



Perfil prescriptivo en los tratamientos para pacientes con Trastorno Generalizado del Desarrollo

Tesis presentada como requisito para la obtención del título de
Magíster en Gestión en Servicios de Salud Mental

Alumno: Lic. Patricia S. Salguero

Director: Dr. Carlos Conte

Promoción: 2008

Ciudad de Buenos Aires
Setiembre 2014

Agradecimientos

El desarrollo de esta tesis fue el producto del esfuerzo de varias personas que colaboraron en las distintas etapas de su realización desde muchos lugares, todos importantes, todos necesarios. Para ellos mi más sincero agradecimiento y en especial a Fernando, Francisco, Massimo y Gregorio que me acompañan y apoyan día a día. Al Dr. Hugo Barrionuevo, Director de la carrera; al Dr. David Silva, profesor del Taller de Tesis quien me ayudo en la elección del tema y al Dr. Carlos Conte, quien gracias a su dirección y generosa dedicación presento hoy este trabajo.

Índice

Contenido

Agradecimientos	1
Índice	2
A) INTRODUCCIÓN	5
Planteamiento del Problema	5
Objetivos y Supuestos	6
Metodología y técnicas.....	6
B) LA EVOLUCIÓN Y ACTUALIDAD DE TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO Y SU TRATAMIENTO	8
1) Prácticas basadas en la intervención (<i>Focused intervention practices</i>)... 9	
Conjunto de estrategias conductuales preventivas (<i>antecedent package</i>).	9
Conjunto de estrategias de intervención conductual (<i>behavioral interventions package</i>).	9
Moldeamiento.....	10
Intervención de atención conjunta.....	10
Estrategias en el contexto natural	10
Intervenciones implementadas por los padres	10
Estrategias de aprendizaje a iguales.	10
Sistemas estructurados de trabajo.....	11
Soportes visuales.	11
2) Modelos Globales de Tratamiento	11
TEACCH (Treatment an Education of Autistic and Communication Handicapped Children) [14, 23].....	11
DENVER (Early Start Denver Model) [24]	12
SCERTS [25]	12
LEAP (Learning Experiences: an Alternative Program for Preschoolers and Parents) [26].....	13
UCLA Young Autism Project (The Lovaas Institute) [30]	13
3) Tratamientos biomédicos	14
Medicamentos psicótrpos.....	14
Antipsicóticos atípicos (antagonistas de la serotonina y la dopamina). .	15
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.....	15
Estimulantes (metilfenidato).	16
Estimulantes α 2-adrenérgicos (clonidina).	16
Naltrexona (antagonista opiáceo).....	16
Melatonina	16

	Medicamentos antiepilépticos.....	16
4.	Otras terapias biomédicas.....	16
	Secretina.....	16
	Vitaminas y suplementos dietéticos.	17
	Dietas libres de gluten y caseína.	17
	Terapia antimicótica.	17
	Tratamiento con quelantes.	17
	Inmunoterapia.....	17
	Terapia sacrocraneal.	17
5.	Tratamientos sensoriomotrices	18
	Entrenamiento en integración auditiva	18
	Terapia de Integración sensorial	18
	Método Doman-Delacato	19
	Lentes de Irlen	19
6.	Tratamientos Psicoeducativos y Psicológicos.....	20
	Sistemas de fomento de las competencias sociales	20
	Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación.....	20
	Comunicación facilitada	21
	Sistema TEACCH.....	21
	Terapia cognitivo conductual.....	21
	Terapia psicodinámica (psicoterapia)	21
	Psicoterapias expresivas	22
7.	Otras terapias	22
	Terapias asistidas con animales.....	22
	Floortime	22
	Son-Rise	23
C)	EVIDENCIA CIENTÍFICA EN TRATAMIENTOS PARA LOS NIÑOS CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO	26
	Guías de buenas prácticas y niveles de evidencia científica	26
	Evidencia del Entrenamiento en integración auditiva	28
	Evidencia de la Terapia de integración sensorial	28
	Evidencia del Método Doman-Delacato	28
	Evidencia de los Lentes de Irlen	28
	Evidencia de los Programas de intervención conductual.....	28
	Evidencia de los Sistemas de fomento de las competencias sociales	29
	Evidencia de los Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación.	29
	Evidencia de la Comunicación facilitada	30
	Evidencia del Sistema TEACCH.....	30

Evidencia de la terapia cognitivo conductual.....	30
Evidencia de la terapia psicodinámica (psicoterapia)	31
Evidencia de las psicoterapias expresivas	31
Evidencia de los antipsicóticos atípicos (antagonistas de la serotonina y la dopamina)	32
Evidencia de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).....	32
Evidencia de los estimulantes (metilfenidato)	32
Evidencia sobre los estimulantes α 2-adrenérgicos (clonidina).....	32
Evidencia sobre la naltrexona (antagonista opiáceo)	32
Evidencia sobre la melatonina	32
Evidencia sobre los medicamentos antiepilépticos.....	32
Evidencia sobre la secretina.....	33
Evidencia sobre las vitaminas y suplementos dietéticos:	33
Evidencia de las dietas libres de gluten y caseína.....	33
Evidencia sobre la terapia antimicótica.....	33
Evidencia de los tratamiento con quelantes	33
Evidencia sobre la inmunoterapia	33
Evidencia sobre la terapia sacrocraNeal.....	34
Evidencia sobre la terapias asistidas con animales	34
Terapias no descritas	34
D) PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL SISTEMA ÚNICO EN REHABILITACIÓN INFANTIL DEL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.....	35
E) EL ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN COMO TOMA DE DECISIONES	40
F) ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES EN REHABILITACIÓN INFANTIL PARA EL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO	43
a) Médicos especialistas que realizaron las prescripciones.....	43
b) Tratamientos prescritos	44
c) Cobertura prestacional efectuada para niños que presentan trastorno generalizado del desarrollo	49
G) CRITERIOS QUE MANIFIESTAN LOS MÉDICOS PRESCRIPTORES EN LA TOMA DE DECISIONES DE UN TRATAMIENTO PARA NIÑOS CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO	61
H) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64

A) INTRODUCCIÓN

Desde el inicio del estudio del autismo, actualmente clasificado por el *DSM IV* como uno de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), equipos de especialistas han aplicado una gran diversidad de tratamientos con la intención de descubrir los métodos más eficaces de intervención.

Esta proliferación de métodos de intervención ha provocado en ocasiones desorientación, falsas expectativas y abusos si añadimos los problemas derivados de la creciente difusión que el tema ha tenido en los medios de comunicación. La transmisión de información útil y documentada es acompañada de la difusión de propuestas no demostradas, pero muy persuasivas emocionalmente. La elección del tratamiento apropiado, en este contexto, es un tema complejo y controvertido, que hace dudar a familias y profesionales.

El presente estudio se propone hacer una descripción y posterior análisis del perfil prescriptivo en los tratamientos para las personas con diagnóstico de TGD, con el propósito de transmitir información útil y documentada para que los servicios de salud mental puedan contar con elementos que ayuden a la supervisión de la gestión y para mejorar la calidad en la decisión terapéutica.

Analizar el perfil prescriptivo en los tratamientos para las personas con TGD resulta de relevancia en el campo de la gestión de servicios de salud mental, dado que los tratamientos son caros, muchos y no siempre dan resultado.

Planteamiento del problema

La comprensión teórica del autismo, de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) y, en general, de los trastornos neuropsiquiátricos evolutivos conocidos como trastornos del espectro autista (TEA) constituye un reto científico de extraordinaria magnitud. Ello es así, entre otras razones, porque estos trastornos:

- Suponen una de las formas más graves y tempranas de alteración psicopatológica infantil.
- Presentan una prevalencia que parece ir en aumento en los últimos años (afectan al menos a 1 de cada 150 personas, y muestran tasas elevadas de agregación familiar con otros trastornos del desarrollo y del aprendizaje).
- Abarcan un conjunto muy heterogéneo de trastornos (afectan a personas con niveles muy distintos de funcionamiento intelectual, habilidades adaptativas y trastornos asociados). Hasta el momento, las causas precisas del autismo (esto es, la etiología, la neuropatofisiología y las bases neuropsicológicas de las conductas y funciones afectadas) no son totalmente conocidas.

Desde esta perspectiva, el reto que implica el estudio de los TGD – TEA lleva también a plantear la pregunta respecto de cuáles son los tipos de tratamientos más indicados por los médicos tratantes, como así también los factores que intervienen al momento de realizar dicha prescripción.

Objetivos y supuestos

Se analizará el perfil prescriptivo presente en los tratamientos para niños con diagnóstico de trastorno generalizado de desarrollo (TGD), tomando las prescripciones de un centro de rehabilitación entre los años 2011-2012.

Se toma como hipótesis de trabajo que en los procesos de prescripción de tratamientos intervienen múltiples factores que influyen en los mismos y en algunos casos los determinan, a saber:

- Analizar críticamente los antecedentes que sustentan a la oferta de tratamientos disponibles para la atención del trastorno generalizado del desarrollo en Rehabilitación Infantil.
- Analizar las evidencias científicas que poseen los tratamientos actuales sobre el TGD.
- La normativa de la discapacidad en la Argentina respecto al TGD.
- Las especialidades médicas que más intervienen en la decisión de los tratamientos.
- Los tratamientos prescritos.
- La carga prestacional más frecuente en los tratamientos.
- Los criterios que influyen en la toma de decisiones del médico que prescribe.

Metodología y técnicas

Los procedimientos que se van a llevar a cabo para resolver el problema de investigación corresponden a un tipo de estudio descriptivo, utilizando una estrategia metodológica cualitativa. La misma integra una triangulación de datos, los cuales se recolectarán de la siguiente forma:

- 1- La primera resulta de una revisión de la literatura y de las bases de datos internacionales sobre evidencias de los tratamientos para personas con diagnóstico de TGD.
- 2- La segunda se centra en el análisis de contenido de las prescripciones presentes en una institución que atiende a personas con TGD, correspondientes a los años 2011-2012. Allí se identificarán las siguientes variables: fecha de la

prescripción, profesional, especialidad, tipo de tratamiento, nivel de atención, edad y sexo del paciente, prepaga asociada.

- 3- La tercera forma se compone de entrevistas semiestructuradas a los médicos prescriptores. La elección de los mismos se realizará al azar y la muestra se determinará por la saturación de contenido.

El plan de análisis contempla, por un lado, la comparación de los tratamientos indicados en las prescripciones con la evidencia internacional y, por otro, la identificación, a través de las entrevistas, de cuáles factores pueden influir al médico a la hora de indicar un tratamiento.

B) LA EVOLUCIÓN Y ACTUALIDAD DEL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO Y SU TRATAMIENTO

Hace 30 años, el autismo se consideraba un trastorno raro de la infancia y frecuentemente se asociaba a la ausencia de conciencia social, dificultades significativas en el lenguaje y discapacidad intelectual grave (Lotter, 1966, pp. 124-135).

Actualmente, los trastornos del espectro autista (TEA) son reconocidos como un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que presentan una amplia variedad de expresiones clínicas y que comparten las siguientes características:

- Dificultades en el desarrollo de la interacción social recíproca.
- Dificultades en el desarrollo del lenguaje y la comunicación verbal y no verbal.
- Patrones de interés restringido.
- Presencia de conductas repetitivas y estereotipadas.

Los TEA representan principalmente los TGD definidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado*, como:

1. Trastorno autista.
2. Síndrome de Asperger.
3. Síndrome de Rett.
4. Trastorno desintegrativo infantil.
5. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NE).

Los estudios muestran que los TGD o TEA son bastante más frecuentes en la actualidad, pasando de un caso de autismo por cada 2.500 niños hace veinticinco años a uno de cada 170 o 250 niños, entendiendo que estas cifras actuales incluyen todo el espectro, abarcando los casos más leves y de alto funcionamiento.

Los TGD o TEA son tres o cuatro veces más frecuentes en varones que en mujeres. Esta relación es dependiente del grado asociado de discapacidad intelectual. Así, entre las personas con trastorno de Asperger la relación hombre/mujer es de 8 a 1; y en el colectivo con discapacidad profunda la relación es 1 a 1. El Síndrome de Rett afecta casi universalmente a mujeres. El trastorno desintegrativo infantil se presenta por igual en hombres que en mujeres.

En la quinta edición del *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría, los expertos han analizado las actuales categorías diagnósticas desde diferentes perspectivas.

La propuesta de estos expertos muestra muchos cambios en la categoría TGD. El trastorno autista se convierte en el único diagnóstico posible de la actual categoría diagnóstica TGD y pasa a llamarse trastorno del espectro de autismo (TEA). Por tanto, la propuesta supone eliminar el resto de categorías diagnósticas (síndrome de Asperger y TGD-NE, entre otras) como entidades independientes, además de sacar explícitamente el síndrome de Rett de los actuales TGD. El cambio de nombre trata de enfatizar la dimensión del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos entre los subgrupos.

En las recientes revisiones publicadas, los investigadores han propuesto varias formas de clasificar las intervenciones dirigidas a las personas con TEA. Las mismas serán desarrolladas a continuación:

1. Prácticas basadas en la intervención.
2. Modelos Globales de Tratamiento.
3. Tratamientos biomédicos.
4. Otros tratamientos biomédicos.
5. Tratamientos sensoriomotrices.
6. Tratamientos psicoeducativos y psicológicos.
7. Otras terapias.

1. Prácticas basadas en la intervención (*Focused intervention practices*)

Se trata de procedimientos de aprendizaje o prácticas específicas que los profesionales o familiares utilizan para potenciar el desarrollo y aprendizaje de conductas determinadas o para disminuir conductas problemáticas concretas en un tiempo relativamente breve.

Algunos ejemplos de prácticas basadas en la intervención son:

Conjunto de estrategias conductuales preventivas (*antecedent package*)

Conjunto de estrategias (claves, señales, ayudas) en las que los adultos dan ayudas verbales y físicas a las personas para conseguir las conductas deseadas, haciendo hincapié en el aprendizaje sin error. Se incluyen prácticas como las ayudas (visuales, físicas, verbales) y el tiempo de espera.

Conjunto de estrategias de intervención conductual (*behavioral interventions package*)

Estrategias diseñadas para reducir los problemas de comportamiento y enseñar conductas alternativas funcionales o habilidades, a través de la aplicación de los principios básicos del análisis de la conducta aplicada. Se incluyen técnicas de apoyo, de refuerzo, de análisis de la tarea y encadenamiento, de economía de fichas, etc.

Las estrategias conductuales se han utilizado tanto como prácticas individuales, como elementos claves en las intervenciones globales:

- a) *Entrenamiento por ensayos discretos (discrete trial training)*
Desglosar las habilidades específicas en pequeños pasos que se enseñan directamente y de forma gradual, antes de llegar al encadenamiento conjunto.

- b) *Apoyo conductual positivo*
Conjunto de estrategias que, a través de la adaptación del entorno y la enseñanza de habilidades, busca mejorar la calidad de vida de las personas y minimizar los problemas de conducta. Esta práctica incluye valoración conductual funcional, control del estímulo, interrupción y reorientación de la respuesta, entrenamiento de comunicación funcional, extinción y refuerzo diferencial de la conducta.

Moldeamiento

Consiste en presentar una conducta que se ha de imitar con el propósito de enseñar y provocar esa conducta en otra persona.

Intervención de atención conjunta

Potenciar las habilidades involucradas en la regulación de los comportamientos de los demás, como señalar, mostrar o responder a los ofrecimientos de los demás.

Estrategias en el contexto natural

Enseñanza de habilidades funcionales en el entorno donde se desarrollan las actividades de la vida diaria, haciendo hincapié en la generalización, que requiere aprendizaje incidental y mediado.

Intervenciones implementadas por los padres

Intervenciones diseñadas para que los padres y otros miembros de la familia las lleven a cabo en los diferentes contextos naturales. Requiere identificar los objetivos de intervención, enseñar a los padres a implementar la intervención con supervisores que ofrecen *feedback*, y consultas cooperativas y colaborativas con los familiares acerca de la implementación de la intervención.

Estrategias de aprendizaje a iguales

Intervenciones que incluyen la enseñanza de los niños con desarrollo típico para facilitar el juego y la interacción social con los niños con TEA.

- c) *Entrenamiento de conductas pivotales.* Se potencia un conjunto de conductas pivotales (motivación, iniciación espontánea, respuestas a múltiples señales y autonomía) para producir un efecto colateral y favorecedor de áreas del desarrollo críticas.

- d) *Estrategias para la autonomía.* Intervenciones dirigidas a favorecer la independencia y regular su propia conducta.

Sistemas estructurados de trabajo

Requieren un sistema de trabajo o juego organizado visualmente por áreas, de forma que pueda aprender habilidades importantes.

Soportes visuales

Colocar señales visuales en el entorno con el propósito de que el niño pueda verlas y le ayuden a mantener conductas funcionales o habilidades deseadas. Por ejemplo, el uso de horarios visuales para anticipar las actividades que va a desarrollar.

2. Modelos Globales de Tratamiento

Los modelos globales de tratamiento son intervenciones que tienen un marco teórico, están organizadas conceptualmente y formadas por multicomponentes que se han integrado de una forma global (por ejemplo, a través de áreas del desarrollo, de períodos largos, del uso de varias prácticas de intervención) para promover resultados positivos en las personas con TEA. En una reciente revisión, se han evidenciado más de 30 tipos diferentes de modelos globales de tratamiento que varían según su marco conceptual y teórico, así como en complejidad e intensidad (ver Tabla II en el Anexo). A continuación se describen los modelos globales de tratamiento más conocidos de cada uno de los marcos conceptuales y teóricos:

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)

Es un modelo global que incluye servicios clínicos y programas de formación para profesionales. Se inició en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, en 1966, por el Dr. Erich Schopler, estableciéndose formalmente en 1972. El modelo teórico principal se basa en la teoría de aprendizaje cognitivo-social y en la 'cultura del autismo' (las habilidades y dificultades neuropsicológicas que comparten las personas con TEA). Lo característico de este modelo, que lo diferencia de los demás, es el relieve en el aprendizaje estructurado, y consiste en:

- Estructurar el entorno y las actividades de manera que sean comprensibles para las personas (organización del espacio, de la secuencia de los eventos del día, organización individual de las tareas, sistemas de trabajo).
- Aprovechar los puntos fuertes de estas personas, como las habilidades visuales e intereses en detalles visuales para compensar las dificultades importantes en otras habilidades. La información visual es clave y tiene que utilizarse en la estructura física, los horarios, las instrucciones de las

actividades, la comunicación y el recuerdo de normas y límites esperados.

- Motivarlos y mantenerlos en el aprendizaje usando sus propios intereses especiales individuales.
- Apoyar el uso de la comunicación espontánea y funcional.

DENVER (*Early Start Denver Model*)

Es un programa diseñado para la intervención precoz de niños con TEA, después de más de 25 años de experiencia, del equipo de profesionales de Sally Rogers (Universidad de California) y Geraldine Dawson (Universidad de Washington y Carolina del Norte).

Es un modelo que se caracteriza por ser constructivista (los niños tienen un papel activo en la construcción de su propio mundo mental y social a través de sus experiencias interpersonales afectivas, motrices y sensoriales) y transaccional (el niño y las otras personas de su entorno se ven afectadas e influenciadas por el desarrollo de cada uno).

Se lleva a cabo una valoración previa para programar los objetivos, a corto plazo, organizados en cuatro niveles (de los 12 a los 48 meses), en función del desarrollo del niño, teniendo en cuenta el perfil de desarrollo de los niños con TEA: más avanzados en el desarrollo visual y motor, y menos avanzados en el desarrollo social y comunicativo.

El programa abarca la intervención en las áreas de comunicación (expresiva, comprensiva), socialización, imitación, juego, cognición, motricidad fina y gruesa, conducta y autonomía. Se plantean de dos a tres objetivos de cada área y se supervisan cada 12 semanas.

SCERTS

El modelo SCERTS ha sido fruto de más de 30 años de experiencia en el campo clínico y escolar de las personas con TEA, de Barry Prizant (Universidad de Rhode Island) y Amy Wetherby (Universidad de Florida).

Es un modelo global multidisciplinario, que tiene como prioridad potenciar el desarrollo de las habilidades socioemocionales y comunicativas de las personas con TEA y sus familias a través de la aplicación de soportes transaccionales.

El acrónimo SCERT se refiere a las dimensiones en las que hace hincapié dicho modelo: comunicación social (atención conjunta y uso de símbolos), regulación emocional (autorregulación y regulación mutua) y apoyo transaccional (apoyos interpersonales y de aprendizaje). Defiende la idea de que el aprendizaje más significativo durante la infancia ocurre en el contexto social de las actividades diarias y de las experiencias.

