

TIPO DE DEMANDA, MOTIVO DE CONSULTA Y EDAD DE LOS PACIENTES AL  
MOMENTO DE LA PRIMERA CONSULTA, DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE  
TEA, QUE ASISTIERON A LOS CENTROS TERAPÉUTICOS PRIVADOS DE LA  
CIUDAD DE ROSARIO DURANTE LOS AÑOS 2016-2020.

ALUMNAS:

MALDOVAN, DIANELA

SANTINI, MIRIAN

CON LA SUPERVISIÓN DE:

LIC. ISAÍAS, ANA CLARA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

ROSARIO, ARGENTINA

2021



Tipo de demanda, motivo de consulta y edad de los pacientes al momento de la primera consulta, de niños con diagnóstico de TEA, que asistieron a los centros terapéuticos privados de la ciudad de Rosario durante los años 2016-2020.

Alumnas:

Maldovan, Dianela

Santini, Mirian

Con la supervisión de:

Lic. Isaías, Ana Clara

Trabajo de investigación – Tesina – presentada en la Escuela de Fonoaudiología para la obtención del Título de Licenciado en Fonoaudiología.

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Fonoaudiología

Rosario, Argentina

2021

**ÍNDICE**

RESUMEN.....8

## **A. CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO**

### **I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

1- Introducción.....	9 2-
Encuadre teórico .....	13
a) Recorrido histórico del concepto de TEA.....	13
a.1 Criterios Diagnósticos.....	18
b) Desarrollo del niño en la primera infancia - Atención Temprana.....	19
c) Comunicación y lenguaje.....	22
c.1 Periodos de la comunicación temprana Según Bates.....	24
c.2 La comunicación en las personas con TEA.....	26
c.3 Manifestaciones de los TEA en la primera infancia: señales de alarma	30
c.4 Prevención Fonoaudiológica .....	33
d) Proceso de atención clínica.....	37
e) Tipo de demanda y perspectiva ecológica.....	40
e.1 A nivel del microsistema.....	43
e.2 A nivel del mesosistema.....	48
e.3 A nivel del exosistema.....	50
e.3.1-Herramientas de pesquisa con las que cuentan los profesionales de la salud en Argentina.....	51
e.4 A nivel del macrosistema.....	53
f) Género y Autismo.....	55

3. Problema.....	57 4.
Hipótesis.....	58
5. Variables .....	59

## **II. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS**

1. Población .....	63
2. Diseño metodológico .....	64
3. Procedimientos, técnicas e instrumentos.....	65
4. Plan de análisis de datos.....	66

### **B. CONTEXTO DE REALIDAD**

1. Presentación y Análisis de Datos.....	67
--	----

### **C. CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN**

1. Interpretación y discusión .....	77
2. Conclusiones.....	89
3. Limitaciones y sugerencias .....	91

<b>D. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>93</b>
-----------------------------	-----------

### **E. ANEXOS**

1. Carta de presentación .....	97
2. Planilla de volcado de datos.....	99
3. Entrevistas a los directores de los Centros C.T.A.C.A y C.I.O .....	104

Tesina presentada por:

Maldovan, Dianela.....

Santini, Mirian.....

Con la supervisión de:

Isaías, Ana Clara.....

Aprobada por:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En Rosario, a los.....días del mes de.....del  
año.....

Legajos: M- 2264/1

S-1640/3

***Agradecimientos:***

*Principalmente a nuestras familias, por acompañarnos incondicionalmente durante todos estos años recorridos y confiar en nosotras.*

*A nuestros compañeros de vida, por la paciencia, la comprensión y el amor.*

*A nuestros amigos/as y compañeros/as de estudio por compartir el amor por esta hermosa profesión, por ayudarnos, escucharnos y sostenernos.*

*A Ana Clara Isaías por guiarnos en este camino con predisposición, compromiso y generosidad.*

*A la Universidad Nacional de Rosario que nos permitió estudiar, y formarnos como futuras profesionales.*

## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue describir el tipo de demanda, motivo/s de consulta y la edad de los pacientes, con diagnóstico de TEA (Trastornos del Espectro Autista), al momento de la primera consulta clínica. El mismo se llevó a cabo en dos centros privados: Centro de terapia asistida con animales (CTACA) y Consultorios Interdisciplinarios Oroño

(CIO) de la ciudad de Rosario en el año 2020, teniendo en cuenta los profesionales de la salud, profesionales de la educación, familias y otros que realizaron la demanda; el motivo de consulta, como así también, la edad y el género de los niños que concurrieron a dichos centros.

