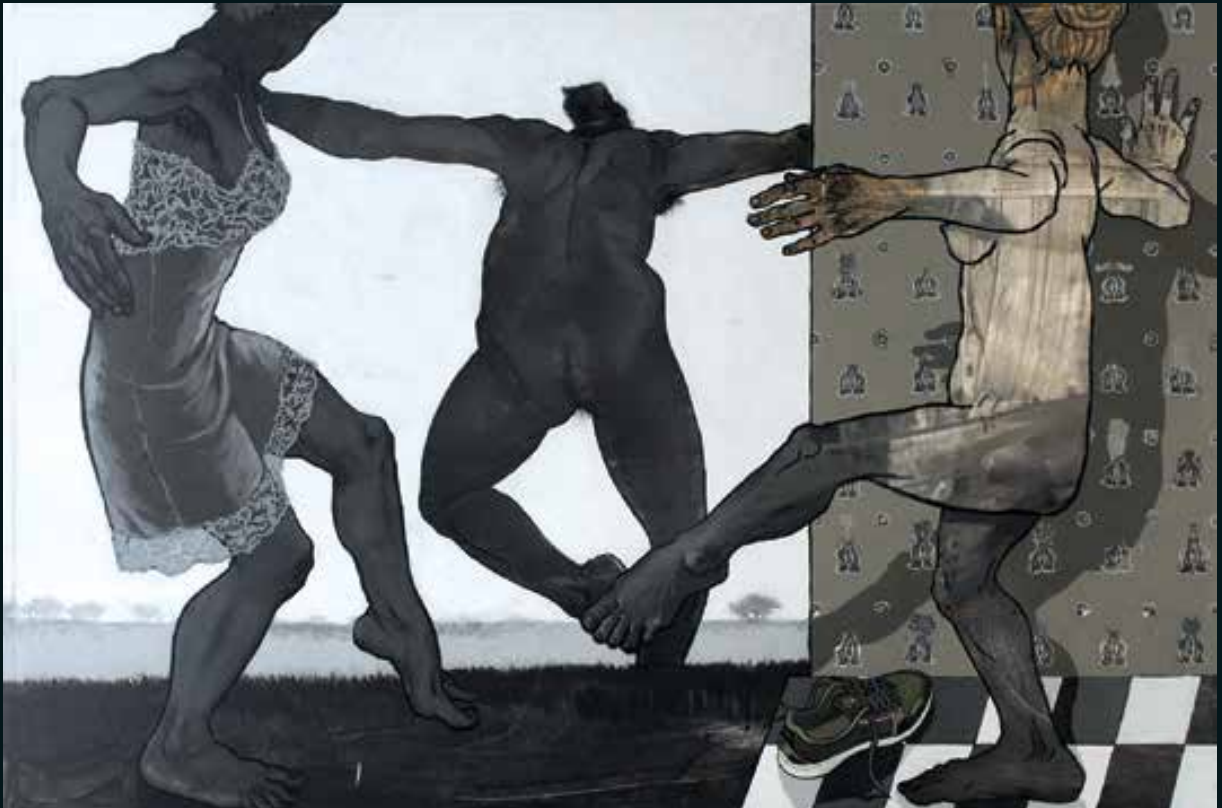


#TiempoDeQuerernos

conoce las estrategias de
acompañamiento, prevención y
atención psicológica que la estrategia
Quererte en Casa tiene para ti:

<https://quererteencasa.jalisco.gob.mx/>

La danza de la vida



JUAN CARLOS MACÍAS



JUAN CARLOS MACÍAS

Pintor y grabador mexicano nacido en 1961 en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, donde hizo estudios de Arquitectura y Artes Plásticas. Continuó su formación en Estados Unidos con estudios de Grabado y Litografía en la Escuela de Artes del Los Angeles Valley College, en Van Nuys, California.

Su inquieta búsqueda lo ha llevado a residir y trabajar en México, Estados Unidos, Francia, Alemania y Marruecos. En esas residencias desarrolló su estilo distintivo, en el que destacan personajes de estatura deformada que, sin embargo, ejecutan todas las actividades que suelen considerarse exclusivas de personas con “proporción correcta de formas”. De este modo, el artista invita a considerar otra normalidad y otra cotidianidad en un entorno sociopolítico que discrimina y margina a las personas por sus medidas corporales.