LEAP (*Learning Experiences: an Alternative Program for Preschoolers and Parents*)

El modelo LEAP se estableció en 1981, por Phil Strain (*LEAP-USA Fidelity Form 2008*). El programa LEAP lleva desarrollándose, en Estados Unidos, desde hace más de 18 años, primero a través del Departamento de Educación de Pittsburg, Pensilvania, y posteriormente a través de la Universidad de Colorado, en Denver. Se caracteriza por haber elaborado un programa educativo-inclusivo para niños con un desarrollo típico junto con sus compañeros con TEA. Además, cuenta con un programa educativo para los padres, para ayudarlos en la vida real en casa y en otros contextos de la comunidad mediante la supervisión por profesionales especializados en la implementación de dicho programa.

El programa va orientado a potenciar las áreas cognitivo-académicas, adaptativas y de autonomía, comunicativas, socioemocionales y de conducta. Los niños con TEA están incluidos en el aula ordinaria durante todo el horario escolar, se utilizan estrategias de aprendizaje en el contexto natural (potenciando al máximo las oportunidades de aprendizaje previamente planificadas) junto con estrategias de aprendizaje para profesores y para sus iguales, mediante un profesor de educación especial de apoyo, para que puedan desarrollar el papel de mediadores.

Utiliza prácticas como el método de análisis conductual, aprendizaje incidental, comunicación por intercambio de imágenes, instrucciones mediadas por sus iguales, intervenciones implementadas por los padres en el contexto natural y estrategias para la autonomía.

UCLA *Young Autism Project* (The Lovaas Institute)

El Instituto Lovaas ofrece, desde hace más de 40 años, intervenciones conductuales basadas en el análisis conductual aplicado, como, por ejemplo, los modelos globales de tratamiento llamados *Intensive Behavioural Intervention-IBI* (*intervención conductual intensiva*) o *Early Intensive Behaviour Intervention-EIBI* (*intervención conductual temprana intensiva*), bajo la dirección del equipo del Dr. Lovaas en la Universidad de UCLA-Los Ángeles.

Utilizan métodos de aprendizaje conductual sistemático (entrenamiento por ensayo discreto, aprendizaje incidental) e intensivo (intervención directa de 20 a 40 horas por semana) para potenciar habilidades que se engloban en un programa estructurado que incluye objetivos específicos de áreas como las sociales, de juego, cognitivas, de lenguaje y de autonomía. Son intervenciones individualizadas de uno a uno o de pequeños grupos, dependiendo del nivel o del progreso del niño, y se aplican en diferentes contextos, como en casa, en la escuela y en la comunidad.

Según Prizant y Wetherby los programas difieren en:

- Grado de prescripción frente a flexibilidad del aprendizaje.

- Procedimientos centrados en el adulto frente al niño.
- Énfasis en la iniciación frente a la respuesta.
- Respuesta a la conducta del niño.
- Naturaleza del contexto de aprendizaje.
- Importancia de la información acerca del desarrollo del niño.
- Contexto social de la intervención.
- Generalización a otros entornos.
- Intensidad, duración y frecuencia del aprendizaje directo.
- Utilización de los puntos fuertes del niño.
- Tipos de refuerzo.
- Abordaje de las conductas problemáticas.
- Tipo e intensidad de recogida de datos.
- Reconocimiento y utilización de las diferencias individuales en el aprendizaje.
- Papel de sus compañeros.

3. Tratamientos biomédicos

Aunque no existe una terapia médica específica para los síntomas nucleares del autismo, se han ensayado muchas intervenciones biomédicas para tratar síntomas concretos y/o trastornos comórbidos.

Estos tratamientos, en general, persiguen potenciar el beneficio que la persona va a obtener de otros tratamientos educativos o conductuales, y mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Así, a la hora de instaurar una medicación hay que considerar conjuntamente: la calidad de vida, la evitación o el control de los efectos adversos, la información científicamente contrastada y el coste-efectividad de estas terapias. Hay medicamentos que han demostrado su eficacia para determinados problemas, edades y tipos de TEA.

Sin embargo, existen también tratamientos farmacológicos o biomédicos cuyo uso resulta controvertido y que generalmente se apoyan en investigaciones metodológicamente débiles.

Es fundamental considerar siempre la aparición de efectos nocivos, la interacción con otros medicamentos y el efecto a largo plazo, especialmente en pacientes muy jóvenes. En este campo no debe perderse de vista que tan importante como el fármaco es la habilidad que tenga en su manejo el equipo sanitario que lo aplica.

Medicamentos psicotropos

Las personas con autismo pueden presentar trastornos añadidos, como déficit de atención asociado o no a hiperactividad, obsesiones y compulsiones,

trastornos del sueño, irritabilidad, agresividad y comportamientos autolesivos, además de otros trastornos comórbidos, como ansiedad, depresión o epilepsia.

Estos síntomas –además del malestar personal que generan– obstaculizan la educación y adaptación social de estas personas y complican su tratamiento. Por estas razones, los psicofármacos se utilizan como tratamiento sintomático en esta población.

Antipsicóticos atípicos (antagonistas de la serotonina y la dopamina)

Son los fármacos más utilizados en el manejo de la hiperactividad y conductas problemáticas (agresividad y comportamientos autolesivos) que pueden aparecer en pacientes con TEA.

La baja incidencia en la producción de efectos extrapiramidales adversos tardíos (discinesias) facilita su uso en la población infantil. La risperidona es en la actualidad el antipsicótico más seguro y eficaz en el tratamiento a corto plazo de la hiperactividad, conductas explosivas, agresividad y comportamientos autolesivos.

No existe evidencia de su eficacia sobre los problemas de interacción social y comunicación. Con la olanzapina, se hallaron efectos positivos sobre la reducción de las conductas desafiantes y mejoría en el funcionamiento social y el lenguaje.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Se consideró su utilización en el tratamiento del autismo por el doble hecho de que alrededor de un tercio de las personas con autismo presentaba hiperserotoninemia y que en los TEA aparecen síntomas similares a los trastornos obsesivo-compulsivos.

Se utilizan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) sobre la reducción de pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos y ritualistas, la ansiedad y la agresividad en personas adolescentes y adultas con TEA, aunque su efecto no se ha demostrado en la infancia.

Los ISRS se utilizan también para el tratamiento de los trastornos depresivos que aparecen especialmente en personas con trastorno de Asperger. Los posibles efectos adversos de estos fármacos incluyen náuseas, cefaleas, temblores e insomnio. En algunos casos aparece –especialmente al inicio del tratamiento– el llamado efecto serotoninérgico, caracterizado por un fenómeno de activación –consistente en conducta desinhibida–, agitación e irritabilidad.

Esto hace que se deba contemplar en la infancia y la juventud tratada con estos fármacos la posible aparición de ideas suicidas en las primeras semanas de la farmacoterapia.

Estimulantes (metilfenidato)

En las personas con TEA en las que se identifique también un trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDA/H) el tratamiento con estimulantes disminuye las estereotipias y el lenguaje inapropiado.

Deben utilizarse con prudencia, ya que su efecto beneficioso es menor y se han descrito efectos adversos con más frecuencia que en la población general con TDA/H, entre los que se incluyen: retraimiento, irritabilidad, pérdida de peso y dificultad para conciliar el sueño.

Estimulantes α 2-adrenérgicos (clonidina)

No se encontró ninguna revisión sobre este tratamiento en los TEA.

Naltrexona (antagonista opiáceo)

Su utilización se planteó debido a la posible relación entre un exceso de opioides endógenos y la aparición del autismo. La revisión de la Health Technology Assessment Agency (HTA) señala la falta de eficacia de este fármaco a corto plazo sobre la sintomatología autista, concretamente en la reducción del comportamiento autolesivo en los TEA.

Melatonina

Es una sustancia considerada como la hormona del sueño, que en otros países se utiliza para inducir el sueño y disminuir el número de despertares. Un ensayo clínico ha vinculado el autismo con una producción nocturna de melatonina deficiente y sus proponentes indican que –al carecer de efectos adversos– podría constituir una excelente opción para la población con TEA y trastornos del sueño.

Medicamentos antiepilépticos

Un porcentaje significativo de personas con TEA desarrolla convulsiones, que frecuentemente comienzan durante la adolescencia temprana. El porcentaje de epilepsia en el autismo oscila entre el 8 y el 30%, en función de la gravedad del trastorno y la edad de las personas estudiadas.

Para aquellos que presentan convulsiones, los medicamentos antiepilépticos habituales (ácido valproico, lamotrigina, topiramato, carbamacepina, etc.) deben administrarse siguiendo los protocolos nacionales e internacionales para el tratamiento de la epilepsia.

4. Otras terapias biomédicas

Secretina

La secretina es una hormona duodenal que estimula la secreción pancreática, con lo que facilita la digestión. Este tratamiento se basa en la hipótesis de que una mala absorción intestinal permitiría el paso excesivo de determinados

péptidos lesivos para el sistema nervioso central, y en cierta mejoría anecdótica en un número reducido de pacientes con autismo y diarrea crónica tras la administración de esta hormona.

Vitaminas y suplementos dietéticos

Las vitaminas actúan como coenzimas en la síntesis y regulación de neurotransmisores y otros polipéptidos. Al constatarse hace años que las deficiencias en vitamina B6 se asociaban con problemas neuropsiquiátricos e inmunológicos, se postuló que la administración de megadosis de estos compuestos podría ser útil en el control de la agresividad, autoestimulación y la mejora del contacto visual de las personas con TEA. Para contrarrestar los efectos adversos de la administración de megadosis de vitamina B6, esta se asoció con magnesio.

Dietas libres de gluten y caseína

Algunos grupos proponen que el autismo podría explicarse etiopatogénicamente por una supuesta deficiente absorción intestinal, que favorecería que neuropéptidos derivados de las proteínas de trigo, cereales y leche de vaca llegaran al cerebro y ejercieran un efecto neurotóxico. Por ello, recomiendan instaurar una dieta libre de gluten y caseína, a fin de mejorar los síntomas del autismo.

Terapia antimicótica

Se ha planteado que, por motivos diversos (exceso de administración de antibióticos, entre ellos), se produciría un aumento de infecciones por hongos en el intestino (cándidas) que ejercerían un efecto lesivo sobre la pared intestinal, de manera que se vería alterada la absorción y se permitiría el paso de sustancias neurotóxicas vinculadas al autismo.

Tratamiento con quelantes

Este tratamiento médico de desintoxicación se plantea porque sus defensores afirman haber encontrado niveles elevados de mercurio y metales pesados en muestras biológicas de personas con autismo que podrían explicar el origen del trastorno.

Inmunoterapia

La propuesta de que el autismo pueda estar asociado a un problema inmunológico ha llevado a que algunos profesionales administren inmunoglobulina intravenosa a niños y niñas con TEA.

Terapia sacrocraneal

La terapia sacrocraneal se caracteriza por la manipulación (tracción y compresión) de las estructuras óseas de cráneo, columna y pelvis. Los proponentes de este tratamiento mantienen que su uso reduce la hiperactividad y mejora la comunicación de pacientes con TEA.

5. Tratamientos sensoriomotrices

Entrenamiento en integración auditiva

El entrenamiento en integración auditiva (EIA) consiste en escuchar a través de unos auriculares música modificada electrónicamente en función de las respuestas obtenidas en la persona en un audiograma previo.

Estos métodos (Tomatis, Berard, Samonas, etc.) se han propuesto para problemas muy diversos, como los trastornos de aprendizaje, la hiperactividad o la depresión. El comportamiento especial de muchas personas con TEA ante los estímulos auditivos ha llevado a pensar que una supuesta hipersensibilidad o hiposensibilidad auditiva podría tratarse con esta terapia, lo que produciría una mejora de los síntomas del autismo.

Terapia de integración sensorial

Jean Ayres (1920-1988) comenzó a desarrollar la teoría de la integración sensorial en 1960. Sus primeros trabajos se desarrollaron influidos por los estudios de Rood y Bobath, que abordaron la relación de los estímulos sensoriales con las respuestas motoras en el tratamiento de la disfunción neuromuscular, y de Piaget, quien destacó las primeras experiencias sensoriomotoras como fundamento para el desarrollo sensitivo.

“Varias premisas son fundamentales para la explicación teórica de la integración sensorial:

- a) Nutrición sensorial: las aferencias sensoriales son básicas para la función cerebral, la integración nerviosa óptima exige que el individuo se organice activamente y use las aferencias sensoriales para interactuar con el ambiente.
- b) Respuesta adaptativa: cuando las personas experimentan una exigencia pero no un nivel abrumador de estimulación sensorial en su SNC y responden con éxito a esta, se produce una respuesta adaptativa que contribuye al desarrollo de la integración sensorial.
- c) Plasticidad dentro del SNC: a través de las respuestas adaptativas a las demandas ambientales (actividades con propósito), tienen lugar cambios en el nivel sináptico neural.
- d) Secuencia del desarrollo: los procesos de integración sensorial suceden en una secuencia del desarrollo a medida que el SNC organiza respuestas adaptativas a la información sensorial con niveles crecientes de complejidad.
- e) Organización del SNC: el cerebro funciona como un todo integrado y como sistemas interactivos integrados jerárquicamente; los centros

corticales dependen del funcionamiento del tronco encefálico y del tálamo para la organización e interpretación de la información sensorial aferente.

- f) Convergencia de modalidades sensoriales: la convergencia (integración) de aferencias sensoriales a partir de todas las modalidades sensoriales se produce en la formación reticular (tronco encefálico y tálamo), que tiene una influencia amplia en el resto del encéfalo.
- g) Impulso interno: las personas tienen un impulso interno para desarrollar la integración sensorial mediante su participación en las actividades sensoriomotoras y la preferencia de la actividad; cuanto más dirigidas hacia el interior sean las actividades, mayor es el potencial para mejorar la organización nerviosa” (Willard, p. 248).

Esta terapia se creó para favorecer la integración sensorial en pacientes con problemas de aprendizaje. La teoría subyacente plantea que estos niños y niñas no procesan adecuadamente los estímulos táctiles, vestibulares y propioceptivos, lo que llevaría a una deficiente integración de estos en el cerebro.

El malestar que generan ciertos estímulos en muchas personas con TEA (por ejemplo, aversión a ser tocados) llevó a pensar que la terapia podría resultar beneficiosa. Esta consiste en hacer que el niño o la niña, en sesiones de juego dirigido, efectúe ciertas acciones y movimientos o reciba determinados estímulos sensoriales con el fin de ayudarlo a percibirlos, procesarlos e integrarlos adecuadamente.

La integración sensorial se refiere tanto a un proceso neurofisiológico como a una teoría de relación entre la organización neural del procesamiento y el comportamiento sensorial (Ayres, 1972b, 1989; Lane, Miller y Hanft, 2000).

Método Doman-Delacato

Este tratamiento defiende que, mediante manipulaciones, movimientos y ejercicios físicos del cuerpo, se reparan las vías nerviosas que puedan estar dañadas. Este tipo de tratamiento, intensivo y de alto coste económico, se ha propuesto para múltiples problemas del desarrollo, incluidos los TEA.

Lentes de Irlen

Las lentes de Irlen son unas gafas individualizadas cuyas lentes de colores estarían diseñadas para contrarrestar una supuesta hipersensibilidad a ciertas ondas luminosas, que serían responsables de trastornos como la dislexia o el déficit de atención. Su uso en el autismo está motivado por un efecto anecdótico en un reducido número de pacientes.

6. Tratamientos psicoeducativos y psicológicos

Se incluyen en este apartado todas las terapias que aplican los principios de modificación de conducta y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje como las principales herramientas de enseñanza.

Bajo este epígrafe se incluyen los siguientes:

- *Applied Behaviour Analysis (ABA).*
- *Intensive Behaviour Intervention (IBI).*
- *Early Intensive Behaviour Intervention (EIBI).*
- *Early Intervention Project (EIP).*
- *Early Intervention, Discrete Trial Training (DTT).*
- *Lovaas therapy.*
- *UCLA model, home-based behavioural intervention, parent managed or mediated home based behavioural intervention.*

Muchos de estos términos suelen utilizarse como sinónimos sin serlo, lo que provoca confusión en las familias y los profesionales. Por ejemplo, el ABA es un término más amplio que la terapia Lovaas, y el DTT es una técnica concreta.

Estos programas, técnicas o modelos de tratamiento se diferencian entre sí en variables tales como la edad de inicio, intensidad, duración, entorno en el que se aplican, especificidad para el autismo, posibilidad o no de hacerlos compatibles con otras intervenciones y nivel de participación de los padres y madres como coterapeutas.

Sistemas de fomento de las competencias sociales

En tanto que las deficiencias en habilidades sociales son nucleares en los TEA, diversos métodos o programas se esfuerzan por conseguir avances en esta área. Entre ellos se incluyen las historias y guiones sociales, la intervención guiada por alumnado sin dificultades, el aprendizaje de competencias sociales, el entrenamiento en habilidades mentalistas, las intervenciones basadas en el juego y la intervención para el desarrollo de relaciones (RDI, por sus siglas en inglés).

Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación

Los sistemas alternativos/aumentativos de comunicación (SAAC) son sistemas no verbales de comunicación que se emplean para fomentar, complementar o sustituir el lenguaje oral. Estos sistemas utilizan objetos, fotografías, dibujos, signos, o símbolos (incluidas letras o palabras) apoyándose en sistemas simples o en aparatos productores de sonidos.

El sistema comunicativo de intercambio de imágenes (conocido como PECS, en inglés), es un tipo de SAAC ampliamente utilizado en el campo de los TEA.

Comunicación facilitada

La comunicación facilitada (CF) es un método diseñado para ayudar a las personas con autismo y otras discapacidades a comunicarse a través de un teclado o mecanismo similar.

Requiere la ayuda –progresivamente decreciente– de un facilitador entrenado que sujeta la mano, brazo u hombro de la persona, mientras esta –supuestamente de manera independiente– genera sus mensajes. Su justificación radica en una concepción del autismo como una apraxia que impediría una motricidad intencionada adecuada.

Sistema TEACCH

El sistema TEACCH (tratamiento y educación de alumnado discapacitado por autismo y problemas de comunicación), frente a lo que frecuentemente se cree, no es ni un programa, ni mucho menos un método de tratamiento.

La División TEACCH, dependiente de la Universidad de Carolina del Norte, fue establecida en 1972 por mandato legal de la Asamblea del Estado, con el objetivo de desarrollar una red comprensiva y descentralizada de servicios comunitarios para pacientes con TEA (ya fue descrito).

Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un enfoque psicoterapéutico que combina el papel que desempeñan los pensamientos y las actitudes en las motivaciones y en la conducta, con los principios de modificación de conducta (análisis funcional, refuerzo contingente, extinción, etc.).

En primer lugar, se identifican las distorsiones del pensamiento, las percepciones erróneas, las creencias irracionales, las conductas, emociones y estados fisiológicos no adaptativos; para aplicar después de manera conjunta principios de modificación de conducta y técnicas de reestructuración cognitiva. En los planes individualizados se incluye el trabajo sobre motricidad fina y gruesa, comunicación y lenguaje, cognición, aprestamiento escolar, control conductual y psicoeducación a la familia.

Terapia psicodinámica (psicoterapia)

Se ha propuesto la terapia psicodinámica (de orientación psicoanalítica) para el tratamiento de los TEA. Esta terapia se utiliza para ayudar a un paciente a afrontar o expresar conflictos inconscientes o conscientes que subyacen a un trastorno mental.

Terapeuta y paciente desarrollan una relación prolongada e intensa, en la que se recrean o analizan los supuestos conflictos y se buscan maneras de superar las perjudiciales 'defensas' psicológicas presentes en la persona. Esta técnica parte de una interpretación obsoleta del autismo como reacción psicológica defensiva de un niño o niña sana frente a progenitores patológicos.

Psicoterapias expresivas

En general, estas técnicas se proponen como una terapia que aporta un marco de relación entre el paciente y el terapeuta, lo que facilita la expresión de emociones y la apertura de canales de comunicación. Entre otras, destacan la musicoterapia o la utilización psicoterapéutica del arte.

7. Otras terapias

Terapias asistidas con animales

Los medios de comunicación informan periódicamente sobre el supuesto interés de utilizar animales en el tratamiento del autismo (delfines, perros o caballos). A pesar de lo atrayentes que puedan ser este tipo de noticias, no existe ninguna revisión sistemática que apoye científicamente el uso terapéutico de animales en esta población. De hecho, esta terapia no aparece en ninguna de las guías revisadas.

Floortime

A comienzos de la década de los noventa, Stanley Greenspan, psiquiatra infantil, plantea la necesidad de hacer un cambio paradigmático en la forma de evaluar a niños que presenten dificultades del desarrollo y en el cómo planificar el trabajo terapéutico que ayude a dichos niños a alcanzar su máximo potencial.