Este estudio es de carácter descriptivo y de tipo transversal. Se recurrió a análisis de fuentes secundarias brindadas por las instituciones, a partir de entrevistas con sus fonoaudiólogas y datos de historias clínicas.

La población se conformó con 55 niños de ambos géneros, de 2 a 13 años de edad que asistieron a dichos centros entre los años 2016-2020.

Luego de analizar los datos obtenidos en el registro de pacientes, se llega a los siguientes resultados:

La edad al momento de la primera consulta promedia los 6.34 años y en relación al género, predomina el masculino (85.45%) por sobre el femenino (14.55%).

Sobre el total de las demandas a los centros terapéuticos se registró que el 80% corresponde a “*demanda derivada*” mientras que el 20% restante a “*demanda espontánea*”.

En cuanto a los motivos de consultas se constató que el 18.18% de los motivos de consulta corresponden al área de “Comunicación y lenguaje”; el 5.45 % a “Interacción social”; un 14.55% a “Conductas repetitivas”; un 30.91 % a “Otros”, mientras que otro 30.91% de las consultas pertenecen a la modalidad “Combinados”.

Dentro de indicadores de motivos de consulta fonoaudiológicos, aquellos que se dan con mayor frecuencia son los siguientes: “No tiene intención comunicativa: no habla ni señala” 30.76% y “Solo utiliza onomatopeyas, gestos, o palabras sueltas para comunicarse” 23.07 %.

## **A - CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO**

### **I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS 1. INTRODUCCIÓN**

Para este estudio se tomará un modo de enfocar el concepto de Autismo que nos ayuda a comprender el orden que subyace a la heterogeneidad aparente de los cuadros, y que es mucho más funcional que la categoría clásica de Autismo: la noción de “espectro autista”.

El concepto de TEA (Trastornos del Espectro Autista) permite considerar al Autismo como un continuo o un conjunto de dimensiones, que se aleja de aquella idea en la que todo debe encuadrarse en una categoría. Lorna Wing (Valdez, 2019), afirma que la manera adecuada de entender a los niños que son diagnosticados con TEA es utilizando un sistema dimensional. Es decir, lo importante no es establecer en qué grupo “encaja” ese niño, sino definir las dimensiones en las diversas áreas de desarrollo. Se trata de dimensiones de las habilidades sociales, de las habilidades motoras, de la comprensión y uso del lenguaje, etc. Cada una de estas dimensiones, ofrece diferentes niveles que muestran adquisiciones, dificultades y desafíos en las distintas áreas del desarrollo. Las adquisiciones no son “todo o nada”, sino que pasan a ser procesos que se construirán a lo largo de la vida del niño.

El desarrollo infantil es un proceso sumamente dinámico y complejo en el que confluyen aspectos biológicos, psicológicos, emocionales y sociales. Por eso es imprescindible ubicarnos desde una perspectiva integral, tomando a la persona como unidad biopsicosocial, producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre, y el ambiente social y natural en el que vive.<sup>1</sup> *“El concepto de salud fonoaudiológica comprende el equilibrio y armonía en la comunicación en lo individual y socio-cultural, entendiéndola a la misma como un estado pleno de bienestar biopsicofísico”.*<sup>2</sup>

Los niños con TEA presentan una manera particular de comunicarse, de expresarse, de comprender, de pensar, y comportarse. Esto comienza a manifestarse en etapas tempranas del desarrollo. Es por ello que es preciso considerar dos ejes que resultan afectados: uno relacionado con la comunicación y la socialización, y otro con la conducta y los intereses.