Su trayectoria artística le ha valido numerosos reconocimientos nacionales e internacionales, como los Students Awards (1989 y 1990) del Los Angeles Valley College y, en México, el Premio Procalza del Salón de Octubre de Guadalajara (1998), el Premio “Guadalupe Posada” (2000) y el Premio Omnilife (2001).

El artista también ha sido merecedor de becas de producción en La Parota, Colima; en Museograbado (Museo Felguérez), Zacatecas; en el Centro Cultural Antiguo Colegio Jesuita en Pátzcuaro y en El Obraje de Aguascalientes. Además, ha trabajado bajo esta modalidad en el extranjero: en Estados Unidos, en el Maya Romanoff Studios, de Chicago, Illinois, y en Francia, en La Source.

En 2005, fue becario del proyecto Face to Face, por parte de The Illinois Art Council, en Evanston, Illinois. En 2008, su proyecto “Santos y Milagros de Todos los Días” obtuvo la beca de The Harpo Foundation y se presentó en The National Museum of Mexican Art de Chicago, Estados Unidos.

Las obras del artista han sido adquiridas para integrarlas a colecciones museísticas en Estados Unidos y México.

Actualmente lo representan las galerías VA Gallery en la ciudad de Chicago y Quetzalli en Oaxaca.

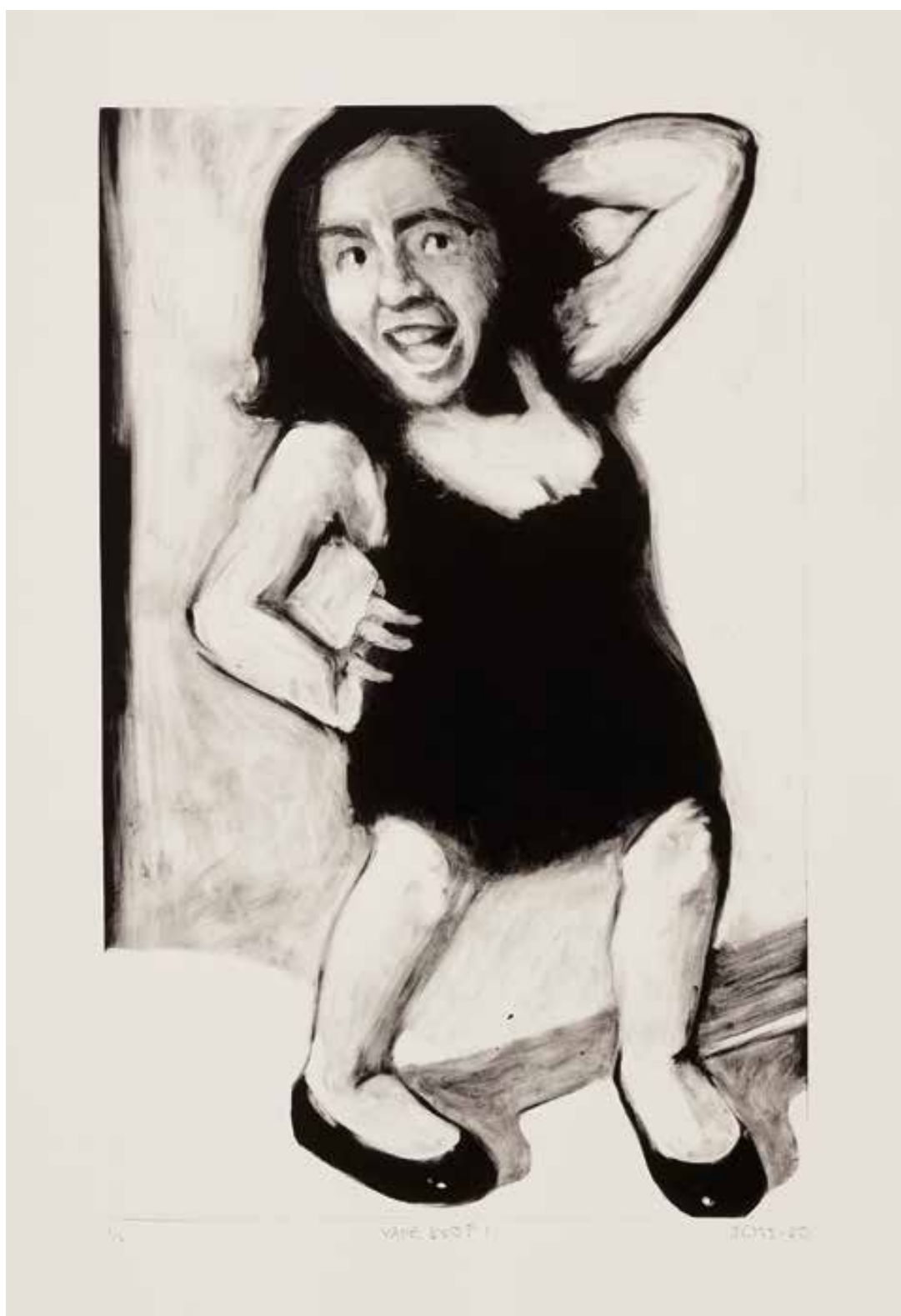


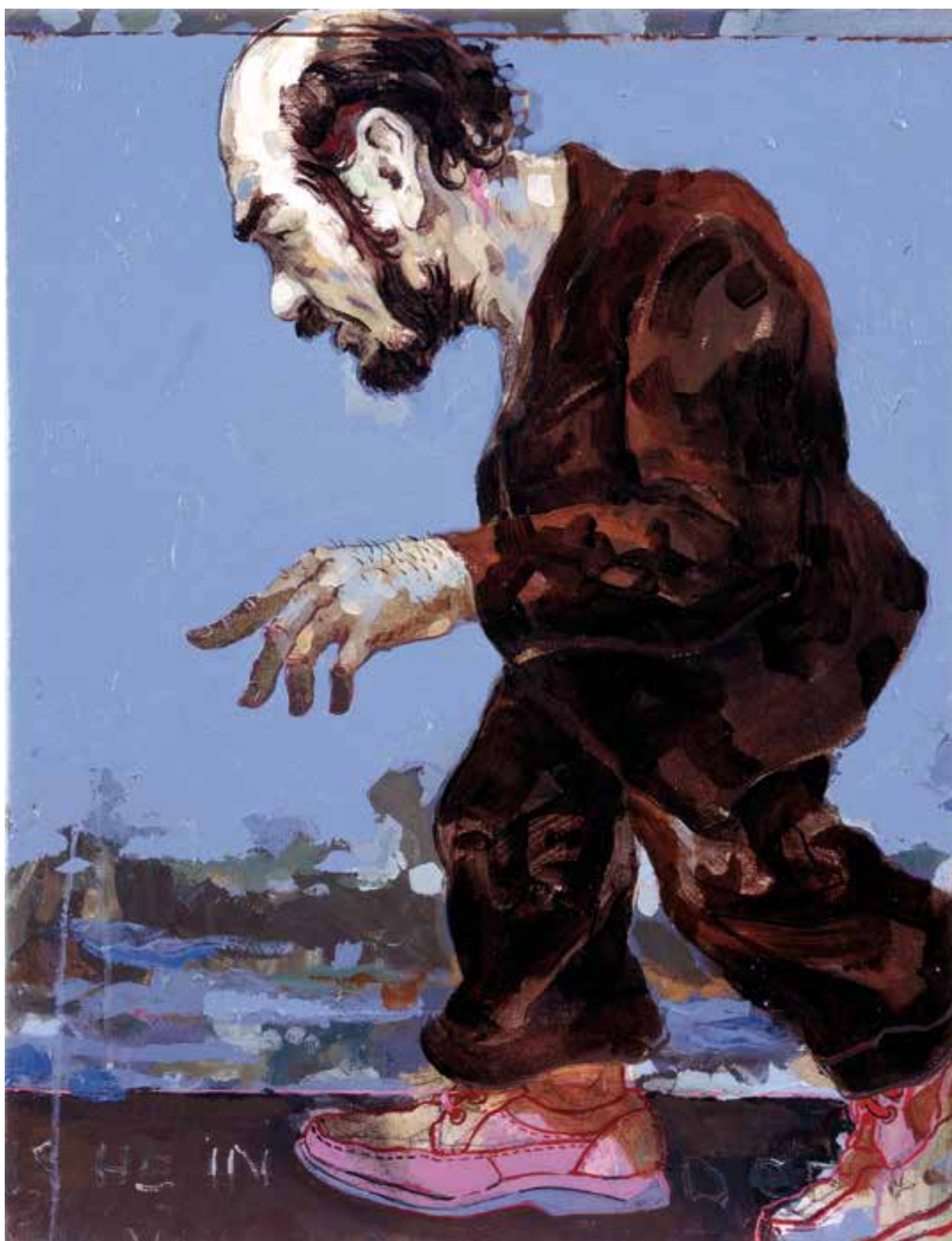
Pie con lunar rojo



Apolonio pregunta







Apolonio marcha



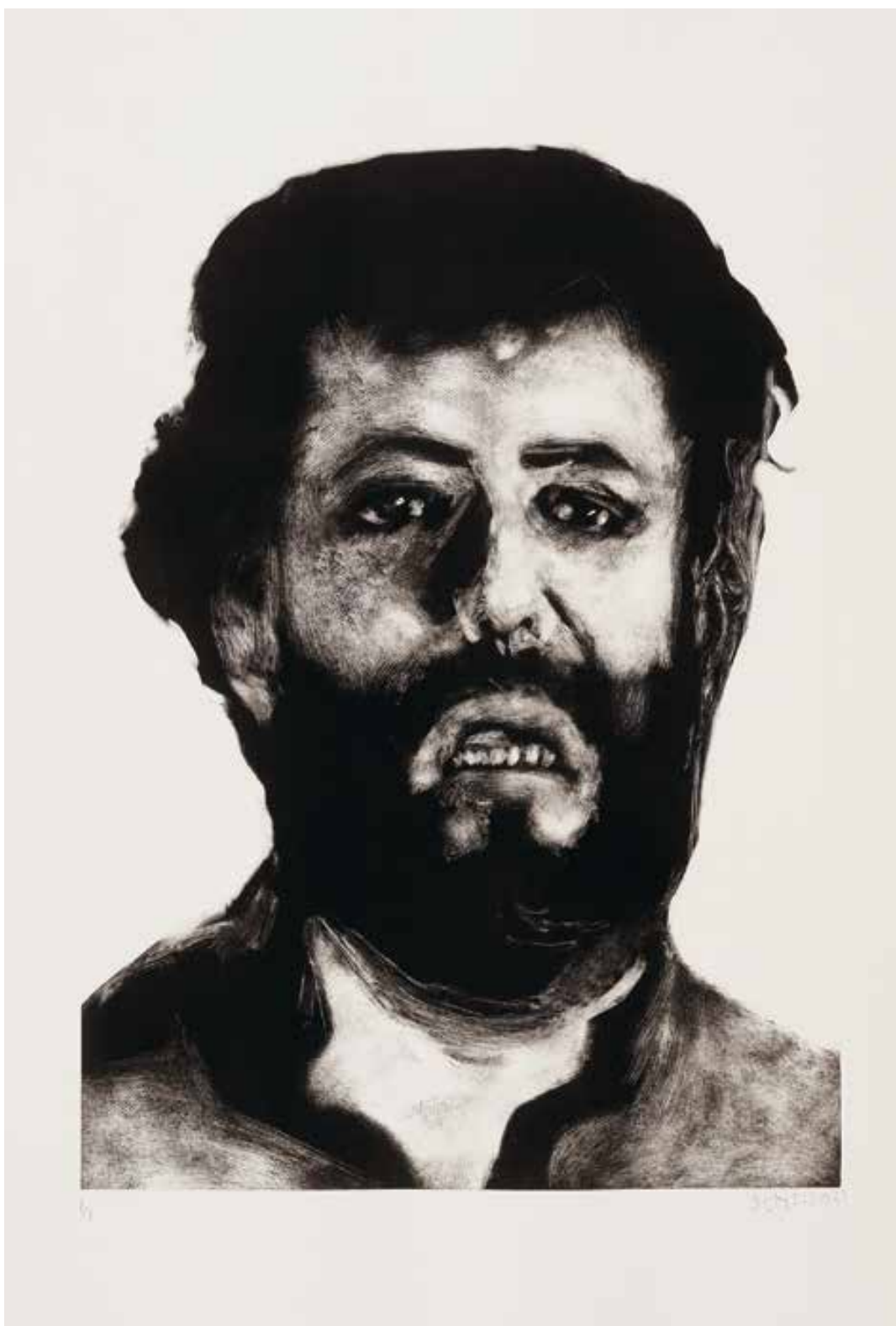




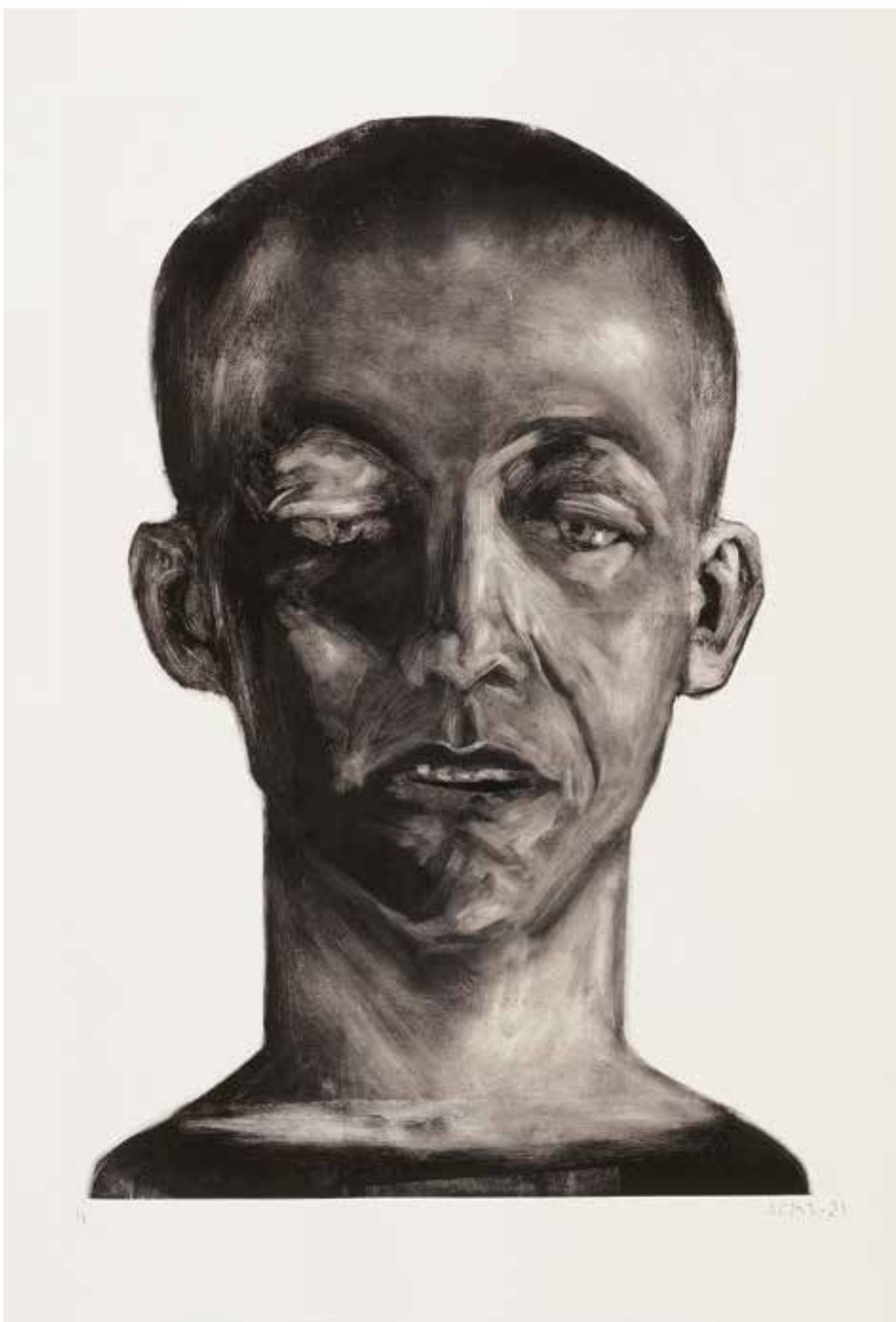
Bañistas de lavadero



Retrato de grupo con Baca III