Este cambio paradigmático plantea las siguientes redefiniciones:

1. Cada niño con trastornos del desarrollo tiene un **perfil único** de fortalezas y debilidades individuales, relaciones familiares y habilidades funcionales del desarrollo, aunque compartan un mismo diagnóstico sindromático.
2. El **afecto y las emociones** tienen un rol central en promover la adquisición de nuevas habilidades del desarrollo.
3. La visión del desarrollo infantil requiere, por lo tanto, ser entendido no solo en sus distintas áreas clásicas (cognitivo, lenguaje, motor, socio-emocional), sino en cómo el niño integra funcionalmente estas áreas del desarrollo a medida de que va creciendo, de manera de desarrollar **habilidades funcionales**.
4. La evaluación y el diseño de un plan terapéutico requiere de un **equipo multidisciplinario**.
5. Los **padres adquieren un rol central** al ser ellos quienes mejor conocen al niño en su cotidianidad y quienes interactúan a diario con él, lo que abre posibilidades de intervención intensiva.

Sobre la base de esta teoría, Stanley Greenspan desarrolla el "modelo DIR". Las siglas del modelo DIR representan 3 componentes claves a considerar para poder entender y promover el desarrollo infantil:

D (Desarrollo): consiste en entender la etapa de *Desarrollo* socio-emocional o "funcional" en que se encuentra el niño/a.

I (Individualidad): consiste en entender las *diferencias Individuales* que cada niño aporta al momento de interactuar.

R (Relaciones): consiste en entender los *patrones Relacionales* que afectan la interacción del niño/a con sus padres o cuidadores significativos.

Según el modelo DIR, el nivel de **Desarrollo** del niño/a va a estar influenciado por las diferencias **Individuales** de cada niño/a, los patrones familiares y ambientales en torno al niño/a y el tipo de **Relaciones o interacción** que el niño/a establece con sus padres o cuidadores significativos.

La principal estrategia de intervención en la cual se basa el modelo DIR es originalmente conocida en inglés como *Floortime*. Este concepto ha sido también traducido al español bajo el término *Juego Circular*, de acuerdo a sus principios básicos de usar el juego y establecer círculos de comunicación.

De acuerdo a Greenspan y Wieder, el juego circular es "una forma sistemática de jugar con un niño para ayudarlo a subir por las etapas de desarrollo". Esta estrategia consiste en apoyar a los padres/cuidadores a establecer sesiones de interacciones lúdicas diarias con los niños/as, promoviendo oportunidades para fortalecer aspectos de regulación, vinculación, así como expresar emociones o deseos a través de conductas comunicativas cada vez más complejas.

Son-Rise

A partir del diagnóstico de autismo de su hijo, Barry Kauffman escribió un libro contando la historia de Raun (*Son-Rise, The miracle continues*), donde cuenta su experiencia en relación con la educación de su hijo. Fue así como en 1983 estos padres fundaron Autism Treatment Center of America™, en Sheffield, Massachusetts, Estados Unidos. En su libro establecen los siguientes principios del programa, que se transcriben a continuación:

El potencial de su hijo es ilimitado:

No creemos en las "falsas" esperanzas. Aunque no podamos predecir qué es lo que cada niño pueda lograr, no creemos que sea útil para los padres o los niños que alguien decida anticipadamente qué cosas no podrá lograr. Un padre jamás

debería disculparse por creer en su hijo. Nosotros tampoco lo hacemos.

Motivación, no repetición, es la clave para cualquier aprendizaje:

Muchas de las modalidades tradicionales promueven el aprendizaje a través de la repetición indefinida, yendo muchas veces contra los propios intereses del niño. En lugar de eso, nosotros intentamos descubrir las motivaciones específicas de cada niño, y las utilizamos para enseñarles las habilidades que necesitan aprender. De esa forma, tenemos el deseo del niño de participar, así como una atención interactiva más prolongada y un incremento en la retención y generalización de los aprendizajes.

El autismo no es un desorden de la conducta:

Esencialmente, el autismo es un desorden neurológico en el cual el mayor desafío para los niños es la dificultad para relacionarse y conectarse con los que los rodean. La mayoría de los niños presentan lo que se llama trastorno de la conducta como consecuencia de este déficit de socialización. Es por eso que nuestro método dinámico y orientado hacia el juego se focaliza en forma tan especial en la socialización y la construcción de relaciones. Por supuesto que queremos que usted pueda disfrutar de su hijo, pero sobre todo, queremos que él pueda disfrutar de sus papás.

Las autoestimulaciones de su hijo tienen un enorme valor y significado:

Nosotros tenemos un profundo respeto y aceptación por su hijo. Esto nos permite saltar el abismo que separa su mundo del nuestro haciendo algo loco e inusual. Nos unimos, en lugar de tratar de detener, a sus comportamientos exclusivos y repetitivos. Esto nos permite construir una conexión, la plataforma que necesitamos para cualquier futura educación y desarrollo. Participar con el niño de estos comportamientos facilita el contacto visual, y la inclusión de los otros en el juego.

Los padres son el mejor recurso para sus hijos:

Aunque hayamos tenido la experiencia de trabajar con muchos profesionales extremadamente contenedores, dedicados y amorosos, nunca hemos visto nada igual al poder de un padre. Nadie puede igualar su amor incondicional y sin medida, su profunda dedicación, su compromiso en el largo plazo, y la experiencia de vivir el día a día con su hijo. Es por eso que buscamos darles el poder a los padres. Y dedicamos gran parte de

nuestro tiempo y esfuerzo a proveerles entrenamiento en la actitud que deben tener, a escuchar lo que tienen para contarnos, y a ofrecerles todas las herramientas que necesitan para ayudar a sus niños como nadie más puede. Les enseñamos a los padres a ser directores y maestros del programa de su propio hijo.

Su hijo puede progresar en el ambiente correcto:

La mayoría de los niños del espectro autista se sobreestiman con múltiples distracciones que la mayoría de nosotros ni siquiera evidenciamos. Nosotros les mostramos cómo crear un ambiente ideal para el aprendizaje, en el cual se eliminan las distracciones y se facilita la interacción. Este lugar de juego o *playroom* reduce además las posibles batallas que pueden plantearse y que inhiben el progreso y una interacción fluida, posibilitando no solo el aprendizaje, sino también la ternura y armonía en la interacción que los padres tanto desean.

Padres y profesionales son más efectivos cuando se sienten cómodos con sus niños, optimistas sobre sus capacidades y esperanzados sobre el futuro:

Muchas veces los padres reciben pronósticos que son atemorizantes y negativos. Escuchan acerca de lo que sus hijos no van a poder hacer y nunca van a tener. No creemos que nadie tenga el derecho de decirle a un padre lo que su hijo no va a poder obtener. Ayudamos a los padres a focalizarse en su actitud y a mantener el optimismo y la esperanza. Les ayudamos a ver el potencial en sus hijos y a "ir por el oro". Desde esta perspectiva, hemos visto que todo es posible. Tampoco los profesionales comprometidos muchas veces reciben los recursos, la guía y el apoyo que necesitan para ofrecer a los niños con los que trabajan. Entendemos las presiones con las que los profesionales deben lidiar y les ofrecemos una perspectiva actitudinal única que les permite cargarse de energía y armarse con excelentes herramientas para trabajar.

C) EVIDENCIA CIENTÍFICA EN TRATAMIENTOS PARA LOS NIÑOS CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

La medicina basada en la evidencia (MBE) ha sido definida como el uso de la mejor evidencia médica disponible para la toma de decisiones acerca de la atención médica de pacientes individuales.

En función del rigor científico de los estudios, pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia a partir de las cuales se establecen recomendaciones de la adopción de determinados procedimientos médicos o intervenciones terapéuticas.

Aunque hay diferentes escalas, todas son muy similares entre sí. A modo de ejemplo, se transcribe la clasificación propuesta por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), del Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos.

El concepto de intervenciones basadas en la evidencia se inició en el campo de la medicina sobre los años setenta y en los últimos años muchas otras disciplinas lo han empleado.

En el 2006, la Asociación Americana de Psicología desarrolló un concepto más amplio que se adapta mejor a las intervenciones con personas con TEA, debido a la heterogeneidad de la población y a la limitada base de número de investigaciones realizadas (Mesibov, 2010, pp. 570-9).

La práctica basada en la evidencia se define como la integración de la mejor y más actual evidencia en la investigación con la pericia clínicoeducativa y las perspectivas de los grupos de interés relevantes, de cara a facilitar las decisiones para la evaluación e intervención que se consideran efectivas y eficientes para una persona concreta (Schlosser y Raghavendra, 2003. pp. 259-97; Tamarit, 2010).

La práctica basada en la evidencia es un término más amplio que el de tratamiento basado en la evidencia, ya que no solo se refiere a la práctica clínica, que se construye mediante la evidencia sobre las intervenciones y la pericia clínica, sino que también tiene en cuenta la cultura, las necesidades, los valores y las preferencias de los usuarios y su integración en la toma de decisiones sobre el cuidado del individuo (Salvadó-Salvadó, Palau-Baduell, Clofent-Torrentó, Montero-Camacho y Hernández-Latorre, 2012).

Guías de buenas prácticas y niveles de evidencia científica

La cantidad de información sobre tratamientos disponibles en los TEA está aumentando exponencialmente en estas últimas décadas, motivo por el cual resulta necesario clasificarlos según algún criterio para una mejor descripción. A través de

una búsqueda exhaustiva en Internet se identificaron seis guías de buenas prácticas en el tratamiento de los TEA:

1. la de California, publicada en 1997;
2. la de Nueva York, en 1999;
3. la de Manchester-Maine, en 2000;
4. la de Ontario, en 2003;
5. la de Sidney, en 2004;
6. la de España en 2006.

Diferentes grupos de expertos se encargan de elaborar estas guías, en las que, normalmente, después de revisar los estudios disponibles, exponen su opinión de manera consensuada sobre el tratamiento en cuestión.

Estas guías de buenas prácticas tienen un nivel de evidencia IV, y sus conclusiones se han de asumir como recomendaciones del grado C.

La valoración metodológica de los estudios revisados permite identificar las siguientes limitaciones:

- Dadas las características de las personas con TEA y el tipo de investigaciones realizadas hasta la fecha, existen escasos estudios sobre la eficacia de tratamientos que cumplan los requisitos mínimos para que se puedan evaluar de acuerdo con los criterios de la MBE.
- Existen dificultades a la hora de considerar la representatividad de las personas participantes en las investigaciones. Las muestras suelen ser reducidas, y aspectos como la utilización de criterios diagnósticos diferentes o no explicitar variables como la edad, medidas de desarrollo del lenguaje, capacidades cognitivas o de autonomía, limitan la validez y la fiabilidad, y dificultan la replicabilidad de los estudios.
- Los estudios de diseño de caso único permiten demostrar fiablemente la eficacia de ciertas intervenciones; sin embargo, este tipo de investigación no permite generalizar el resultado obtenido al conjunto de pacientes. En los estudios de grupos destaca la escasez de modelos metodológicamente sólidos (grupos de comparación, aleatorización, etc.).
- Asimismo, la validez de los resultados obtenidos está limitada porque frecuentemente los parámetros con base en los cuales se evalúa la eficacia de una intervención no corresponden al conjunto de los aspectos nucleares del autismo.

En el presente trabajo se transcriben a continuación las recomendaciones realizadas en estas guías de buenas prácticas con relación a los tratamientos anteriormente descritos.

Evidencia del entrenamiento en integración auditiva (EIA)

Debido a la falta de evidencia, el tratamiento debe considerarse en fase experimental y que, por tanto, no puede recomendarse al no tener beneficios probados. Se aconseja a familiares, profesionales educativos o sanitarios sean conscientes del coste económico que implica seguir estos tratamientos y del riesgo de pérdida de capacidad auditiva que conllevan.

Se llega a la misma conclusión en las guías de buenas prácticas (California, Nueva York, Manchester, Ontario y Sidney). Paralelamente, la American Academy of Pediatrics (AAP) expresa su inquietud sobre la validez y la base teórica del tratamiento, y recomienda que el EIA se utilice únicamente en estudios formales de investigación.

Evidencia de la terapia de integración sensorial (TIS)

Las guías de buenas prácticas de California, Nueva York y Sidney destacan la falta de evidencia sobre su eficacia, aunque resaltan que no parece ser perjudicial y que algunas de sus actividades físicas podrían ser beneficiosas.

Dos de las guías de buenas prácticas (Ontario y Manchester) señalan que, a pesar de utilizarse la TIS frecuentemente en algunos países, no existe evidencia de su eficacia como tratamiento de los síntomas nucleares de los TEA, por lo que aconsejan su uso, en todo caso, de forma experimental y sin restar medios a los tratamientos principales de los TEA.

Evidencia del Método Doman-Delacato

Dos guías de buenas prácticas (Ontario y Sidney) revisan esta terapia y concluyen que no concuerda con el conocimiento neurológico actual y que no existe evidencia que demuestre su eficacia. Para la AAP, el tratamiento no ofrece ninguna virtud especial, no se han demostrado los beneficios que propugnan sus proponentes y puede resultar altamente perjudicial en algunos casos por la enorme presión a la que se somete a la familia.

Evidencia de los Lentes de Irlen

Dos guías de buenas prácticas revisan el tema. La de Sidney concluye que no está demostrada su eficacia. La guía de Canadá incorpora, además, la revisión de terapias optométricas, y muestra su conformidad con la anterior conclusión, pero señala que algunos estudios –aunque con serias carencias metodológicas– informan de cierta mejoría en la orientación visual y la atención.

Evidencia de los programas de intervención conductual

Las guías de buenas prácticas (California, Nueva York, Manchester, Ontario y Sidney) se muestran a favor de las intervenciones conductuales, aunque con diferente énfasis.

Algunas –como la guía de Nueva York o los propios National Institutes of Health de EE. UU.– afirman de manera extrema y contundente –considerando la evidencia con la que se cuenta en la actualidad– que la intervención conductual intensiva debería ser la intervención por excelencia para el autismo.

Las guías de Manchester y Sidney concluyen de forma más cautelosa que existe un acuerdo universal apoyado en investigación sobre los beneficios que las intervenciones conductuales aportan a los niños y niñas con autismo. La guía de Ontario lo presenta como un enfoque útil siempre que se adapte a las características particulares de cada paciente y al entorno familiar y social.

El Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III señala que los programas conductuales y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje son elementos fundamentales en el apoyo a las personas con autismo, tanto para fomentar su desarrollo como para afrontar los problemas del comportamiento.

Por ejemplo, el apoyo conductual positivo ha supuesto una herramienta fundamental, técnica y éticamente, para ayudar a las personas con conductas problemáticas. Sin embargo, el error surge cuando se confunde un amplio campo de intervención pedagógica con un programa concreto, el propuesto por Lovaas. Aunque históricamente se le reconoce el valor de haber sido el primero en introducir estrategias educativas como tratamiento de los TEA, la terapia Lovaas es un tratamiento que no incorpora el conocimiento actual sobre las alteraciones cognitivas y emocionales de los TEA; puede crear una esperanza de curación en las familias que no se corresponde con la realidad y generar un significativo estrés familiar, y es incompatible con la integración del tratamiento en los centros educativos.

Evidencia de los sistemas de fomento de las competencias sociales

No se han identificado revisiones sistemáticas sobre la eficacia de estas técnicas, aunque sí existe un CAT sobre historias sociales que apoya la eficacia de esta intervención para reducir las conductas problemáticas y la posible mejora de habilidades de interacción social, si se lleva a cabo de acuerdo con programas bien definidos y adaptados individualmente. Las guías de buenas prácticas (California, Manchester, Ontario y Sidney) las revisan y destacan la importancia que la guía canadiense les otorga. Se recomienda utilizar los sistemas de fomento de las competencias sociales, aunque se reconoce que es necesaria una evaluación científica de estos sistemas.

Evidencia de los Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación

Tres guías de buenas prácticas (California, Ontario y Sidney) apoyan su utilización. En el caso de los PECS, las tres refieren que –a pesar de que los estudios se han realizado en muestras pequeñas o en series de sujetos únicos– se observan avances en las funciones comunicativas del alumnado.

Evidencia de la Comunicación facilitada

Las guías de buenas prácticas (Nueva York, Manchester, Ontario y Sidney) abordan este tipo de comunicación con un juicio uniforme: no existe evidencia alguna que apoye el planteamiento de este método de comunicación. Así, diversos estudios han demostrado que no puede asegurarse que el papel de la persona facilitadora sea pasivo. Las guías y diversas organizaciones científicas recomiendan que no se utilice este método, y señalan la alarma generada por casos de mensajes supuestamente producidos por pacientes que denunciaban abusos que resultaron falsos, pero que desembocaron en lamentables procedimientos judiciales.

Evidencia del Sistema TEACCH

Existe una revisión de la HTA que concluye que las limitaciones metodológicas de los trabajos revisados no permiten ni establecer la eficacia del tratamiento ni, cuando se aprecian beneficios, atribuírselos a la intervención realizada.

Las guías de buenas prácticas (California, Manchester, Ontario y Sidney) adoptan un estilo descriptivo del TEACCH, para concluir básicamente que – aunque el sistema parece prometedor– no se dispone de verificación independiente de su eficacia. Los estudios existentes señalan, aunque de manera cuestionable debido a problemas de diseño:

- a. La utilidad de los programas aplicados en el hogar por madres y padres entrenados en los componentes del TEACCH.
- b. El aumento del CI en niñas y niños pequeños no verbales.
- c. La disminución de la institucionalización psiquiátrica de mayores de edad con TEA tras la instauración del TEACCH, en porcentajes que oscilaban, según los años, entre el 40-70% hasta el actual 7% (si bien es posible que este descenso esté influido por factores no controlados, como, por ejemplo, una política general de integración comunitaria en Carolina del Norte durante estos últimos años).

El Grupo de Estudio considera que el sistema es modélico a la hora de asegurar servicios para toda una población, y valora especialmente la implicación compartida de agencias gubernamentales, asociaciones de familiares y la universidad, para concluir que es razonable anticipar que la calidad de vida de las personas que acceden a este tipo de sistemas debe de ser muy superior a la de quienes carecen de ellos.

Evidencia de la terapia cognitivo conductual (TCC)

Se ha identificado una revisión de tipo CAT sobre la TCC en pacientes con TEA, que establece que no existe evidencia ni sobre la efectividad ni sobre el daño potencial de la TCC en los niños o niñas con TEA.

Sin embargo, se encontró evidencia de que la TCC es una opción que se debe considerar para personas con TEA con un nivel de funcionamiento alto. Las

guías de Sidney y Ontario sugieren, asimismo, que no existe evidencia de su eficacia en personas con autismo. Recomiendan que, si se quiere aplicar, se haga en todo caso en pacientes de elevado nivel de funcionamiento (ya que la intervención requiere elevadas competencias cognitivas y comunicativas) y que se considere la necesidad de adaptar las técnicas habituales para incluir posibles ayudas visuales, formación específica en emociones, expresión de sentimientos y percepción social.

El Grupo de Estudio apoya la aplicación personalizada de técnicas adaptadas de TCC y apoyo emocional en personas con trastorno de Asperger o autismo de un nivel de funcionamiento elevado.

Evidencia de la terapia psicodinámica (psicoterapia)

No existen revisiones sistemáticas sobre este tratamiento, lo que se puede explicar por la falta de adherencia de este marco al método científico. Muchas de las guías de buenas prácticas, de hecho, ni mencionan estas técnicas.

La guía de California concluye que no hay ninguna evidencia de que el autismo tenga un origen psicogénico, y que la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos es cuestionable.

El Grupo de Estudio no recomienda la terapia psicodinámica como tratamiento de los TEA y destaca que el planteamiento psicoanalítico del autismo ha constituido uno de los mayores errores en la historia de la neuropsiquiatría infantil.

Evidencia de las psicoterapias expresivas

Existe una revisión de tipo CAT sobre la musicoterapia, en la que se determina que los problemas metodológicos de los estudios impiden establecer conclusión alguna sobre esta terapia.

Dos guías de buenas prácticas analizan estas terapias: la de Ontario señala que, a pesar de existir numerosos artículos que describen sus supuestos beneficios, la falta de una metodología de investigación apropiada impide realizar una valoración científica sobre su eficacia. Con respecto a la utilización del arte, la guía canadiense señala su preocupación sobre el hecho de que las personas con TEA frecuentemente tienen una imaginación limitada, por lo que cuestiona la aplicabilidad de este tipo de intervención. No obstante, algunas personas podrían disfrutar de estas actividades (música, arte, etc.) y utilizarlas como actividades comunitarias de ocio. La guía de Nueva York señala que, dada la falta de eficacia demostrada, la musicoterapia no debe recomendarse como terapia aislada y específica para el autismo. Estas terapias deberían aplicarse únicamente en proyectos de investigación, o como simple actividad lúdica apropiada para algunos o algunas con TEA.

Evidencia de los antipsicóticos atípicos (antagonistas de la serotonina y la dopamina)

Las tres revisiones de la HTA, DARE y EBM concluyen que la risperidona es en la actualidad el antipsicótico más seguro y eficaz en el tratamiento a corto plazo de la hiperactividad, conductas explosivas, agresividad y comportamientos autolesivos. No existe evidencia de su eficacia sobre los problemas de interacción social y comunicación.