Lo que trae como consecuencias dificultades socio comunicativas, por un lado, e intereses restringidos y conductas estereotipadas por otro. (Maggio, 2020)

---

<sup>1</sup> OPS; OMS / Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La administración estratégica. Aspectos generales .-- OPS: Washington; 1995. Pág. 6.

<sup>2</sup> Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR) / Fonoaudiología. Intervenciones y Prácticas posibles.-- Fervil Impresos: Rosario; 2021. Pág. 259.

Dichas manifestaciones, actúan como señales de alarma de que algo ocurre en el desarrollo del niño. Según L. Wing (1998) algunos padres pueden dar cuenta de esto expresando que algo “anda mal”, pero no pueden dilucidar qué. Otros, en cambio, expresan de manera específica qué es lo que los desconcierta. Los mismos refieren que sienten una desconexión con su hijo o que no logran hacer contacto con la mirada; que sus hijos son “angelicales” ya que no lloran, entre otras. Por otra parte, también existen casos en los que los padres no refieren ninguna inquietud. Sin embargo, dichas señales alertan a otras personas, tales como profesionales de la salud o de la educación.

Según expresa la Ley N°9981 de Ejercicio profesional de la Fonoaudiología “*se considerará ejercicio profesional de la Fonoaudiología la detección y diagnóstico fonoaudiológico, la prevención, la recuperación y rehabilitación de los trastornos de la comunicación humana en relación con las áreas de: voz, habla, lenguaje y aprendizaje pedagógico relacionado con las alteraciones del lenguaje y la audición*”.<sup>3</sup>

Es por ello que la fonoaudiología, como disciplina científica cuyo objeto de estudio es la *comunicación humana*, ocupa un lugar preponderante en los equipos de salud. Su objetivo es la prevención, terapéutica y rehabilitación de sus disturbios, cuyas causas son disfunciones o enfermedades que impiden o perturban el desarrollo de las funciones, tanto de vida vegetativa como de la vida de relación, para la comunicación humana, el aprendizaje y el trabajo.

En este trabajo, interesa conocer cuáles son los motivos de consulta vinculados a las áreas de abordaje fonoaudiológico que son detectados en el contexto de desarrollo del niño, que justifican el contacto con el profesional de la fonoaudiología.

La detección temprana de señales de alarma, que indican alteraciones en la comunicación, permite implementar medidas que ayuden a ese niño/a a encauzar el camino esperado para su desarrollo, o bien a poder optimizar sus capacidades acompañándolo en el trayecto, disminuyendo así los riesgos potenciales.

Se plantea en el “Libro Blanco de la Atención Temprana” (2000), que la detección temprana constituye un paso imprescindible para arribar al diagnóstico y tratamiento oportuno. “*Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la*

---

<sup>3</sup> Legislatura de la Provincia de Santa Fe / Ley 9.981 del ejercicio profesional de la fonoaudiología. Creación del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe.-- en Boletín Oficial del día miércoles 07 de enero de 1987.-- Legislatura de la Provincia de Santa Fe; 12 de diciembre de 1986 (Decreto N° 4724)

*población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos”.*<sup>4</sup> Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

La detección temprana de indicadores de riesgo fonoaudiológico, el diagnóstico temprano y la intervención especializada, se transforman en una necesidad. Los mismos son indispensables, alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social de los niños con TEA atendiendo siempre a la singularidad en cada caso y logrando, a su vez, una mejor calidad de vida para ellos y su familia.

Como expresa Berenice Luque *“La abundancia de indicadores que comprometen la comunicación y el lenguaje en las personas con estos trastornos hace que la perspectiva fonoaudiológica se coloque en un lugar de importancia nodal en el abordaje terapéutico interdisciplinario”.*<sup>5</sup>

La detección de indicadores de riesgo, puede ser observada en el interior de la familia del niño, pero también puede surgir en diferentes entornos del desarrollo del pequeño; sea en espacios macro, meso o exosistémicos. Es por ello que nos proponemos conocer dónde y cómo se origina la demanda a los Centros Terapéuticos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

---

<sup>4</sup> Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana / Libro Blanco de la Atención Temprana. -- Editorial Real Patronato Sobre Discapacidad: Madrid; 2005. Pág. 13.