Cabeza de E

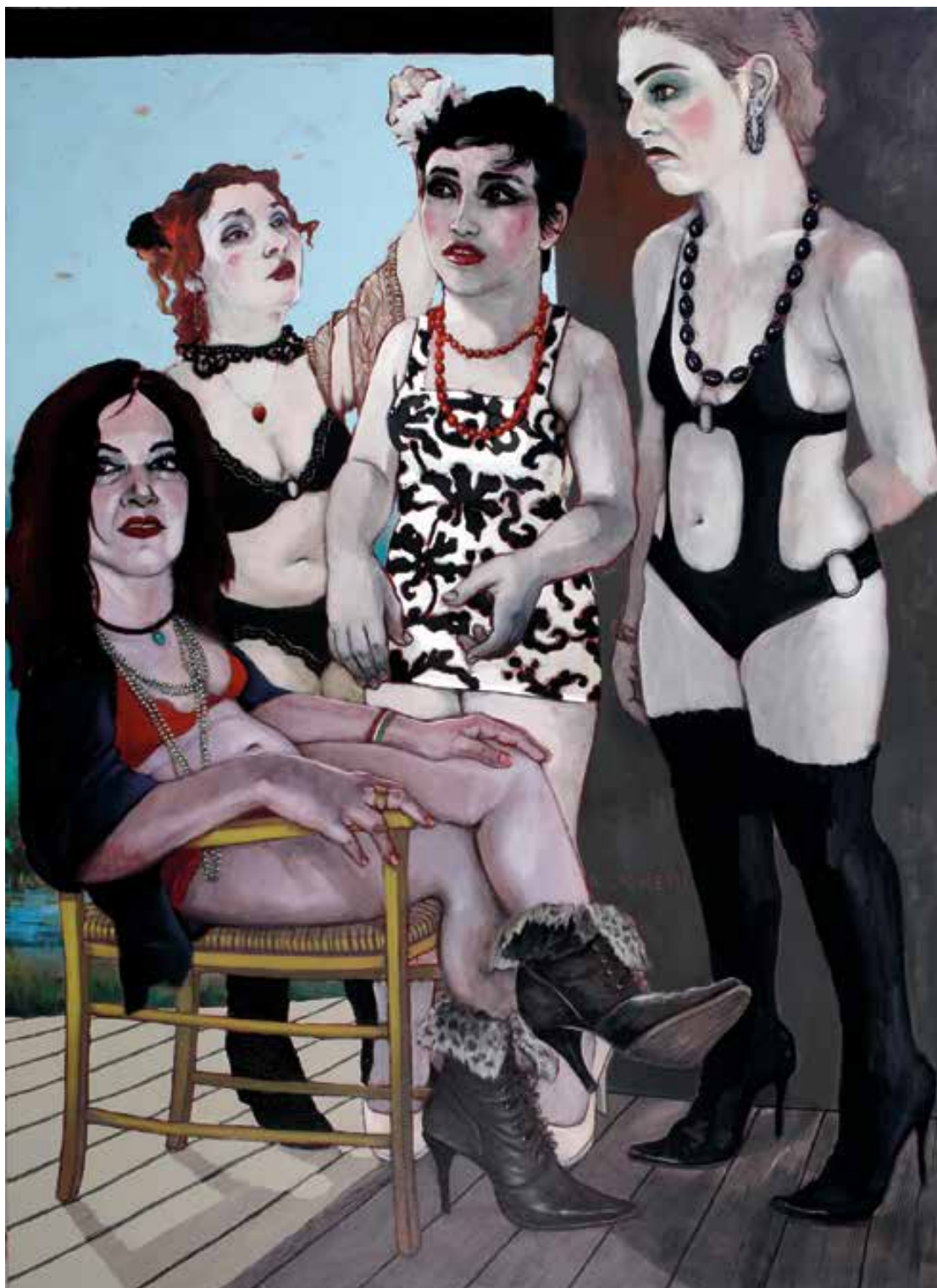


Cabeza de Y











La planchadora



Si son testigos
del **ciberbullying**
pueden ser
¡héroes!



Denuncia al:
3330308200
Ext. 48372

Si necesitas ayuda psicológica llama a la
Línea de Atención en Crisis
075 ó 33 25 04 2020

Gratuito, confidencial y disponible
las 24 h., los 365 días del año.