En cuanto a la eficacia de la olanzapina, se hallaron efectos positivos sobre la reducción de las conductas desafiantes y mejoría en el funcionamiento social y el lenguaje, aunque según la revisión realizada por DARE son necesarios estudios posteriores bien diseñados que confirmen su eficacia. Con respecto a la clozapina y otros nuevos antipsicóticos (ciprasidona, aripiprazol) no existen estudios suficientes.

Evidencia de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

La revisión de la HTA y otros dos artículos de revisión actuales destacan la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina sobre la reducción de pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos y ritualistas, la ansiedad y la agresividad en personas adolescentes y adultas con TEA, aunque su efecto no se ha demostrado en la infancia.

Evidencia de los estimulantes (metilfenidato)

Deben utilizarse con prudencia, ya que su efecto beneficioso es menor y se han descrito efectos adversos con más frecuencia que en la población general con TDA/H, entre los que se incluyen: retraimiento, irritabilidad, pérdida de peso y dificultad para conciliar el sueño.

Evidencia sobre los estimulantes α 2-adrenérgicos (clonidina)

No existe ninguna revisión sobre este tratamiento en los TEA.

Evidencia sobre la naltrexona (antagonista opiáceo)

La revisión de la HTA señala la falta de eficacia de este fármaco a corto plazo sobre la sintomatología autista, concretamente en la reducción del comportamiento autolesivo en los TEA.

Evidencia sobre la melatonina

En una revisión de tipo CAT no se encontró evidencia suficiente para recomendar esta terapia en los trastornos del sueño en los TEA.

Evidencia sobre los medicamentos antiepilépticos

La guía de buenas prácticas de Sidney señala la carbamacepina como un posible medicamento para la agresividad en personas con autismo, independientemente de que hayan presentado convulsiones o alteraciones en el electroencefalograma. Aunque existe una línea de investigación de creciente

interés sobre la utilidad de estos fármacos como moduladores del estado de ánimo, no hay evidencia actual sobre su eficacia en las personas con TEA.

Evidencia sobre la secretina

La secretina no puede recomendarse para el tratamiento de los TEA, ya que no existe evidencia empírica de que una única o múltiples dosis de la misma sean beneficiosas para el tratamiento de los síntomas centrales del autismo. También se advierte sobre la posible aparición de efectos adversos. Esta valoración coincide con la realizada por las guías de buenas prácticas de Nueva York, Ontario y Sidney.

Evidencia sobre las vitaminas y suplementos dietéticos

La revisión sistemática de la CDSR, que incluye una anterior de DARE, establece que –debido al escaso número de estudios metodológicamente sólidos y al limitado tamaño de las muestras– no existe evidencia de la eficacia de esta intervención y, por tanto, no se pueden realizar recomendaciones sobre el uso de la combinación vitamina B6/Mg o vitamina A en el autismo.

Estos compuestos estarían indicados únicamente en casos excepcionales de estados nutricionales carenciales o cuando exista una deficiencia documentada de estas vitaminas. También es necesario alertar sobre sus posibles efectos tóxicos.

Evidencia de las dietas libres de gluten y caseína

Las guías de buenas prácticas de Nueva York, Ontario y Sidney indican que no existe evidencia suficiente para su instauración, y subrayan la necesidad de realizar más estudios metodológicamente correctos.

Evidencia sobre la terapia antimicótica

Las guías de buenas prácticas de Nueva York, Ontario y Sidney concluyen que no existe evidencia que justifique su recomendación y alertan del riesgo asociado a la administración de medicamentos antifúngicos.

Evidencia de los tratamientos con quelantes

No existen revisiones sistemáticas de esta terapia en los TEA y, de acuerdo con la guía de buenas prácticas de Sidney, no tenemos actualmente estudios fiables de investigación que apoyen este tratamiento; se ha destacado que los quelantes son medicamentos potentes con importantes efectos adversos.

Evidencia sobre la inmunoterapia

Las guías de buenas prácticas de Nueva York, Ontario y Sidney coinciden en establecer que, ante la ausencia de evidencia de su eficacia, debido a las limitaciones metodológicas de los escasos estudios disponibles y el riesgo que estos tratamientos entrañan para la salud, no está recomendado su uso en el tratamiento de los TEA.

Evidencia sobre la terapia sacrocraneal

La revisión sistemática de la HTA no encuentra evidencia de eficacia de esta terapia para ningún tipo de trastorno. Las guías de buenas prácticas de Ontario y Sidney señalan que no existen estudios experimentales que permitan recomendar su uso en los pacientes con TEA.

Evidencia sobre las terapias asistidas con animales

Esta terapia no aparece en ninguna de las guías revisadas.

Terapias no descritas

Existen otras iniciativas terapéuticas como modelos, como el DENVER, Miller o Greenspan, los programas Son-Rise o Higashi, el 'abrazo forzado' *holding*, LEAP, Sand Tray, Floortime, etc., de los que no existen estudios experimentales que permitan recomendar su uso en los pacientes con TEA. Algunas de ellas, como el Son-Rise, no especifican cuál es su marco teórico.

D) PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL SISTEMA ÚNICO EN REHABILITACIÓN INFANTIL DEL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

En 1982 se sanciona la Ley 22431 de Sistema de protección integral de los discapacitados, en la que se legisla sobre objetivos, conceptos y clasificación sobre discapacidad, servicios de asistencia, prevención, órgano rector, salud, asistencia social, trabajo y educación, seguridad social, transporte y arquitectura diferenciada.

Ante la necesidad de un organismo de control y asesoramiento a nivel del Poder Ejecutivo Nacional, se crea en 1985, en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social, la Comisión Nacional para las Personas con Discapacidad, con la participación de representantes de organismos públicos y organismos no gubernamentales. Mediante el decreto 1101/87 esta comisión pasó a depender de la Presidencia de la Nación bajo el nombre de Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas.

En 1997 se sanciona la Ley 24901, que establece la obligatoriedad por parte del Estado y las Obras Sociales enunciadas en el artículo 1º de la Ley 23660 (Obras Sociales Sindicales) de brindar cobertura a sus afiliados mediante prestaciones de prevención, asistencia, promoción y protección con el objeto de otorgar una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos (Domínguez, 2004).

El 16 de Febrero de 1999 se firma la resolución 400/99 la cual establece, en el artículo 1º, que la Administración de Programas Especiales para los beneficiarios de las leyes 23660 y 23661 financiará el pago de todas las prestaciones detalladas en el Anexo III de esa resolución, pero en el Anexo I establece que "La Obra social reconoce que el apoyo financiero no es obligatorio para la Administración de Programas Especiales, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia. La denegatoria en ningún caso generará derecho alguno a favor de la Obra social, la que reconoce ser la única obligada frente al beneficiario.

Asimismo, la Obra Social asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la Administración de Programas Especiales por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del sistema" (Domínguez, 2004, cap. 2).

El Programa de Cobertura del Sistema Único establece los siguientes niveles de atención:

- Atención ambulatoria.
- Hospital de día.

- Centro de día.
- Centro Educativo Terapéutico.
- Estimulación Temprana.
- Educación Inicial.
- Educación General Básica.
- Apoyo a la integración escolar.
- Formación laboral y/o rehabilitación profesional.
- Internación en rehabilitación.
- Hogar.
- Residencia.
- Pequeño hogar.
- Prestaciones de apoyo.
- Transporte.

Teniendo en cuenta que la muestra se toma en un Centro de Rehabilitación, se describen aquellos niveles que pueden llegar a él:

- **Atención ambulatoria**

Destinado a pacientes con todo tipo de discapacidad que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación. Las patologías asistidas son las previstas en la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías –Organización Mundial de la Salud (OMS)– con la certificación establecida por la junta evaluadora de discapacidad. La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico. La prestación institucional será en:

- Clínicas o sanatorios de rehabilitación.
- Hospitales con servicios de rehabilitación.
- Consultorios de rehabilitación de hospitales.
- Clínicas o sanatorios polivalentes.
- Centros de rehabilitación.
- Consultorio particular.

La modalidad de la cobertura será:

- a) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende 5 días en la semana más una especialidad.
- b) Modulo por tratamiento integral simple: incluye menos de 5 días semanales y más de una especialidad.

Cada uno de los módulos incluye:

- Fisiatría–kinesiología.
- Terapia ocupacional.
- Psicología.

- Fonoaudiología.
- Psicopedagogía.
- Otros tipos de atención reconocidos por la autoridad competente.

- **Hospital de día**

Se refiere al tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. Los destinatarios son pacientes con todo tipo de discapacidades físicas motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución de rehabilitación.

Las patologías asistidas son las previstas en la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías –OMS– con la certificación establecida por la junta evaluadora de discapacidad. La prestación institucional será en:

- Clínicas o sanatorios de rehabilitación.
- Hospitales con servicios de rehabilitación.
- Centros de rehabilitación.

La modalidad de la cobertura será la concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla. El módulo incluye honorarios profesionales, gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamiento necesarias para su rehabilitación.

El hospital de día de media jornada incluye colación, y almuerzo en caso de jornada doble.

- **Estimulación Temprana**

Se refiere al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad. Está dirigido a niños con discapacidad de 0 a 4 años y, eventualmente, hasta 6 años. La modalidad de la cobertura es la atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentra, con participación activa del grupo familiar.

- **Educación Inicial**

Se refiere a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad cronológica, con posibilidad de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel.

Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, con discapacidad sensorial, motora con o sin compromiso intelectual. La prestación institucional es escuela de educación especial. La modalidad de la cobertura será la concurrencia diaria en jornada simple o doble, de

acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

- **Educación General Básica**

Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escuela especial o común, dirigida a niños con discapacidad leve, moderada o severa, con discapacidad sensorial motora con o sin compromiso intelectual.

La prestación institucional se dará en la escuela de educación especial. La modalidad de la cobertura será la concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

- **Apoyo a la integración escolar**

Se refiere al proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Abarca una población de 3 a 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse. Dirigida a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, intelectual) que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles (inicial, EGB, etc.). La prestación se realizará en el equipo técnico interdisciplinario de apoyo, conformado por profesionales y docentes especializados. La cobertura se realizará en escuela común, consultorio, domicilio y en forma simultánea y/o sucesiva, según corresponda.

- **Prestaciones de apoyo**

Se entiende por prestaciones de apoyo a aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal. Está dirigido a niños, jóvenes o adultos con discapacidad y con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales. La prestación podrá ser:

- Ambulatoria
- Domiciliaria
- Consultorio
- Centro de rehabilitación

Será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por la autoridad competente.

Estas prestaciones deberán ser debidamente justificadas en el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

El máximo de tiempo de las prestaciones de apoyo será de hasta 6 horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención, deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas (Domínguez, 2004, cap. 3).

E) EL ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN COMO TOMA DE DECISIONES

Se entiende por prescripción la receta de un medicamento, medio o instrumento terapéutico prescrita por una persona autorizada y recibida por otra persona autorizada para dispensar o realizar la orden (*Diccionario de medicina Océano Mosby*, p. 1043).

“En la práctica médica de nuestros días es un hecho habitual que el médico se vea enfrentado a elegir entre diversas opciones la más adecuada para su paciente. A menudo este ejercicio implica optar por un procedimiento terapéutico que no siempre asegura su mejoría, lo que sólo puede ser válido en algunos casos, pero en otros se debe recurrir a procedimientos paliativos que empíricamente poseen resultados semejantes” (*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004*, N° 42[1], pp. 9-21).

La prescripción implica una toma de decisión y, como tal, puede ser analizada mediante los modelos clásicos de análisis de las decisiones. En tal sentido, Bonatti (Bonatti, 2011) propone un esquema integrador de tres fases para ejemplificar el proceso decisorio, según su esquema:

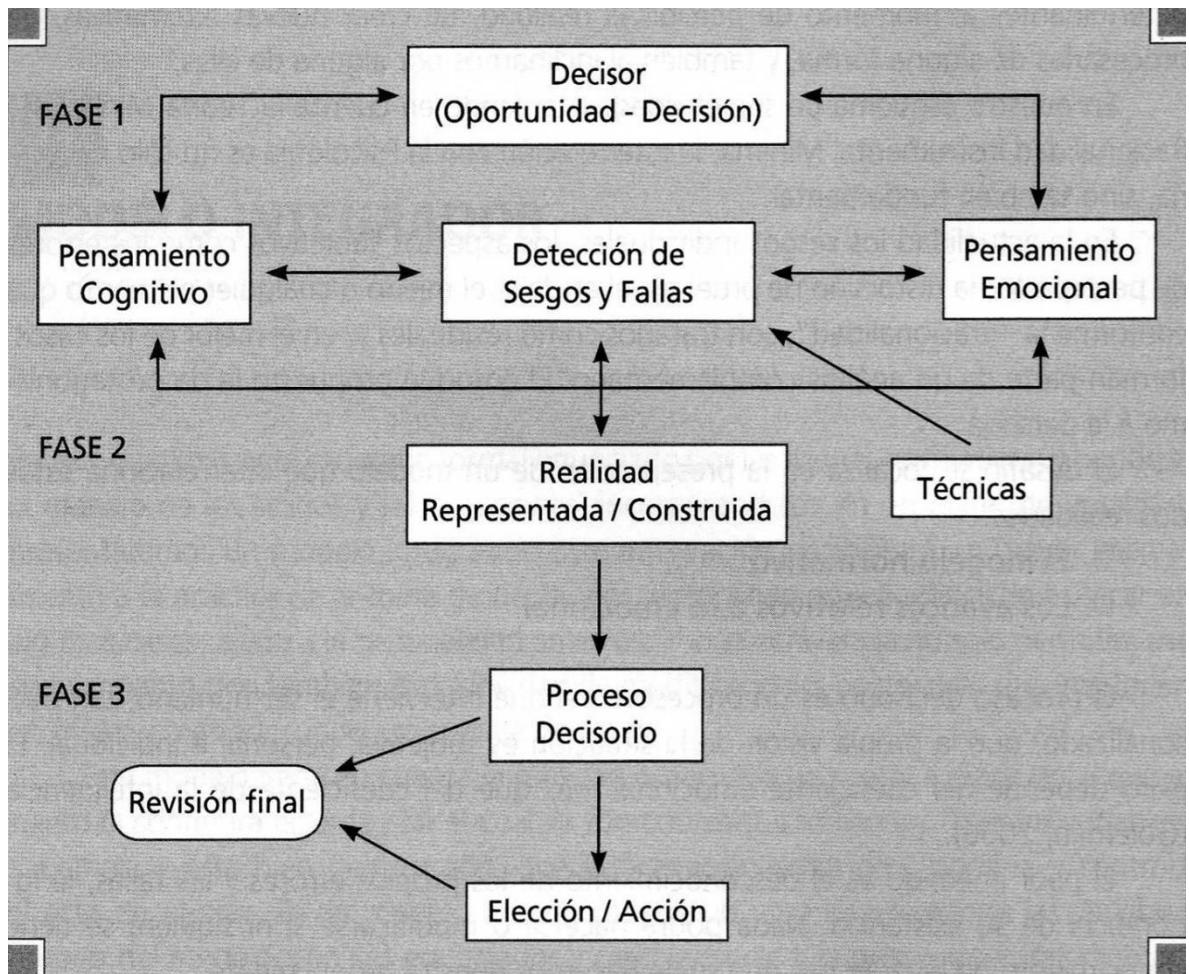


Figura 1. Esquema integrador de la decisión

Fuente: Bonatti (2011, 54)

En donde cada fase representa un momento del proceso decisorio, que a su vez contiene elementos que será pertinente analizarlos a fin de lograr una mejor decisión (Conte, 2012):

- **FASE 1**

El médico se encuentra con la situación que le presenta una desviación, un problema del desarrollo en un niño. Esta fase es subjetiva, tanto cognitiva como emocional, que finaliza con la representación constructiva del mundo objeto de la decisión. Aquí será necesario la eliminación y minimización de sesgos que el médico utiliza como formas idiosincrásicas de organizar la información compleja y cambiante.

- **FASE 2**

Esta fase es objetiva, el proceso de toma de decisiones cuenta con un modelo normativo, asiento de la teoría de la decisión que no se analizará en esta tesis, solo se tomarán las elecciones de estas decisiones y se tratará de

inferir distintos aspectos de la realidad representada por el decisor en función a las entrevistas realizadas.

- **FASE 3**

Revisión final del proceso decisorio, cuyo objetivo es detectar incongruencias de las fases anteriores, introducir o rescatar datos del problema que aportan nueva información al mundo de la decisión. Tampoco se analizará en esta tesis.

Por otro lado, a la clásica relación de agencia descrita por Barrionuevo (Barrionuevo, 2004), "donde el médico es el agente y el paciente el principal; en este tipo de relación el agente decide por el principal qué debe éste "consumir" para conservar, mejorar o restablecer su estado de salud".

"El médico decide por un lado la cantidad y tipo de los insumos necesarios y por otro lado cantidad y tipo de servicio/'producto' que debe consumir el paciente". Es decir, que interviene tanto en la oferta como en la demanda, ejerciendo así una doble intermediación.

Asimismo, en este caso aparecen el financiador y la familia como actores relevantes de la toma de decisiones prescriptiva. Se tiene, así, una persona que prescribe (médico) muchas veces a solicitud de los padres del paciente y otra que la ejecuta (centro, escuela, profesionales, etc.), pero en el medio hay una persona que autoriza la realización de la orden por el financiador y que en algunos casos asigna el prestador o servicio que cumplirá la orden.

Como sigue diciendo Barrionuevo (Barrionuevo, 2004), "La mayor o menor medida en que el agente considera los intereses del principal por sobre los suyos determina el grado de 'perfección' o 'imperfección' de las decisiones del médico-agente como representante del paciente-principal y como consecuencia de ésta imperfección aparece el problema de la demanda inducida".

F) ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES EN REHABILITACIÓN INFANTIL PARA EL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

Con el fin de cumplir con los objetivos de este trabajo, se tomaron las prescripciones recibidas en una institución que se dedica a brindar tratamiento a personas con TEA, durante los años 2011-2012.

De un total de 21 pacientes se obtuvieron 58 prescripciones, de las que se analizaron los siguientes datos:

- a) Qué especialistas médicos realizaron las prescripciones.
- b) Cuáles fueron los tratamientos prescritos.
- c) Cuál fue el tipo de cobertura prestacional solicitada.

a) Médicos especialistas que realizaron las prescripciones

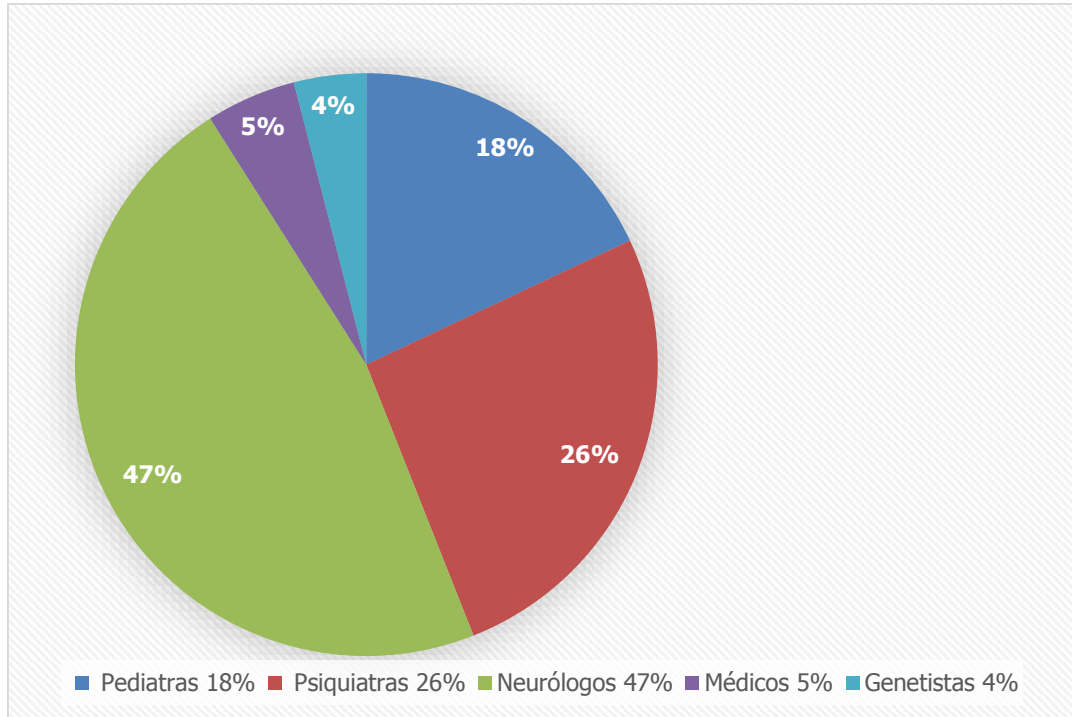
Las especialidades médicas participantes en la muestra fueron un total de 5 y se distribuyen de la siguiente manera:

Cuadro 1. Distribución de especialistas participantes en la muestra

Especialista	Cantidad de prescripciones	Porcentaje
Pediatra	10	18%
Psiquiatra	15	26%
Neurólogo	27	47%
Médico	3	5%
Genetista	2	4%

En el cuadro 1 se observa cuáles fueron los especialistas médicos que participaron de la muestra, la cantidad de prescripciones que realizó cada uno y el porcentaje correspondiente de las mismas dentro de la muestra. Es interesante ver que, de las especialidades médicas que intervienen en la muestra, la mayor cantidad de prescripciones la realizan los neurólogos, siguiéndole los psiquiatras. Asimismo, se observa que siendo el TEA un trastorno del desarrollo y los pediatras los especialistas en desarrollo, estos solo realizaron un 18% de prescripciones de tratamiento.