<sup>5</sup> Lizzi, Elba; Menna, Analía y otros/ La clínica fonoaudiológica. Del proceso diagnóstico al abordaje terapéutico. -- Editorial Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 2010. Cap. 5: Autismo y otros trastornos del espectro autista. Pág. 129.

-Describir el tipo de demanda, motivo/s de consulta, y edad de los pacientes al momento de la primera consulta, en niños con diagnóstico de TEA, que asistieron a los centros terapéuticos privados de la ciudad de Rosario durante los años 2016-2020.

### Objetivos Específicos

- Identificar el motivo de consulta en los centros terapéuticos privados seleccionados.
- Determinar los indicadores vinculados a la comunicación y el lenguaje más frecuentes.
- Conocer el tipo de demanda hacia los equipos interdisciplinarios de ambos centros de la ciudad de Rosario.
- Caracterizar la edad y género de los pacientes al momento de la consulta clínica.

## **2. ENCUADRE TEÓRICO**

### **a) Recorrido histórico del concepto de TEA**

La historia del Autismo como un trastorno de inicio en la infancia, nace en 1943 con el Dr. Leo Kanner, psiquiatra austríaco residente en los Estados Unidos. Acuñó el término “Autismo Infantil Precoz” (1971), a partir de la observación de 11 niños que presentaban características comunes, referidas principalmente a tres aspectos: dificultades para relacionarse con las personas, el deseo obsesivo de preservar la invarianza y, deficiencias y alteraciones en la comunicación y lenguaje.<sup>6</sup>

La categoría de “Autismo”, ya era conocida por la psiquiatría, antes del uso que le diera y popularizara Leo Kanner. Por otra parte, Bleuler (1911) había utilizado esta categoría, no como síndrome, sino como síntoma capital de la esquizofrenia, que consistía en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo. De ahí surgen las palabras Autismo y Autista, que provienen del término griego “autos” que significa “sí- mismos”.

Kanner (1971) sostenía que estas alteraciones se producían en edades tempranas y que el deterioro no evolucionaba, lo cual marcaba diferencia en lo planteado por Bleuler (1911) acerca del Autismo como síntoma de la esquizofrenia.

Contemporáneamente a Kanner, y sin relación directa con él, un médico Vienés, Hans Asperger, dio a conocer casos de niños que presentaban lo que él denominó "Psicopatía autista". Este cuadro es el antecedente de lo que hoy llamamos “Trastorno Asperger”. Asperger (1944), destacaba características semejantes a las propuestas por Kanner, sosteniendo que el trastorno fundamental en estos niños era la limitación de sus relaciones sociales. A su vez, también señala dificultades de lenguaje y que presentaban extrañas características en la comunicación, en particular las alteraciones prosódicas y pragmáticas, y por último las alteraciones en los patrones de conducta.

Desde otro punto de vista, Lorna Wing y Judith Gould (1979) incorporaron la idea de “continuo” en el autismo. Encontraron una enorme cantidad de casos que no estaban dentro de las categorías diagnósticas disponibles.

Otro de los aportes de Lorna Wing (1979) es que cada individuo con trastornos autistas es diferente de cualquier otro. Sin embargo, las particularidades en la interacción social, en la comunicación, y en la imaginación y la conducta repetitiva se pueden reconocer

---

<sup>6</sup> Kanner, Leo / Psiquiatría infantil .-- Editorial Paidós Psique: Buenos Aires; 1971.

en todos los casos de niños con TEA. Muchos niños con este diagnóstico, muestran signos de alteraciones a nivel social y comunicativo, desde la primera infancia.<sup>7</sup>

Por su parte, Ángel Rivière (1997) estableció el concepto de Espectro Autista y menciona que cuando hablamos de autismo y de otros trastornos profundos del desarrollo, empleamos términos comunes para referirnos a personas muy diferentes.