Gráfico 1. Especialistas médicos participantes en la muestra



En el gráfico 1 se observa la distribución de los porcentajes correspondientes a las prescripciones realizadas por cada médico especialista. En el mismo se evidencia que el mayor porcentaje corresponde a las prescripciones realizadas por médicos neurólogos.

b) Tratamientos prescritos

Cuadro 2. Tratamientos prescritos

Cuenta de tratamientos	Total
Tratamientos	
Estimulación temprana	1
Fonoaudiología	3
Fonoaudiología terapia cog. cond.	1
Habilidades sociales	1
Integración escolar	2
Mismo esquema terapéutico	1
Musicoterapia	2
Neurolingüística	4
Psicología	7
Psicología terapia cognitivo conductual	1
Psicomotricidad	1
Psicopedagogía	8
TCC	3
TCC domiciliario	1

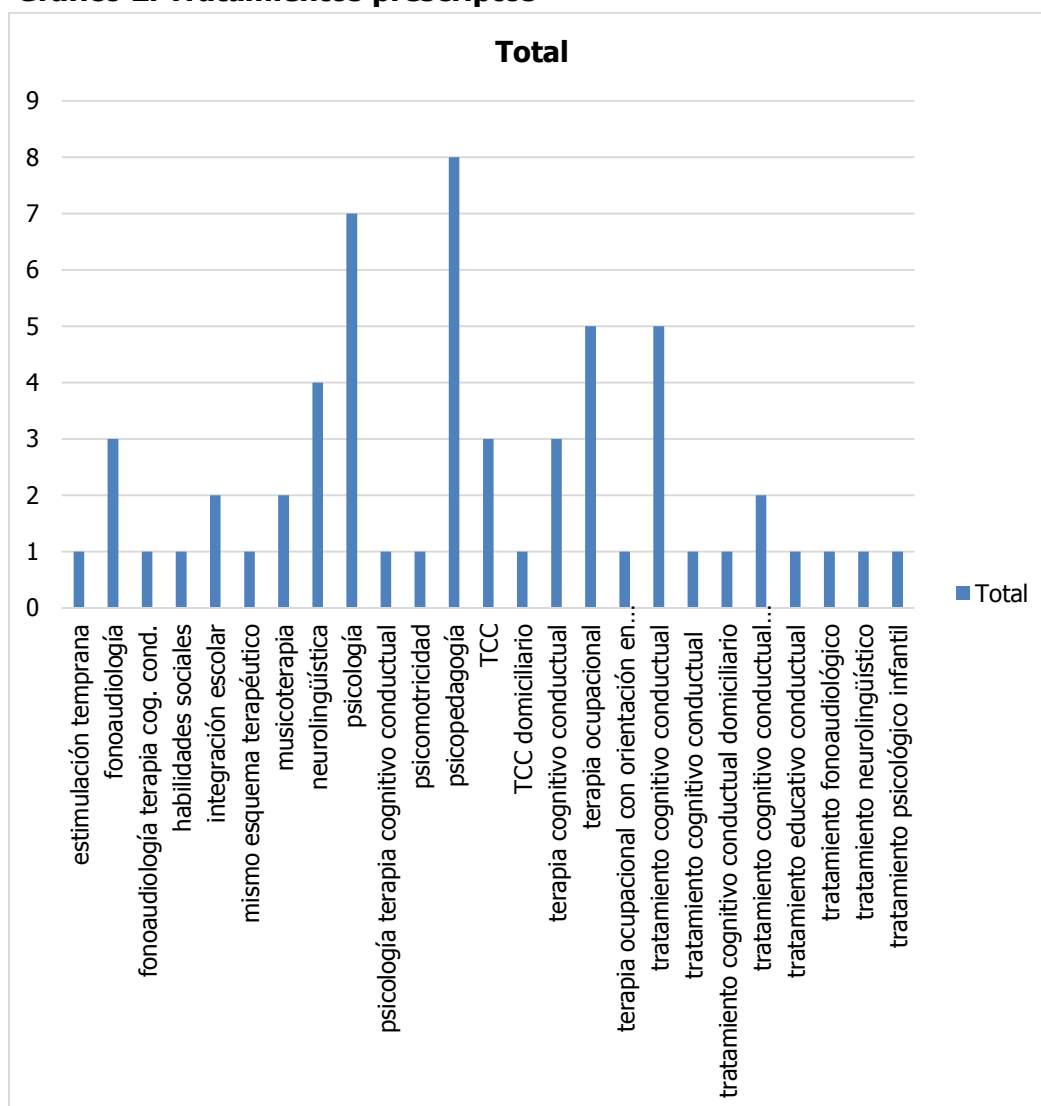
Terapia cognitivo conductual	3
Terapia ocupacional	5
Terapia ocupacional con orientación en integración sensorial	1
Tratamiento cognitivo conductual	5
Tratamiento cognitivo conductual	1
Tratamiento cognitivo conductual domiciliario	1
Tratamiento cognitivo conductual domiciliario intensivo	2
Tratamiento educativo conductual	1
Tratamiento fonoaudiológico	1
Tratamiento neurolingüístico	1
Tratamiento psicológico infantil	1
Total general	58

En el cuadro 2 aparecen todos los tratamientos indicados por los médicos tratantes, que fueron un total de 24. En la columna del total figura la cantidad de veces que un médico prescribió ese tratamiento. Por último, se observa hacia el final del cuadro como total general la suma total de las prescripciones realizadas, siendo las mismas 58 prescripciones, que conforman el 100% de la muestra para este trabajo.

Analizando los datos en detalle se observa que se prescribe con distintos nombres una misma prestación, como por ejemplo TCC, tratamiento cognitivo conductual, terapia cognitivo conductual. También se hace evidente que se utilizan como sinónimos las palabras "tratamiento" y "terapia".

Se observa que se prescriben tanto tratamientos (tratamiento cognitivo conductual) como especialidades (psicología, fonoaudiología, entre otras) y aparecen finalmente prescripciones referidas a intervenciones en habilidades específicas (habilidades sociales) y a integración escolar. Tomando todos los datos en conjunto y mirados a la luz del sistema único, se puede ver que los médicos tratantes prescriben tanto tratamientos contemplados en el sistema único como aquellos que no.

Gráfico 2. Tratamientos prescritos



En el gráfico 2 se observan en el eje horizontal los tratamientos prescritos y en el eje vertical la cantidad de veces que fue prescrito cada tratamiento. Aquí el dato más sobresaliente es que los valores más altos corresponden a psicopedagogía y psicología.

Cuadro 3. Tratamientos agrupados por categorías equivalentes

Categoría ESPECIALIDAD	
Fonoaudiología	18%
Fonoaudiología	3
Fonoaudiología terapia cog. cond.	1
Neurolingüística	4
Tratamiento fonoaudiológico	1
Tratamiento neurolingüístico	1
Total general	10
Psicología	18%

Habilidades sociales	1
Psicología	7
Psicología terapia cognitivo conductual	1
Tratamiento psicológico infantil	1
Total general	10
Psicopedagogía	16%
Psicopedagogía	8
Tratamiento educativo conductual	1
Total general	9
Terapia Ocupacional	11%
Terapia ocupacional	5
Terapia ocupacional con orientación en integración sensorial	1
Total general	6
Categoría: Tratamiento Cognitivo Conductual	
TCC	28%
TCC	3
TCC domiciliario	1
Terapia cognitivo conductual	3
Tratamiento cognitivo conductual	5
Tratamiento cognitivo conductual	1
Tratamiento cognitivo conductual domiciliario	1
Tratamiento cognitivo conductual domiciliario intensivo	2
Total general	16
Categoría: Otras Especialidades	
Otras Especialidades	7%
Estimulación temprana	1
Musicoterapia	2
Psicomotricidad	1
Total general	4
Categoría: No tratamiento	
No Tratamientos	6%
Integración escolar	2
Mismo esquema terapéutico	1
Total general	3

Se entenderá que una categoría profesional es equivalente a otra cuando la aptitud profesional necesaria para el desempeño de las funciones propias de la primera permita desarrollar las prestaciones laborales básicas de la segunda, previa la realización, si ello fuera necesario, de procesos simples de formación o adaptación.

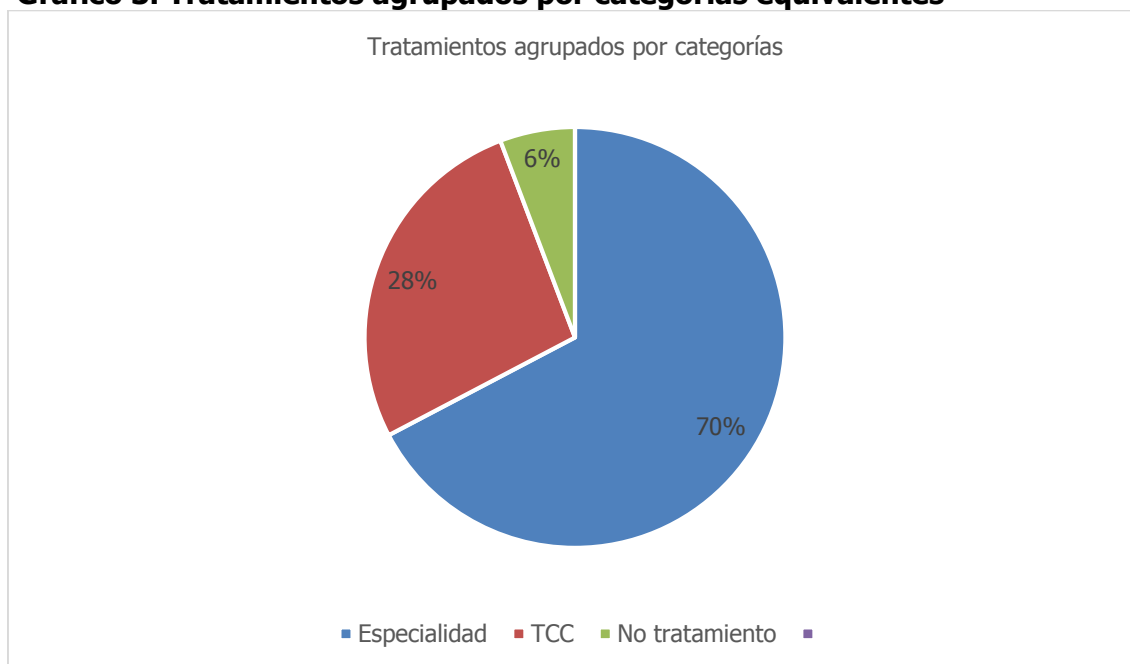
Para los fines de este trabajo se agruparon los tratamientos cuyos nombres sugieren pertenecer a la misma especialidad o marco teórico.

En el cuadro 3 se plasman los tratamientos agrupados por categorías equivalentes. Como se puede observar, de dicha agrupación surgen dos grandes categorías: especialidad y tratamiento cognitivo conductual, cuyo valor de equivalencia en la primera es la especialidad (psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicomotricidad, musicoterapia) y en la segunda es el marco teórico (psicología cognitiva, conductismo).

Por fuera de estas dos grandes categorías queda otra que se conforma como categoría distinta, dado que no es tratamiento (integración escolar) o, siéndolo, no especifica cuál se prescribe (mismo esquema de tratamiento), quedando la categoría con el nombre de "no tratamiento".

Se observa, además, la cantidad de prescripciones solicitadas por cada tipo de tratamiento, la suma total correspondiente a cada categoría y la distribución en porcentajes de cada una.

Gráfico 3. Tratamientos agrupados por categorías equivalentes



En el gráfico 3 se observa la distribución de los porcentajes según cada categoría equivalente, siendo en la categoría "Especialidad" (70%) donde se observa el mayor porcentaje de prescripciones. Asimismo, la segunda categoría con mayor porcentaje de prescripciones (24%) corresponde a la de TCC (tratamiento cognitivo conductual). Se observa, por último, una tercera categoría con el nombre de "no tratamiento", es en esta llamativo que los médicos de cabecera prescriben servicios que no son tratamientos, como lo es la integración escolar.

c) Cobertura prestacional efectuada para niños que presentan trastorno generalizado del desarrollo

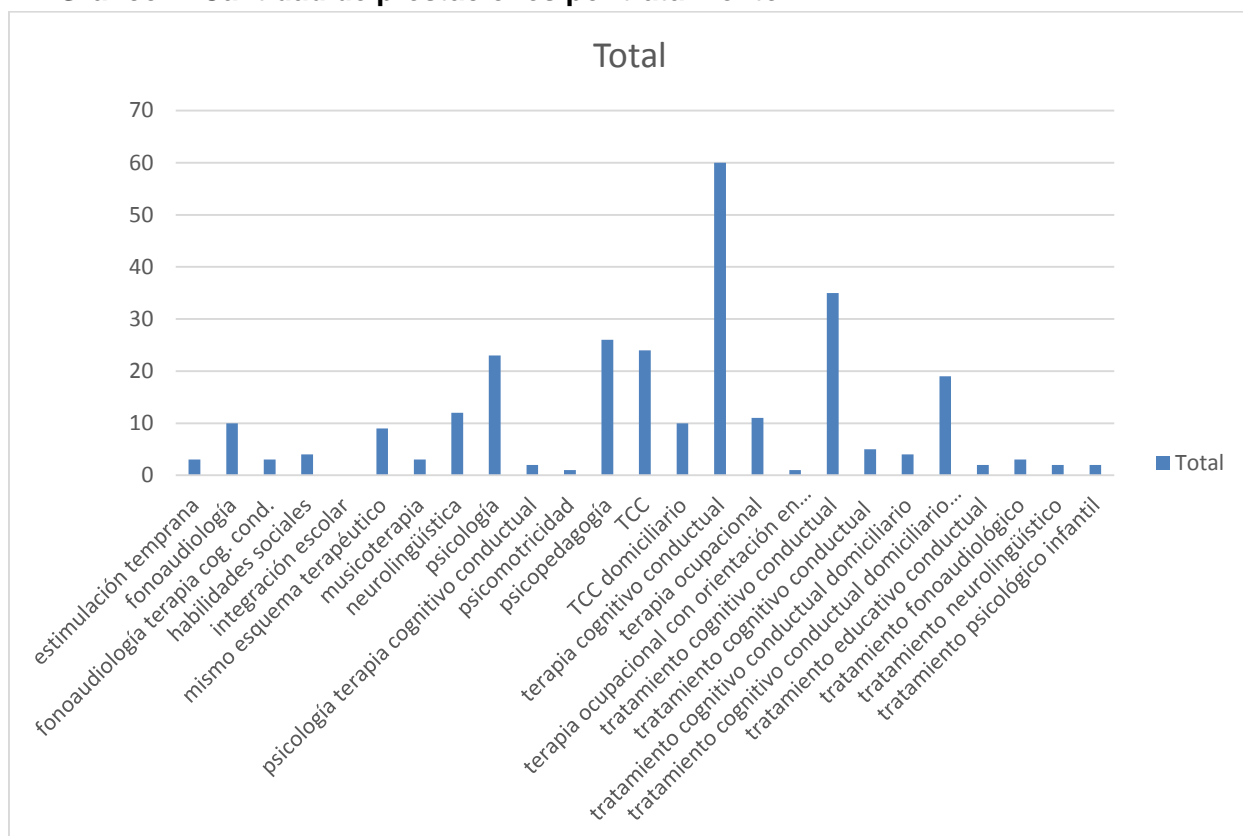
La carga prestacional total fue de 274 prestaciones semanales, distribuyéndose de la siguiente manera:

Cuadro 4. Cantidad de prestaciones pedidas por tratamiento

Tratamiento	Suma de prestaciones
Estimulación temprana	3
Fonoaudiología	10
Fonoaudiología terapia cog. cond.	3
Habilidades sociales	4
Integración escolar	
Mismo esquema terapéutico	9
Musicoterapia	3
Neurolingüística	12
Psicología	23
Psicología terapia cognitivo conductual	2
Psicomotricidad	1
Psicopedagogía	26
TCC	24
TCC domiciliario	10
Terapia cognitivo conductual	60
Terapia ocupacional	11
Terapia ocupacional con orientación en integración sensorial	1
Tratamiento cognitivo conductual	35
Tratamiento cognitivo conductual	5
Tratamiento cognitivo conductual domiciliario	4
Tratamiento cognitivo conductual domiciliario intensivo	19
Tratamiento educativo conductual	2
Tratamiento fonoaudiológico	3
Tratamiento neurolingüístico	2
Tratamiento psicológico infantil	2
Total general	274

En el cuadro 4 se observan en la columna de la izquierda todos los tratamientos prescritos y en la columna de la derecha la cantidad de prestaciones pedidas por cada tratamiento. Aquí se hace evidente que el mayor pedido de prestaciones corresponde a la denominación de terapia cognitivo conductual; así, 60 prestaciones de las 274 pedidas corresponden a esta última.

Gráfico 4. Cantidad de prestaciones por tratamiento



En el gráfico 4 se observa cómo se distribuyen la cantidad de prestaciones por tratamiento.

Cuadro 5. Cantidad de prestaciones agrupadas por categoría

Tratamientos agrupados por categoría	
ESPECIALIDAD: Fonoaudiología %	Prestaciones
Fonoaudiología	10
Fonoaudiología terapia cog. cond.	3
Neurolingüística	12
Tratamiento fonoaudiológico	3
Tratamiento neurolingüístico	2
Total general 11%	30
ESPECIALIDAD: Psicología	
Habilidades sociales	4
Psicología	23
Psicología terapia cognitivo conductual	2
Tratamiento psicológico infantil	2

Total general 11%	31
ESPECIALIDAD: Psicopedagogía	
Psicopedagogía	26
Tratamiento educativo conductual	2
Total general 10%	28
ESPECIALIDAD: TO	
Terapia ocupacional	11
Terapia ocupacional con orientación en integración sensorial	1
Total general 5%	12
Tratamiento Cognitivo Conductual	
TCC	24
TCC domiciliario	10
Terapia cognitivo conductual	60
Tratamiento cognitivo conductual	35
Tratamiento cognitivo conductual	5
Tratamiento cognitivo conductual domiciliario	4
Tratamiento cognitivo conductual domiciliario intensivo	19
Total general 57%	157
ESPECIALIDADES: Otros tratamientos	
Estimulación temprana	3
Musicoterapia	3
Psicomotricidad	1
Total general 3%	7
No tratamiento	Prestaciones
Integración escolar	
Mismo esquema terapéutico	9
Total general 3%	9

Cuadro 5.1. Total de prestaciones agrupadas por categoría

Total fonoaudiología 11%	30
Total psicología 11%	31
Total psicopedagogía 10%	28
Total terapia ocupacional 5%	12
Total tratamiento cognitivo conductual 57%	157
Total otras especialidades 3%	7
Total no tratamientos 3%	9

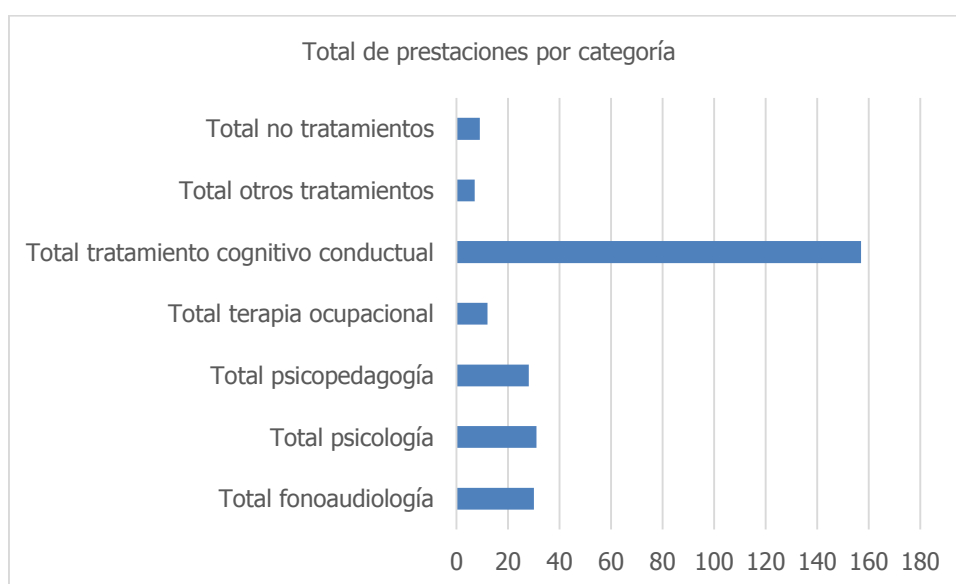
En el cuadro 5 se observa la cantidad de prestaciones pedidas por tratamiento, la cantidad de prestaciones pedidas agrupadas por categorías equivalentes y la distribución en porcentajes de cada categoría.

En el cuadro 5.1 se trasladaron los totales de las prestaciones pedidas y sus porcentajes correspondientes a cada categoría.

Analizando los datos en detalle, se hace evidente que la categoría tratamiento cognitivo conductual es el tratamiento con mayor carga prestacional solicitada, sumando así 157 prestaciones semanales, equivalentes al 57% de las prestaciones totales solicitadas.

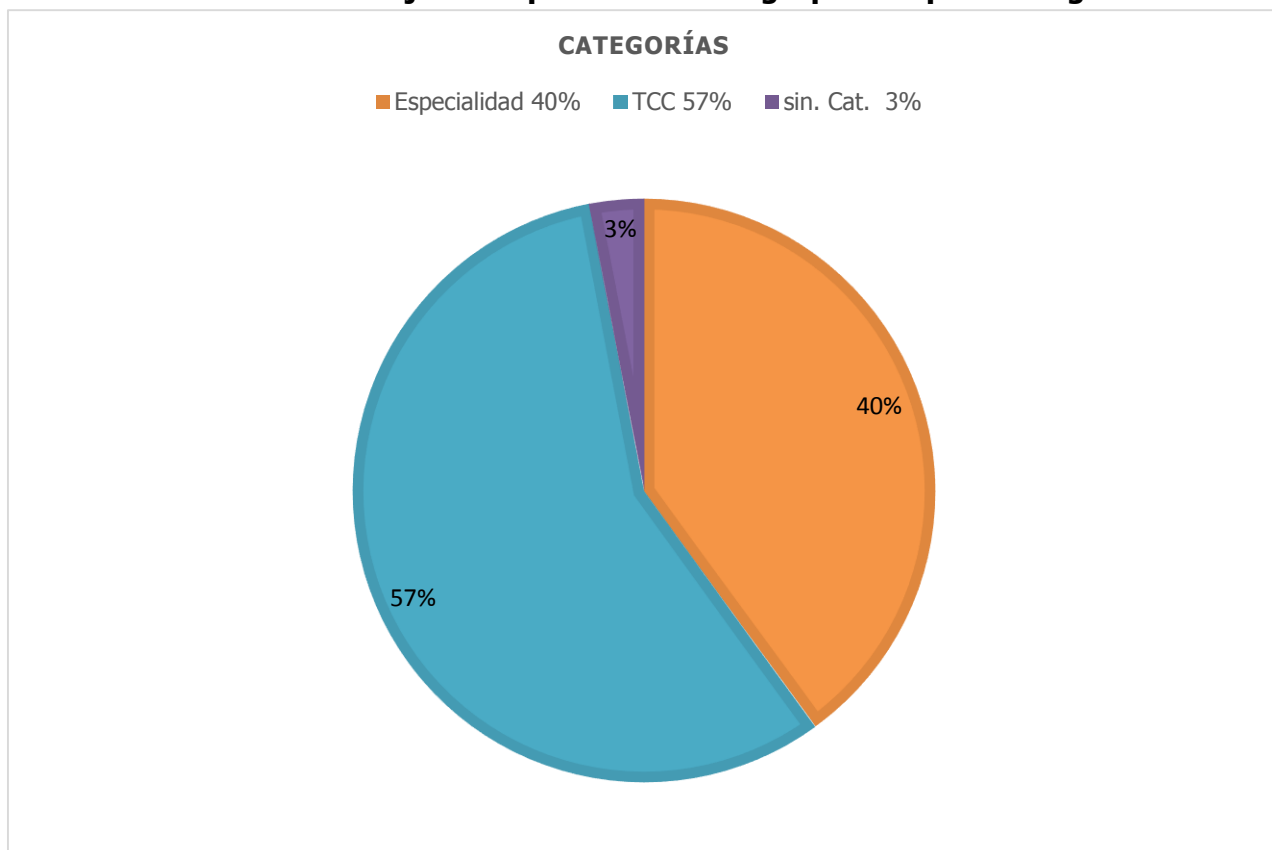
También se observa que el resto de las prestaciones se reparten en forma pareja entre la categoría especialidades, quedando la distribución de la siguiente manera: fonoaudiología 11%, psicología 11% y psicopedagogía 10%.

Gráfico 5. Cantidad de prestaciones agrupadas por categoría



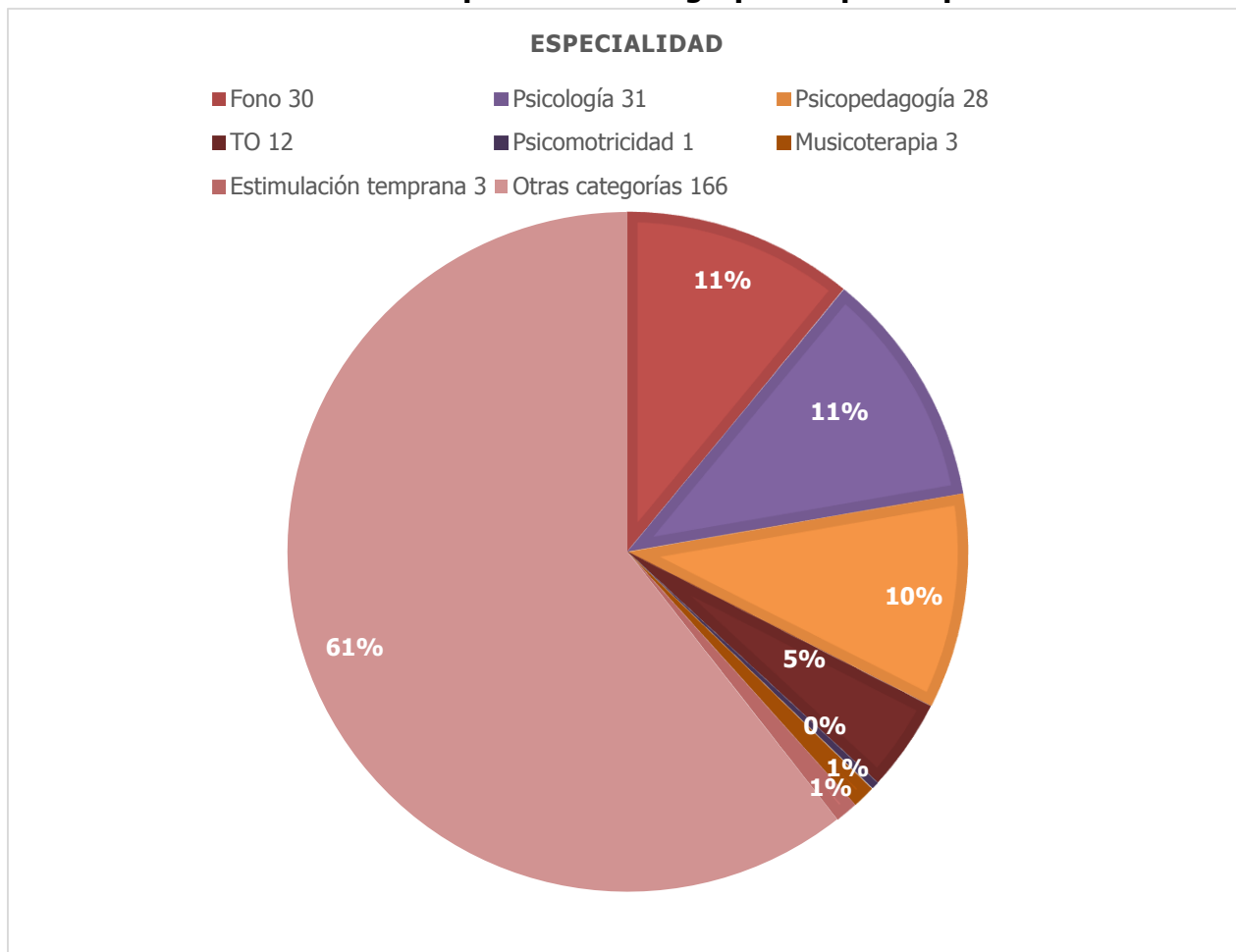
En el gráfico 5 se plasman claramente la cantidad de prestaciones semanales pedidas por tratamiento, observándose la marcada diferencia entre las prestaciones pedidas para la categoría tratamiento cognitivo conductual y el resto de las categorías.

Gráfico 5.1. Porcentaje de prestaciones agrupadas por categoría



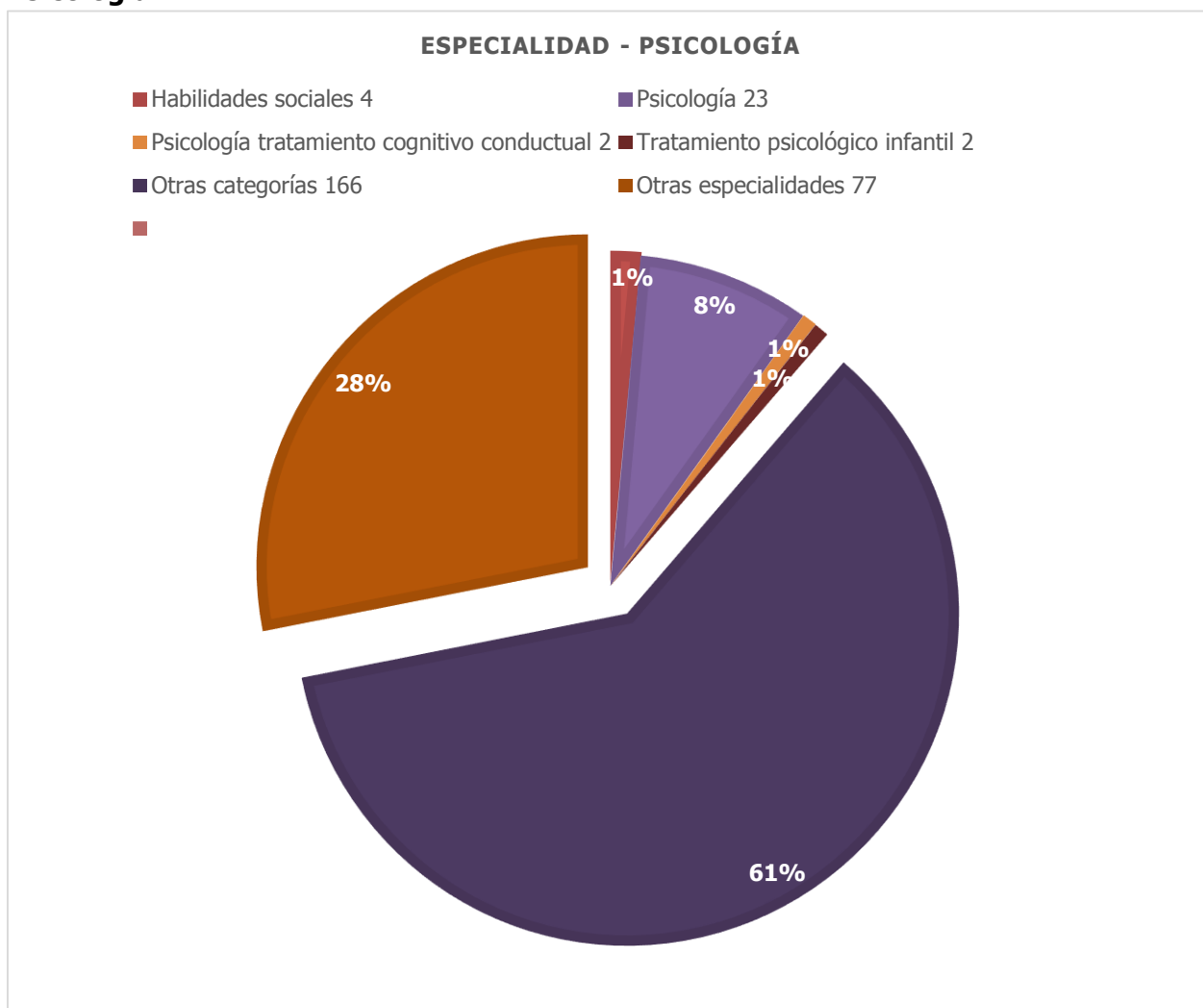
En el gráfico 5.1 se observa la distribución en porcentajes de la cantidad de prestaciones semanales agrupadas por categorías. Aquí se observa que para la categoría de tratamiento cognitivo conductual el porcentaje es de 57% y la suma de los porcentajes correspondientes a toda la categoría ESPECIALIDAD suma un 40% de las prestaciones pedidas.

Gráfico 5.2. Cantidad de prestaciones agrupadas por especialidades



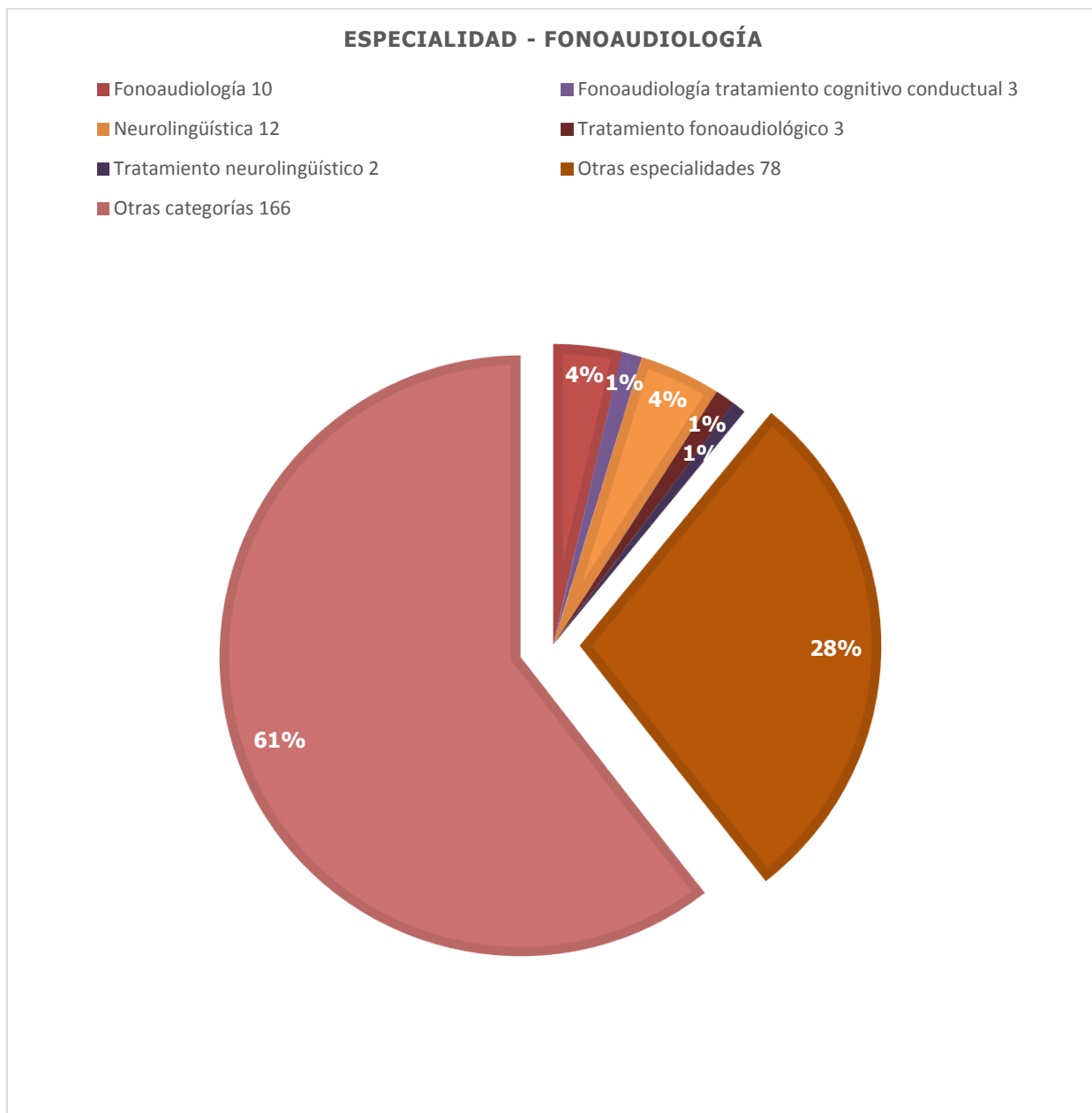
En el gráfico 5.2 se observa la distribución en porcentajes de las prestaciones solicitadas por cada especialidad. Se destaca como mayor porcentaje el correspondiente a las especialidades de psicología y fonoaudiología con 11%. Si sumamos el porcentaje de la categoría ESPECIALIDAD, el mismo suma un 40% correspondiente a 108 prestaciones semanales.

Gráfico 5.2. Cantidad de prestaciones agrupadas por especialidad - Psicología



En el gráfico 5.2 se observa la distribución en porcentajes de las prestaciones solicitadas por la especialidad de psicología. En el mismo se destaca que la suma de los porcentajes correspondientes a dicha categoría es de 11%, quedando el 28% restante distribuido en las otras especialidades de dicha categoría. Observando en detalle, dentro de la misma categoría el tratamiento más prescrito es el de psicología, con 23 prestaciones, que corresponden al 8% del total de esta categoría.

Gráfico 5.3. Cantidad de prestaciones agrupadas por especialidad – Fonoaudiología



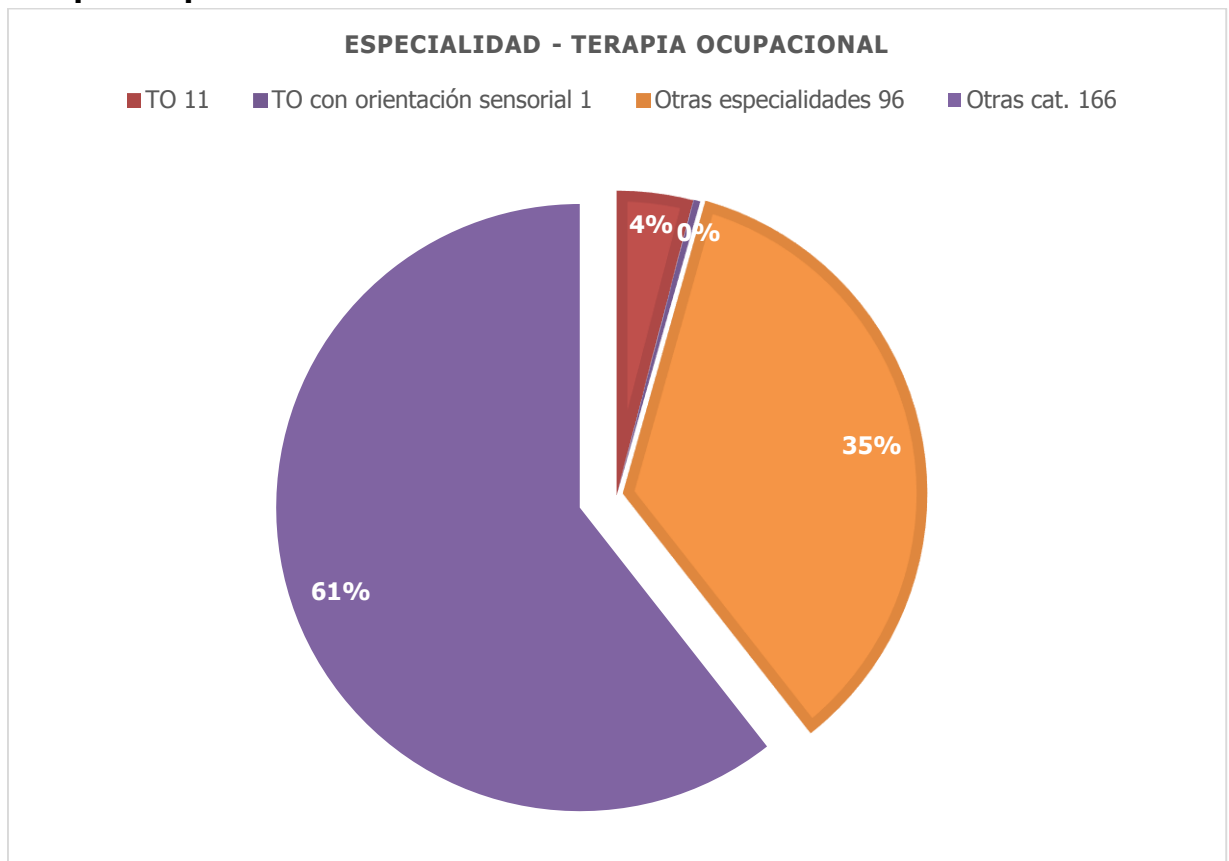
En el gráfico 5.3 se observa la distribución en porcentajes de las prestaciones solicitadas para la especialidad de fonoaudiología. En el mismo se destaca que la suma de los porcentajes correspondientes a dicha categoría es de 11%, quedando un 28% para el resto de la categoría ESPECIALIDAD. Dentro del 11%, los tratamientos con más prestaciones son fonoaudiología y neurolingüística con 10 y 12 prestaciones respectivamente.