La idea de considerar al EA (espectro autista) como un continuo o como un conjunto de dimensiones alteradas, más que como una categoría que defina un modo de ser, ayuda a comprender que, a pesar de las importantes diferencias que existen entre distintas personas con TEA, todos ellos presentan alteraciones en mayor o menor grado, en una serie de aspectos o dimensiones, cuya afectación se produce en los casos de trastorno profundo del desarrollo. Es decir, ayuda a reconocer que existe un orden, que subyace a la gran diversidad de los cuadros.

Este autor planteó la necesidad de prestar atención a la diversidad y a sus manifestaciones desde una perspectiva dimensional. Estos estudios sentaron las bases del Inventario del Espectro Autista (IDEA) que establece doce dimensiones de desarrollo del EA y permite una mejor evaluación de los niveles alcanzados y del desarrollo potencial, al mismo tiempo que brinda las claves para diseñar una planificación adecuada y programas específicos para cada niño o niña.

Por su parte, Daniel Valdez, (2019) sostiene que el EA (espectro autista) es plural y diverso, y que desafía los manuales y las nomenclaturas. Se acerca y se aleja de los prototipos, según cada caso, cada persona, cada subjetividad. No hay un solo tipo de EA. Los síntomas se manifiestan de formas diferentes en cada individuo y su evolución sigue variadas trayectorias y caminos. La diversidad humana se resiste a la rigidez estática y unívoca de las etiquetas. Personas singulares, múltiples autismos. Por eso, resulta más apropiado decir que una persona tiene autismo y no que es autista.

Generalmente, las etiquetas diagnósticas hacen que se pierda de vista el panorama general, anula toda perspectiva generalizadora del problema, y deja de lado lo más rico y complejo. Por eso, el autor plantea a través de una clave o ayuda memoria, el acróstico

---

<sup>7</sup> Wing, Lorna / El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia.-- Editorial Paidós: Barcelona; 1998. Pág. 41.

“CODDA”, que ayuda a ver a las personas más allá de la dificultad y del rótulo que lo estigmatiza. Esta serie de variables que plantea el autor son los contextos, el desarrollo, la dimensionalidad y los apoyos.

- Contexto: Se trata de interpretar y reflexionar sobre los contextos de participación de cada niño con su familia, en la escuela, en el club, en la comunidad general entendido como una construcción que determina al niño y no como un mero entorno físico.
- Desarrollo: en esta variable se plantea la necesidad de conocer a la persona desde su desarrollo subjetivo y en las diversas áreas, desde lo psicomotor hasta las relaciones sociales, comunicación, lenguaje, imaginación, simbolización, emoción, etc. Se parte de una perspectiva que permita analizar la dinámica de los cambios en el proceso de desarrollo y aprendizaje.
- Dimensionalidad: se trata de evaluar a las dimensiones como un continuo y un proceso constructivo. No se trata de poseer una entidad (teoría de la mente, lenguaje) sino que se trata de conocimientos ligados a la dinámica del desarrollo y aprendizaje. La noción de dimensionalidad permite comprender e interpretar las posibilidades y potencialidades del sujeto en interacción mediada por signos y en diferentes contextos.
- Apoyos: se refiere a la elaboración de planes y estrategias de intervención con el fin de brindar el apoyo necesario y pertinente a cada sujeto para superar barreras en cada desafío que su desarrollo le demanda. Cada apoyo debe ser consistente con el nivel dimensional alcanzado por cada sujeto. Cuanto más adecuados sean los apoyos, mejores oportunidades tendrán para la inclusión a la comunidad. En conclusión, alcanzar un mayor nivel de calidad de vida y bienestar emocional depende de la posibilidad de ampliar los contextos de participación en la comunidad (familia, escuela, club, etcétera).<sup>8</sup>

L. Wing (1998) describe la tríada de deficiencias sociales, de la comunicación y de la imaginación, y de la conducta repetitiva que, según expresa, son cruciales para el diagnóstico.

---

<sup>8</sup> Valdez, Daniel / Autismo. Cómo crear contextos amigables .-- Editorial Paidós: Buenos Aires; 2019. Pág.14.

**Deficiencias en la interacción social:** distinguiendo diferencias cualitativas en la interacción social, menciona diferentes grupos: “aislado”, “pasivo”, “activo pero “extraño”, “hiperformal/ pedante”<sup>9</sup>.

**Deficiencias en la comunicación:** todas las personas con trastornos del EA tienen problemas de “comunicación”. Su “lenguaje”, tanto a nivel de gramática, vocabulario, incluso la capacidad de definir el significado de palabras aisladas, puede ser deficiente o no. El problema está en el modo en que utilizan el nivel de lenguaje que han desarrollado.

**Deficiencias en la imaginación:** los niños con trastornos del EA no desarrollan los juegos imitativos sociales y las actividades imaginativas del mismo modo que los demás niños. Algunos nunca tienen ningún tipo de juego imitativo. Manejan los juguetes y otros objetos simplemente por las sensaciones físicas. En la vida adulta tienen una comprensión limitada o nula de las emociones de los demás, por lo que les resulta agotador compartir las alegrías o las penas. Son deficientes en la capacidad de compartir ideas con otros, y utilizar la experiencia pasada y presente para hacer planes de futuro.

**Actividades estereotipadas repetitivas:** este aspecto de la conducta de la persona con TEA cobra sentido, si se ve como la otra cara de la moneda de la deficiencia de la imaginación. Si la persona no puede disfrutar de las actividades que implican un pensamiento creativo y flexible, ni del intercambio de ideas con otras personas, si no comprende a los demás, ni se interesa por ellos, no puede integrar experiencias pasadas y presentes para planificar el futuro, lo único que le queda es asegurarse la tranquilidad repitiendo las actividades que le proporcionan placer.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Los niños y adultos que se encuentran en el grupo “aislado” se comportan como si los demás no existieran. Parecen apartados, en su propio mundo, completamente concentrados en sus actividades sin ningún objetivo. Por otro lado, en el grupo “pasivo” no están completamente alejados de los demás. Aceptan las aproximaciones sociales y no se alejan, sin embargo, no logran iniciar una interacción social. En el grupo “activo pero extraño”, los niños y adultos realizan aproximaciones activas a otras personas, pero lo hacen de una forma particular, unidireccional, para pedir algo o para continuar una y otra vez con las cosas que les interesan. Por último, en el grupo “hiperformal, pedante” el patrón de conducta no se observa hasta el final de la adolescencia y en la vida adulta. Se desarrolla en los que son más capaces y tienen un buen nivel de lenguaje. No logran comprender las normas sociales, lo cual trae dificultades especialmente en adaptarse a los diferentes modos de comportarse que se esperan en diversas situaciones. Son excesivamente educados y formales en su conducta.

<sup>10</sup> Wing, Lorna/ Op. cit. Pág. 55.

Según Valdez (2019), el diagnóstico de TEA parece remitir a un conjunto enormemente heterogéneo de individualidades, cuyos niveles evolutivos, necesidades educativas y terapéuticas, perspectivas vitales son enormemente diferentes. El problema de la clasificación y subclasificación adecuada es uno de los desafíos pendientes en la investigación del EA. Sin embargo, hay un modo de enfocar el concepto de autismo que resulta útil para comprender el orden que subyace a la caótica heterogeneidad aparente de los cuadros, y que es mucho más funcional que la categoría clásica para definir objetivos terapéuticos: la noción de Espectro Autista.