Gráfico 5.4. Cantidad de prestaciones agrupadas por especialidad – Psicopedagogía



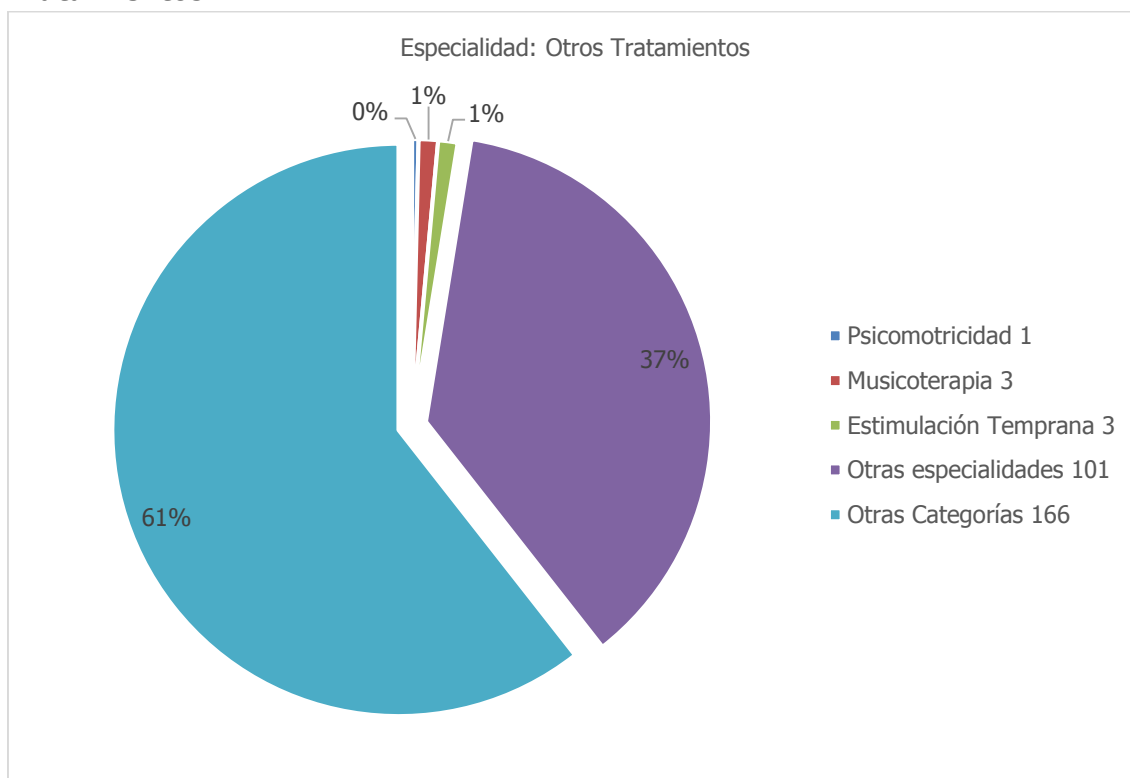
En el gráfico 5.4 se observa la distribución en porcentajes de las prestaciones solicitadas para la especialidad de psicopedagogía. En el mismo se destaca que la suma de los porcentajes correspondientes a dicha categoría es de 10%, quedando para el resto de la categoría ESPECIALIDAD el 29%. Observando en detalle, el mayor porcentaje dentro de la categoría "ESPECIALIDAD: psicopedagogía" es para psicopedagogía, con 26 prestaciones.

Gráfico 5.5. Cantidad de prestaciones agrupadas por especialidad – Terapia Ocupacional



En el gráfico 5.5 se observa la distribución en porcentajes de las prestaciones solicitadas por la especialidad de Terapia Ocupacional. En el mismo se destaca que la suma de los porcentajes correspondientes a dicha categoría es de 4%. De esta forma, queda para el resto de la categoría ESPECIALIDAD el 35%.

Gráfico 5.6. Cantidad de prestaciones agrupadas por especialidad – Otros Tratamientos



En el gráfico 5.6 se observa la distribución en porcentajes de las prestaciones solicitadas por las especialidades de Psicomotricidad, Musicoterapia y Estimulación Temprana que conforman la categoría otros tratamientos. En el mismo se destaca que la suma de los porcentajes correspondientes a dicha categoría es de 7%.

Categoría - Tratamiento cognitivo conductual

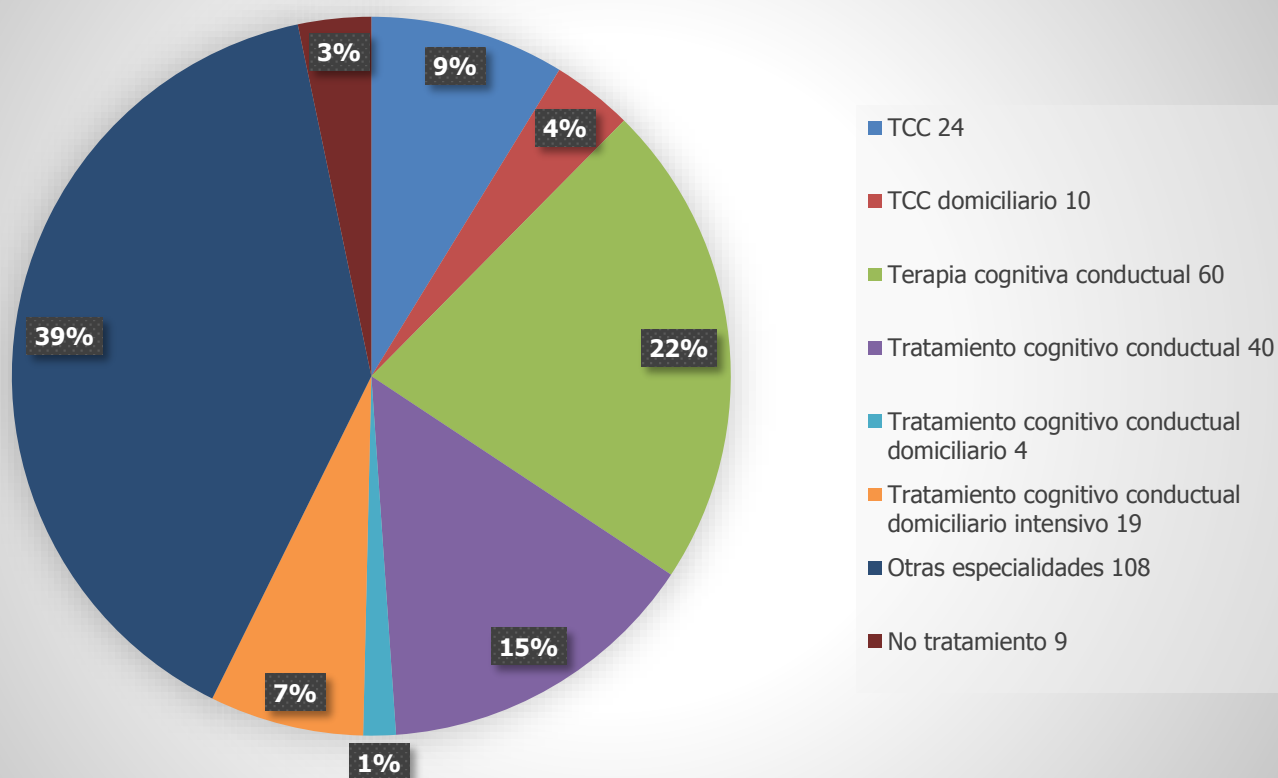


Gráfico 5.7. Cantidad de prestaciones agrupadas por tratamiento cognitivo conductual

En el gráfico 5.7 se observa la distribución en porcentajes de las prestaciones solicitadas por la categoría tratamiento cognitivo conductual. En el mismo se destaca que la suma de los porcentajes correspondientes a dicha categoría es de 57%, siendo el porcentaje más alto el 22%, que corresponde a la denominación Terapia cognitiva conductual, y 15% a Tratamiento cognitivo conductual. Comparando los porcentajes totales se hace evidente que la suma del porcentaje de toda la categoría (57%) es mayor a la suma de los porcentajes de las otras categorías.

G) CRITERIOS QUE MANIFIESTAN LOS MÉDICOS PRESCRIPTORES EN LA TOMA DE DECISIONES DE UN TRATAMIENTO PARA NIÑOS CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

Como bien lo expresó el Dr. Ángel Rivière, el autismo (trastornos generalizados del desarrollo o trastornos del espectro autista, según las clasificaciones actuales) nos enfrenta a varios desafíos:

- En la comprensión.
- En la explicación.
- En el tratamiento.

Cuando hablamos de tratamiento, el desafío radica en cuál es el más adecuado para personas con esta condición y, en nuestro contexto, cómo se debe prescribir siguiendo las normativas vigentes.

Como se dijo en apartados anteriores, en la práctica médica de nuestros días es un hecho habitual que el médico se vea enfrentado a elegir entre diversas opciones la más adecuada para su paciente, y en ello debe tomar una posición con relación a qué y cómo prescribir el tratamiento que considera más adecuado.

Con el objetivo de indagar más acerca de la posición tomada por los médicos y comparar esta con lo escrito en las prescripciones de tratamiento a las personas con TEA, se entrevistó a un neurólogo infanto-juvenil, un psiquiatra infanto-juvenil y un pediatra, todos especialistas en TEA y de amplia trayectoria en el campo, por lo que se los tomó como informantes calificados.

Los tres son profesionales con amplia experiencia en TEA, que ejercen su profesión tanto en el ámbito privado como en hospitales públicos. Son asesores y consultores médicos dentro de su especialidad en varias instituciones y ejercen la docencia en distintas universidades.

La entrevista realizada, de característica semiestructurada, consta de 17 ítems que indagan específicamente en tres ejes: tratamientos prescritos, familia y financiador. Los 17 ítems fueron pensados como guía para el entrevistador y con ello poder darle la oportunidad al especialista de agregar información que no estuviera contemplada en la misma. Un ejemplo de ello fue el considerar parte de la terapia del niño/joven a la terapia familiar o apoyo psicoeducativo a los padres.

El primer tema que se aborda es la cuestión del diagnóstico y el tratamiento. En este sentido, todos los profesionales concuerdan en que la categoría TGD es muy amplia y algunos utilizan la expresión: "TGD es un espectro". Afirman también que "no

hay un tratamiento único para cada espectro, dependiendo de la intensidad sintomática y el estado del niño/ joven”.

En relación al tratamiento, también hablan de “distintas ofertas de tratamiento” “donde uno adhiere a unas y a otras no”, y agregan “ahí hay también un espectro de tratamientos”, que va desde una oferta muy psicoanalítica a una oferta muy conductista.

Ponen un tercer grupo de tratamientos, entre los cuales nombran Son-rise, DIR, etc., de los cuales algunos de los profesionales consideran que “tratan de coordinar una estrategia más espontánea con estrategia más dirigida”, y otros profesionales, si bien los mencionan, afirman desconocerlos en profundidad, por lo que se siguen orientado a indicar tratamientos cognitivos conductuales.

Cuando se los interroga con relación a si se pueden combinar distintos tratamientos, las opiniones están divididas, unos profesionales dicen que “sí”, otros dicen categóricamente que “no”. En este último sentido agregan: “yo creo que las indicaciones tienen que ver con la intensidad de la sintomatología, también con la edad del paciente”.

Con relación a la musicoterapia, zooterapia, equinoterapia, delfinoterapia, etc., algunos profesionales adhieren y otros no, pero la mayoría los consideran “actividades que un chico con TGD puede hacer como apoyo, recreativa, educativa de tiempo libre”.

Una posición relativa se encuentra con relación al interrogante de cuál tratamiento “no prescribiría”. Algunos de los profesionales son categóricos con que “no prescribirían psicoanálisis o dietas”, otros, sin embargo, se plantean que ante la falta de recursos “hacer uso de lo que se tenga acceso a veces es una opción, aunque no sea la más adecuada” y dicen: “por lo menos es algo...”.

En cuanto a la frecuencia, todos coinciden en que son tratamientos intensivos, pero que siempre deben tener presente la disponibilidad de los recursos. Afirman que lo intensivo del tratamiento se refiere a los tratamientos cognitivo conductuales, pero que tiene relación con la sintomatologías, la gravedad, la edad del niño/joven y la disponibilidad de recursos para llevar a cabo dicha terapia.

Cuando se aborda el tema de la cobertura, algunos profesionales afirman que cada vez se cubre más, pero que las obras sociales (OS) o prepagas no cuentan con centros propios. Otros afirman que, en su experiencia, las OS o prepagas aceptan a los profesionales que las familias proponen.

Por otro lado, dicen: “la obra social o prepaga debe autorizar lo que el médico de cabecera prescribe, es por ley...” y, por otro lado, agregan: “si se prescribe según el nomenclador, lo aprueban...”.

Por otro lado, afirman: "las familias aceptan lo que se les indica y no piden o sugieren tratamientos específicos..."; esta afirmación tiene más fuerza cuando hablan de pacientes que concurren a hospitales públicos. Cuando se los interroga con relación a aquellos pacientes de obra social, la afirmación pierde fuerza, a lo que agregan que en algunas ocasiones les piden información sobre otros tratamientos de los que han escuchado o leído por Internet.

Por último, en general todos los profesionales afirman que en ocasiones deben acomodar la prescripción a la solicitud o formato de la OS o prepaga. Comentan que "en vez de colocar tratamiento cognitivo conductual, les piden que desglosen esto en especialidades y afirman que de esta manera el APE les paga".

De dicho análisis de datos se obtuvieron los siguientes resultados:

- a) Las especialidades médicas que participaron en la muestra fueron pediatría, psiquiatría, neurología infantil, médico y genética. Los especialistas médicos que hicieron la mayor cantidad de prescripciones fueron los neurólogos infantiles con el 47%, le siguen los psiquiatras infantiles con el 26% y los pediatras con el 18% (ver cuadro 1).
- b) Los tratamientos prescritos fueron un total de 24. Los mismos se podrían agrupar en tratamientos por especialidad (psicología, psicopedagogía, TO, integración sensorial, musicoterapia, fonoaudiología, neurolingüística, psicomotricidad), tratamiento cognitivo conductual (bajo esta categoría se utilizaron distintos nombres, que van desde TCC a terapia cognitiva conductual) y otras categorías (integración escolar y mismo esquema de tratamiento) (ver cuadro 2).
- c) La carga prestacional total solicitada fue de 274 prestaciones. Si se analiza cada caso, se observa que la mayor carga prestacional es de 10 horas semanales de tratamiento cognitivo conductual, aunque en algunos casos se piden también prestaciones para otras especialidades. En otros casos, la suma de las prestaciones por especialidad da como resultado un total de 8 a 10 prestaciones.

H) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Analizando los datos obtenidos del material bibliográfico y guías de buenas prácticas internacionales, se observa que hay una gran variedad de tratamientos disponibles, algunos con evidencia científica, otros con poca o ninguna evidencia.

De las entrevistas a los especialistas médicos se concluye que los criterios utilizados para realizar la elección del tratamiento se relacionan con el diagnóstico, la edad y el nivel cognitivo observado en la persona. "(...) se prescribe el tratamiento que el niño necesita según edad, nivel cognitivo y diagnóstico"; se piensa, así, en la persona a la cual va dirigida la prescripción en su momento evolutivo.

Ahora bien, observando los datos obtenidos de las prescripciones se nota que los profesionales médicos priorizan la modalidad intensiva a la edad del niño al prescribir 20 prestaciones semanales de TCC a un niño de dos años (base de datos).

Uno de los temas que surge en las entrevistas es la preponderancia en prescribir el tratamiento cognitivo conductual como terapia elegida, pero la dificultad en encontrar profesionales que lo realicen hace que opten en dar otra terapia.

Así, se puede deducir que no siempre pueden prescribir lo que consideran más apropiado, sino que prescriben lo que está al alcance de acuerdo a la obra social (OS) o prepaga que tengan.

Cuando se les pregunta sobre la variedad de tratamientos disponibles, algunos profesionales médicos afirman haber leído sobre los tratamientos más recomendados, como el tratamiento conductual. Otros profesionales dicen conocerlos, pero no haber leído sobre ellos, aunque se basan en su elección por la experiencia directa con sus pacientes y afirman que, si bien saben que el tratamiento cognitivo conductual tiene buenos resultados, en ocasiones es difícil acceder a los profesionales que los realizan, por lo que tienden a prescribir por especialidad sin especificidad, tomando como criterio de elección: "por lo menos acceden a algún tratamiento".

Con lo dicho anteriormente, no es raro ver entonces la variedad de nombres que estos médicos utilizan al momento de realizar la prescripción. Así, se nombra de distintas formas el mismo tratamiento, como por ejemplo: tratamiento conductual-cognitivo, terapia cognitiva-conductual, tratamiento educativo conductual, etc.

Además, se observa cierta confusión al prescribir por especialidad cuando mezclan orientaciones: un ejemplo de ello es cuando prescriben neurolingüística con orientación cognitivo conductual. En lo que sí todos concuerdan es en que el tratamiento da mejor resultado con una carga horaria intensiva.

La modalidad intensiva no solamente se refiere a la carga horaria, sino también a la prescripción de varias disciplinas, lo que daría cuenta que el médico considera necesaria la intervención en varias áreas del desarrollo del niño/adolescente.

A la elección de la modalidad domicilio, consultorio o centro la refieren según la posibilidad mayor o menor de incorporar al tratamiento a la familia. Consideran de importancia las estrategias que la familia pueda implementar.

Con relación a la familia, todos los entrevistados coinciden en que no reciben pedidos específicos de algún tratamiento por parte de los padres. Y con relación al cumplimiento de la prescripción que ellos realizan, afirman que las obras sociales, por ley, deben cubrir todo lo que ellos prescriben, solo en algunos casos informan que si se prescribe según lo nombrado las obras sociales autorizan.

De las entrevistas con las familias se observa que sus expectativas están puestas en el niño, en la adquisición de habilidades (sobre todo comunicativas y en algunos casos académicas), e informan que la mayor dificultad que atraviesan es el acceso al tratamiento prescrito por dos razones: la dificultad en encontrar profesionales (con mayor dificultad en lo que es integración escolar) y en que la obra social cubra el tratamiento tal como el médico lo prescribe. Otro tema preponderante para los padres es ver que los profesionales cumplan con lo pedido por el médico de cabecera.

Por último, con relación a si la obra social cubre los tratamientos pedidos, los médicos afirman que, por ley, tiene que cubrir lo que el médico de cabecera pide.

Esta afirmación es importante en el sentido de que deja en evidencia la hegemonía que creen tener los médicos por sobre el sistema. Estos son conscientes de que en la práctica no siempre el financiador, sea obra social o prepaga, debe autorizar aquello prescrito, salvo que se mantenga dentro de los márgenes estipulados por el sistema. Aquí se observa una contradicción por parte del médico, entre lo que considera que se debe prescribir y lo que el sistema incorpora como posibilidad terapéutica, que lo lleva en algunas ocasiones a cambiar la prescripción y ajustarse a lo nombrado.

Por otro lado, es evidente que las obras sociales se enfrentan a la dificultad de tener que conjugar lo pedido por el médico y las exigencias familiares, que en algunos casos son excesivas, basándose en la creencia parental de que "deben cubrir TODO" y no solamente lo nombrado desde el sistema de salud.

Analizando los datos obtenidos de las prescripciones se puede verificar algo de estas diferentes nomenclaturas y clasificaciones utilizadas por los médicos y que no siempre coinciden con los tratamientos descriptos en las guías de buenas prácticas. Como ejemplo podemos citar que se prescribe psicología solamente, sin aclaraciones de la orientación teórica que se recomienda para estos casos.

La variedad hace a la confusión tanto para los profesionales de la medicina como para las familias al momento de determinar cuál es la mejor opción para ese niño o joven.