Desde otro punto de vista, Ratazzi (2018) utiliza el término *condición* del Espectro Autista (CEA) para referirse a una manera particular de pensar, comprender, percibir, expresarse y comportarse, que es diferente a la de otras personas. Esto se ve manifestado en etapas tempranas de la vida con expresiones sutiles, que van haciéndose más evidentes cuando los niños se desarrollan. Además, destaca la importancia de considerar los diferentes perfiles, fortalezas y desafíos a los que los seres humanos se enfrentan constantemente, cosas que nos gustan, cosas que no nos gustan, cosas que hacemos bien o nos molestan.<sup>11</sup>

Singer (1998), socióloga australiana diagnosticada como persona con TEA, fue quien acuñó el término Neurodiversidad. Para dicha autora, dicha concepción vendría a ser “*un nuevo agregado a las categorías políticas ya familiarizadas de clase, género o etnia*”.<sup>12</sup> La neurodiversidad abarca todas las formas neurológicas, dentro de las cuales algunas son más frecuentes, es decir “neurotípicas”, y otras son minoritarias o “neurodivergentes”. Entonces, este nuevo concepto tiene mucho que ver con la vida ciudadana, ya que plantea a las personas cuyo cableado neuronal es diferente, como minoría social, y no como la mirada médica patologizante ha venido haciéndolo, es decir, tildar a las personas neurodivergentes como anormales, deficientes o disfuncionales.<sup>13</sup>

Según Silberman (2015), el término “Neurodiversidad”, se trata de un movimiento social surgido como autodefensa y búsqueda del reconocimiento de una identidad positiva dentro del mundo del TEA. Fue progresiva pero rápidamente ganando sentidos.<sup>13</sup> En este

---

<sup>11</sup> Alexia Ratazzi / Diagnóstico Interdisciplinario en .-- <http://www.panaacea.org/espectroautista/diagnostico-interdisciplinario/> (9/03/2021)

<sup>12</sup> Singer, Judy en .-- Montero, Magda / ¿Qué es la Neurodiversidad? .-- en <https://magdamontero.com/quees-neurodiversidad/> (19-06-21). <sup>13</sup> Montero, Magda / *Ibidem*.

<sup>13</sup> Ruiz-Danegger, Constanza / Neurodiversidad y Alteraciones del desarrollo .--en [https://www.researchgate.net/publication/304717832\\_Neurodiversidad\\_y\\_alteraciones\\_del\\_desarrollo\\_v\\_2](https://www.researchgate.net/publication/304717832_Neurodiversidad_y_alteraciones_del_desarrollo_v_2) (19-06-21).

sentido, Mitre (2021) en su ponencia “Autismo en positivo”, plantea que todos procesamos la información de manera diferente; el gran valor que tiene el concepto es que permite la igualdad, todos somos iguales porque somos diferentes y las diferencias neurológicas deben ser reconocidas y respetadas como cualquier otra variación humana.<sup>14</sup>

De acuerdo a lo planteado por Cadaveiras y Waisburg (2015), debemos esforzarnos para comprender que no todos procesamos de la misma manera la información. Las personas con TEA tienen características únicas, las cuales, a nuestros ojos, podrían manifestarse como diferencias o discapacidades, pero no son más que diversas formas de ver el mundo: ni mejores ni peores, sino distintas. Estas diferencias plantean que las personas dentro del espectro tienen muchos desafíos al vivir en esta sociedad.<sup>15</sup>

### a.1 Criterios diagnósticos

En la clasificación diagnóstica según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) utilizado tanto en ámbitos psicológicos como psiquiátricos, los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) que, aunque caducos siguen vigentes en el uso clínico, conforman un grupo particular, dentro de los trastornos de inicio en la infancia:

#### TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO:

- 1.- Trastorno Autista.
- 2.- Trastorno de Asperger.
- 3.- Síndrome de Rett.
- 4.- Trastorno Desintegrativo de la Infancia.
- 5.- Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.

Es importante destacar el cambio entre el DSM-IV y el DSM-V. El DSM-IV, publicado en 1994, definía el autismo y sus trastornos asociados como “Trastornos Generalizados del

---

<sup>14</sup> Mitre, Ramiro / Autismo en positivo .-- en <https://fundacionneurodiversidad.tiendup.com/curso/1ercongreso-internacional-autismo-y-neurodiversidad> (19-06-21).