Esta variedad de denominaciones deja en evidencia el desafío al que se enfrentan los profesionales de tener que optar por un tratamiento, y la falta de coincidencia entre los mismos profesionales en encontrar una sola denominación para los tratamientos prescritos, conjuntamente con cierta dificultad para tomar una posición en cuanto a la denominación de los mismos, mezclando entre prestaciones de apoyo, prestaciones basadas en la intervención con tratamientos sensoriomotrices, psicológicos y psicoeducativos.

Asimismo, si se suman las prescripciones realizadas se observa cierta tendencia de los médicos a prescribir por especialidad. Dentro de esta tendencia, la mayor cantidad de prescripciones corresponde a las especialidades de psicología y psicopedagogía, de lo que se puede deducir que piensan en un dispositivo terapéutico individual, ya sea en consultorio o domicilio.

En cuanto a la categoría "tratamiento cognitivo conductual", y en contraposición a la prescripción por especialidad, aquí se observa que el acento está puesto en el marco teórico "cognitivo conductual", aunque aparentemente no se tiene en cuenta que se trata de una especialidad: "psicología" con el marco teórico "cognitivo conductual".

Como dato sobresaliente se observa que la categoría "tratamiento cognitivo conductual" es el tratamiento con mayor carga prestacional solicitada, sumando así 628 prestaciones mensuales (157 prestaciones semanales, ver cuadro 5.1) sobre 468 prestaciones mensuales (117 prestaciones semanales, ver cuadro 5.1) distribuidas en los restantes tratamientos. Esta carga prestacional corresponde a una base de 24 tratamientos, dando así un total de 1096 prestaciones.

Con todos los datos obtenidos se puede empezar a configurar un perfil prescriptivo preliminar que deberá confirmarse con investigaciones posteriores. También se pueden realizar otras conclusiones, que tal vez ayuden a mejorar la forma de realizar estas prescripciones.

En virtud de que el conocimiento de las características de las personas con condición de autismo (TEA) es bastante reciente, teniendo en cuenta que las primeras descripciones se realizaron en 1943/44 por Leo Kanner y Hans Asperger, es posible que aún haya profesionales que no terminaron de explorar el amplio campo del trastorno que nos convoca en este caso.

La aparición de tecnologías de intervención es constante y la gran mayoría de ellas están aún en experimentación, no arrojando hasta el presente resultados definitivos.

Sumado a esto, en Argentina hay una fuerte tendencia de aplicación de las terapias psicodinámicas y escasas instancias académicas que produzcan conocimientos desde otras teorías.

Todas estas variables confluyen en acrecentar las confusiones, debido a que los médicos prescriptores se encuentran entre la demanda por parte de las familias y el sistema, que aún no se ha modificado para absorber estas nuevas tecnologías.

Por otra parte, es importante que los profesionales y las familias conozcan las ventajas y desventajas de la aplicación de dichas tecnologías y, sobre todo, cuáles son las más recomendadas por su eficacia y validación científica, quedando a la espera de la validación de otras que, en el contexto actual, se aplican por una cuestión de "creencias" en posibles "curas" de las que hoy se está muy lejos, considerando los avances y la realidad.

Otra de las cuestiones que tratamos aquí es la idiosincrasia familiar y su dinámica. Hay tantas posibles formas de intervención como modelos de familias existen, lo que se valora en esta instancia es el compromiso familiar para con la terapia prescrita por el médico tratante, la que se encuentra directamente relacionada con la forma de vida, estatus económico, ideologías y creencias de cada familia. A estas afirmaciones recabadas de la experiencia se agrega que las respuestas de los médicos consultados sobre la temática resultan de la siguiente manera:

Los médicos especialistas indican que las familias no solicitan tratamientos en particular y aceptan de buen grado las indicaciones emitidas por ellos en las prescripciones.

Es importante señalar que como experiencia en la práctica de admisiones, la realidad se muestra de otra manera. Los factores preponderantes son las obras sociales, en especial las sindicales y las prestaciones del sistema, que hacen que los médicos tengan que reformular la prescripción. Otro factor es el nivel socioeconómico de las familias y su acceso a la información para preguntar por otras alternativas de tratamientos y si se puede evaluar para eso.

Con respecto a los tratamientos recomendados en las guías de buenas prácticas, en opinión de los entrevistados, no se encuentran dentro del Sistema Único, no obstante se le da un formato dentro de lo nombrado porque la ley es preponderante.

Es imperativo que el Sistema Único incorpore recomendaciones o guía para estas prestaciones de nuevas tecnologías científicamente validadas o recomendadas por su eficacia en las guías de buenas prácticas. Esta incorporación lograría unificar la prescripción y, a la vez, disminuir de forma sensible el estrés que pasan las familias al tener que recurrir incontables veces a su obra social para realizar las modificaciones pertinentes.

Otro tema a destacar es que si la prescripción está confeccionada de acuerdo a lo incorporado en el Sistema Único, la obra social no debería rechazarla y, por lo tanto, disminuiría la necesidad de los padres de llevar adelante acciones judiciales tendientes a lograr la obtención de la cobertura según lo prescripto.

La legislación en discapacidad es amplia, va desde lo supranacional hasta lo nacional y provincial. En este caso se hablará de la legislación nacional, en especial de la que se refiere a la cobertura de tratamientos. La misma, como bien se describió en apartados anteriores, no conlleva a la misma descripción de tratamientos como lo hacen las guías de buenas prácticas.

De esta manera, mientras las guías de buenas prácticas internacionales hablan de clasificaciones según intervenciones o modelos globales de tratamiento según marco conceptual (ver Anexo), la legislación argentina habla de tratamiento por especialidad (psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, etc.) o por servicio (como centro de rehabilitación, centro educativo terapéutico, etc.).

Así, los modelos de tratamiento que se utilizan tanto en nuestro país como a nivel internacional no coinciden con la legislación vigente y esto representa para los médicos que realizan la prescripción de tratamiento una dificultad al momento de hacer la misma.

A esto se le agrega que, en los últimos años, se han desarrollado nuevas orientaciones a las especialidades conocidas, como neurolingüística (fono) o integración sensorial (terapia ocupacional). Esta diversidad de factores que el médico debe conocer antes de hacer la prescripción de tratamiento para personas con diagnóstico de TGD (TEA) da como resultado profesionales médicos (psiquiatras, neurólogos, pediatras) altamente especializados y con el conocimiento necesario para conducir el tratamiento de estas personas.

Sería óptimo que se generalizara el uso de la guía de buenas prácticas en todos los ámbitos: académicos, de salud pública, privada y colegios profesionales, entre otros. Esto llevaría a mejorar la calidad del servicio brindado de acuerdo a parámetros de calidad, eficacia y eficiencia ya comprobados.

Si se tiene presente que en un plan individualizado de tratamiento cognitivo conductual se trabajan en forma simultánea distintas áreas del desarrollo, como son motricidad fina, gruesa, comunicación, lenguaje, desarrollo cognitivo y conducta; solo haría falta agregar "especialidades" al tratamiento de muy pocas personas, bajando así la carga prestacional para cada tratamiento y sosteniendo la modalidad intensiva pero no abusiva.

Las obras sociales, al tener auditores especializados en la temática para poder revisar los planes de tratamiento, podrían orientar claramente a familias y médicos tratantes en cuanto a que sean lo más adecuado para esa persona.

Como pudo observarse, los tratamientos disponibles para los niños, jóvenes y adultos que presentan TEA son muchos. Algunos con evidencias internacionales, otros con eficacias locales. Conviven en Argentina tradiciones psicodinámicas con corrientes neurocientíficas, conductuales y cognitivas, métodos biológicos y tantos otros. Ni los médicos prescriptores, ni las familias, ni los financiadores poseen hoy guías para la toma de decisión. Resulta un campo complejo que requiere seguir siendo investigado; necesita de una evaluación y permanente actualización de las evidencias, campañas de información, formación de los equipos multidisciplinarios de las obras sociales y medicinas prepagas. Es un campo complejo sobre el cual se cuenta con poca información, pero que en los próximos años necesita se avance sobre el mismo.

Anexos

Tabla I. Clasificación de las intervenciones según la guía australiana

Intervenciones psicodinámicas	
Intervenciones biológicas	Medicaciones Intervenciones complementarias y alternativas
Intervenciones educativas	
Intervenciones conductuales	<i>Applied Behaviour Analysis (ABA)</i> <i>(Early) Intensive Behavioural Interventions (EIBI/IBI)</i> <i>Contemporary ABA, por ejemplo, NLP</i>
Intervenciones basadas en el desarrollo (intervenciones evolutivas)	<i>Developmental Social-Pragmatic Model (DSP)</i> <i>Floortime</i> <i>Relationship Development Intervention</i>
Intervenciones basadas en la terapia	Intervenciones centradas en la comunicación: <i>Visual Supports/Alternative and Augmentative Communication (AAC)</i> <i>Picture Exchange Communication System (PECS)</i> <i>Social Stories</i> <i>Facilitated Communication (FC)</i> <i>Functional Communication Training (FCT)</i> Intervenciones sensoriomotoras: <i>Sensory Integration</i> <i>Auditory Integration Training</i> <i>Doman-Delacato method</i>
Intervenciones combinadas	<i>Social-Communication, Emotional Regulation and Transactional Support (SCERTS)</i> <i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)</i> <i>Learning Experiences: an Alternative</i>

	<i>Program for Preschoolers and Parents (LEAP)</i>
Otras intervenciones	<i>Higashi/ Daily Life Therapy The Option Method Music Intervention Therapy Spell The Camphill Movement Miller Method</i>
Intervenciones basadas en la familia	<i>The Hanen Program The Early Bird Program</i>

Tabla II. Modelos globales de tratamiento organizados según el marco conceptual (Odom S. L., Boyd B. A., Hall L. J., Hume K., "Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders", en *J Autism Dev Disord* 2010; 40: 425-36)

	Referencia	Información de contacto	Edad
Análisis conductual aplicado, basado en el contexto clínico o familiar (hogar)			
<i>Autism partnership</i>	Leaf y McEachin (1999)	www.autismpartnership.com	Preescolar- adultos
Center for Autism and Related Disorders (CARD)	Keenan et al (2006)	www.centerforautism.com	2-21 años
Lovaas Institute	Cohen et al (2006)	www.lovaas.com	2-8 años
<i>Pivotal response treatment</i>	Koegel y Koegel (2006)	education.ucsb.edu/autism	3-21 años
Análisis conductual aplicado, basado en el contexto escolar			
Alpine Learning Group	Meyer et al (2006)	www.alpinelearninggroup.org	3-21 años
Eden Institute	Holmes (1998)	www.edenservices.org/index.jsp	Preescolar- adultos
Douglass Developmental	Harris et al (1991)	dddc.rutgers.edu	Preescolar- adultos

Disabilities Center			
Institute for Child Development-SUNY	Romanczyk et al (2006)	http://icd.binghamton.edu	1-11 años
Lancaster-Lebanon IU 13	Bruey y Vorhis (2006)	www.iu13.org	3-21 años
May Institute	Campbell et al (1998)	www.mayinstitute.org	Niños-adultos
Princeton Child Development Institute	Fenske et al (1985)	www.pcdi.org	Niños-adultos
<i>Pyramid approach to education</i>	Bondy y Battaglini (2006)	www.pecs.com	2-21 años
<i>Strategies for Teaching based on Autism Research (STAR)</i>	Arick et al (2003)	www.starautismprogram.com	3-12 años
Summit Academy	Anderson et al (2006)	www.summited.org	0-21 años
Therapeutic pathways/Kendall School	Howard et al (2005)	www.tpathways.org	1-7 años
Valley Program	McKeon et al (2006)	www2.nvnet.org/nvhs/region3/valley/valley.html	3-14 años
Análisis conductual aplicado, inclusivo			
Children's Toddler School	Stahmer e Ingersoll (2004)	http://www.chsd.org/body.cfm?id=35&action=detail&ref=95	18 meses-3 años
<i>Learning Experiences: an Alternative Program for Preschoolers and Parents (LEAP)</i>	Hoyson et al (1984)	phil.strain@cudenver.edu	3-6 años
<i>Project DATA (Developmentally Appropriate Treatment for Autism)</i>	Schwartz et al (2004)	depts.washington.edu/dataproj/index	0-7 años

<i>Walden model</i>	McGee et al (1999)	www.psychiatry.emory.edu/PROGRAMS/autism/Walden.html	0-5 años
Basados en el desarrollo y la interacción			
<i>Denver model</i>	Rogers et al (2006)	Sally.rogers@ucdmc.ucdavis.edu	2-5 años
<i>DIR/ Floortime (Developmental, Individual difference, relationship-based model)</i>	Solomon et al (2007)	www.floortime.org	0-5 años
Hanen model	McConachie et al (2005)	www.hanen.org	0-5 años
<i>Relationship Development Intervention (RDI)</i>	Gutstein et al (2007)	www.rdiconnect.com	Niños-adolescentes
<i>Responsive teaching</i>	Mahoney y Perales (2005)	www.responsiveteaching.org	0-6 años
<i>SCERTS model (Social Communication, Emotional Regulation, Transactional Supports)</i>	Prizant et al (2006)	www.scerts.com	0-10 años
<i>Son-rise program</i>	Kaufman (1981)	www.autismtreatmentcenter.org	Niños-adultos
Idiosincrásicos			
Higashi School	Larkin y Gurry (1998)	www.bostonhigashi.com	3-22 años
Miller Method	Miller y Miller (1973)	www.millermethod.org	2-14 años
Division TEACCH (<i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication</i>)	Panerai et al (2002)	www.teacch.com	Niños-adultos

<i>Handicapped Children)</i>			
------------------------------	--	--	--

Tabla III. Clasificación de los tratamientos según el Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España

Tratamientos sensorio motrices
<ul style="list-style-type: none"> • Integración auditiva • Integración sensorial • Método Doman-Delacato • Lentes de Irlem
Tratamientos psicoeducativos y psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Programas de intervención conductual • Sistemas de fomento de competencias sociales • Sistemas alternativos aumentativos de comunicación • Comunicación facilitada • Sistema TEACCH • Tratamiento cognitivo conductual • Psicoterapias expresivas • Terapias psicodinámicas
Tratamientos biomédicos
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos psicótrpos • Antipsicóticos atípicos • Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina • Estimulantes (metilfenidato) • Estimulantes α2-adrenérgicos (clonidina) • Naltrexona (antagonistas opiáceos) • Melatonina • Medicamentos antiepilépticos
Otras Terapias biomédicas
<ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas y suplementos dietarios • Dietas libres de gluten y caseína • Terapia antimicótica • Terapia sacrocraneal
Otras terapias
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia asistida con animales • Terapias no descriptas

Tabla IV. Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible según la Agency for Healthcare Research and Quality. Fuente: APNA, *Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista*

Niveles de evidencia
I.a La evidencia científica procede de metaanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorios.
I.b La evidencia científica procede de, al menos, un ensayo clínico controlado y aleatorio.
II.a La evidencia científica procede de, al menos, un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
II.b La evidencia científica procede de, al menos, un estudio casi experimental, bien diseñado.
III La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
Grados de recomendación
A Corresponde a los niveles de evidencia científica I.a y I.b. Existe una evidencia 'buena' con base en la investigación para apoyar la recomendación.
B Corresponde a los niveles de evidencia científica II.a, II.b y III. Existe una evidencia 'moderada' con base en la investigación para apoyar la recomendación.
C Corresponde al nivel de evidencia IV. La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.

Tabla V. Valoración de tratamientos según la evidencia científica

Sin evidencia y no recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Doman-Delacato • Lentes de Irlen • Comunicación facilitada

<ul style="list-style-type: none"> • Terapia psicodinámica • Secretina • Terapia antimicótica • Tratamiento con quelantes • Inmunoterapia • Terapia sacrocraneal • Terapias asistidas con animales
<p>Evidencia débil y solo recomendados en estudios experimentales</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Integración auditiva • Integración sensorial • Psicoterapias expresivas • Vitaminas y suplementos dietéticos • Dietas sin gluten/caseína
<p>Evidencia débil, aunque recomendados</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de competencias sociales • Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación • Sistema TEACCH • Terapia cognitivo conductual • ISRS en adultos con TEA • Estimulantes en TEA + TDA/H
<p>Evidencia de eficacia y recomendados</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones conductuales • Risperidona
<p>ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TDA/H: trastorno de déficit de atención/hiperactividad; TEA: trastorno del espectro autista; TEACCH: tratamiento y educación de alumnado discapacitado por autismo y problemas de comunicación.</p>

Bibliografía

1. Barrionuevo, Hugo, *Características diferenciales del Mercado de la Salud Mental en la Argentina. Factores claves para la gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*, Tesis de Maestría de Economía y Gestión de la Salud, ISALUD, Buenos Aires, 2002.
2. Barrionuevo, Hugo, *Gestión del programa médico obligatorio en salud mental*, Ediciones Isalud, 2004.
3. *Best Practices for Designing and Delivering Effective Programs for Individuals with Autistic Spectrum Disorders*, Recommendations of the Collaborative Work Group on Autistic Spectrum Disorders, sponsored by the California Departments of Education and Developmental Services, julio 1997.
4. Bonatti, Patricia, *Marco general en Teoría de la Decisión*, Patricia Bonatti coordinadora, Buenos Aires, Prentice Hall – Pearson Education de Argentina, 2011, pp. 17-63.
5. *Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations - Autism/ Pervasive Developmental Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (age 0-3 years)*, Nueva York, 1999, publicación N° 4215.
6. "Conflicto de interés: una reflexión impostergable", Panel del comité editorial, en *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2004, N° 42(1), pp. 9-21. "Conflicts of Interest: An Unpostponable Issue. Editorial Committee Panel".
7. Conte, Carlos, *Gestión y Teoría de las Decisiones*, Ediciones Isalud, 2007.
8. Conte, Carlos, *Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad: juego político y toma de decisiones*, Tesis de Doctorado de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, Buenos Aires, 2012.
9. Domínguez, María de los Ángeles, *Perspectivas del Programa de Cobertura de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad en las Obras Sociales Nacionales*, Ediciones Isalud, 2004.
10. *Evidence-Based Practices for Children and Adolescents with ASD. Review of the Literature and Practice Guide*, Children's Mental Health, Ontario, Canadá, 2003.
11. Guerra Romero, L., "La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica", en *Med Clin (Barc)*, 1996, 107:377-82.

12. Inglese, M. D. y Elder, J. H., "Caring for Children with Autism Spectrum Disorder. Part I: Prevalence, Etiology, and Core Features", Fuente: *J Pediatr Nurs*, N° 24(1), 2009 Fe, pp. 41-8, [MEDLINE PMID: 19159834], idioma inglés.
13. J. Fuentes-Biggi, M. J. Ferrari-Arroyo y otros (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, España), "Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista", en *REV NEUROL* 2006, N° 43 (7), pp. 425-438.
14. Lotter, V., "Epidemiology of Autistic Conditions in Young Children", en *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1966, N° 1, pp. 124-35.
15. Maradi, Alberto; Archeti, Nélica; Piovani, Juan Ignacio, *Metodología de las Ciencias Sociales*, Emece.
16. Mesibov, G. B. y Shea, V., "The TEACCH Program in the Era of Evidence-Based Practice", en *J Autism Dev Disord* 2010, N° 40, pp. 570-9.
17. Ortiz, García Dieguez y Laffaire, *Medicina basada en la evidencia*, publicación del boletín de la Academia de Medicina de Buenos Aires.
18. *Report of the MADSEC Autism Task Force, Maine Administrators of Services for Children with Disabilities (MADSEC)*, Manchester, febrero 2000.
19. Roberts, J. M., *A Review of the Research to Identify the Most Effective Models of Best Practice in the Management of Children with Autism Spectrum Disorders*, Sydney, Centre for Developmental Disability Studies, Sydney University, Department of Ageing, Disability and Home Care, 2004.
20. Sackett, D. L.; Rosenberg, W. M. C.; Gary, J. A. M.; Haynes, R. B.; Richardson, W.S., "Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't", en *BMJ* 1996, 312, 71-2.
21. Sackett y Rosenberg, "On the Need for Evidence-Based Medicine", en *Journal of Public Health Medicine*, vol. 17, N° 3, pp. 330-334.
22. Salvadó-Salvadó, B.; Palau-Baduell, M.; Clofent-Torrentó, M.; Montero-Camacho, M.; Hernández-Latorre, M. A., "Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista", en *Rev Neurol* 2012, N° 54 (Supl. 1), S63-71.
23. Schlosser, R. W. y Raghavendra P., "Toward Evidence-Based Practice in Augmentative and Alternative Communication", en Schlosser, R. W ed., *The*

Efficacy of Augmentative and Alternative Communication: Towards Evidence-Based Practice, San Diego, CA, Academic Press, 2003, pp. 259-97.

24. Tamarit, J., *Buenas prácticas profesionales en la intervención en personas con TEA. XV Congreso Nacional Profesionales del Autismo*, Zaragoza, España, 2010.
25. Willard, Helen, etc., "Integración sensorial", en *Terapia ocupacional*, ed. Panamericana, sección III, p. 248.