<sup>15</sup> Cadaveiras Matias y Waisburg Claudio / Autismo: guía para padres y profesionales .-- Editorial Paidós: Buenos Aires; 2015. Pág.50.

Desarrollo” (TGD). En el DSM-V, esta definición ha sido sustituida por el término “Trastornos del Espectro Autista” (TEA), que han sido incluidos a su vez dentro de una categoría más amplia de “Trastornos del Neurodesarrollo”.<sup>16</sup>

### **b) Desarrollo del niño en la primera infancia - Atención Temprana.**

El desarrollo infantil es un proceso sumamente dinámico y complejo. En él, confluyen aspectos biológicos, sociales, emocionales y psicológicos los cuales le permiten al niño, durante los primeros años de vida, configurar sus habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, sociales, emocionales y lingüísticas, posibilitando una equilibrada interacción con su entorno.

*“El desarrollo en cada ámbito está marcado por una serie de hitos o pasos y típicamente implica el dominio de habilidades sencillas antes de que se puedan aprender habilidades más complejas”.*<sup>17</sup> Mediante este proceso, los niños progresan desde un estado de dependencia absoluta de parte de sus cuidadores hacia una creciente independencia, gracias al logro de competencias propias que le permitirán desenvolverse por sí mismos en el mundo circundante. Estas adquisiciones se van dando de forma paulatina, presenta avances y retrocesos, y supone siempre una organización diferente y más compleja con respecto a los logros precedentes.

Como se mencionó anteriormente, la armonía del desarrollo infantil está marcada por la progresiva adquisición de hitos según la edad cronológica del niño. Atendiendo a la singularidad y particularidad de cada niño, cabe aclarar que la adquisición de dichos hitos difiere en cada individuo. Debe considerarse que cada niño tiene sus propios tiempos para el alcance de nuevos logros y, asimismo, tener en cuenta que el desarrollo se encuentra inevitablemente influido por las experiencias que le ofrece su medio ambiente, por lo tanto, algunos contextos pueden resultar más enriquecedores que otros.

Desde una perspectiva ecológica, Bronfenbrenner (1987), define al desarrollo como *“un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona*

---

<sup>16</sup> Asociación Americana de Psiquiatría / Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V .-- Editorial Médica Panamericana: S/D; 2013.

<sup>17</sup> OMS; UNICEF / El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate .- en [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063\\_spa.pdf;jsessionid=84700A60394509819B1E6DCB2EAF797B?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf;jsessionid=84700A60394509819B1E6DCB2EAF797B?sequence=1) (08/05/2021). Pág. 11.

*con él*".<sup>18</sup> Concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales contiene a la siguiente, como las famosas muñecas rusas. En el nivel más interno se encuentra el entorno inmediato, que contiene a la persona en desarrollo. El siguiente nivel, hace referencia a lo que está por fuera del camino conocido, es decir, nos hace mirar más allá de cada entorno por separado, precisamente a las relaciones que existen entre ellos. Estas interconexiones pueden llegar a ser tan decisivas para el desarrollo como lo que sucede en un determinado entorno. El tercer nivel del ambiente ecológico, se aleja aún más, y hace referencia a que el desarrollo de la persona se ve influido por hechos que ocurren en entornos en los que la persona ni siquiera está presente.

La estructura del ambiente ecológico puede definirse en términos más abstractos. Se concibe al ambiente ecológico como algo que se extiende mucho más allá de la situación inmediata que afecta directamente a la persona en desarrollo: los objetos a los que responde o las personas con las que interactúa. Se le atribuye la misma importancia a las conexiones entre otras personas que estén presentes en el entorno, a la naturaleza de sus vínculos y a la influencia indirecta sobre la persona en desarrollo, a través del efecto que producen en aquellos que se relacionan con ella directamente. Este complejo de interrelaciones dentro del entorno inmediato se denomina "microsistema".

El principio de interconexión, no se aplica solo dentro de los entornos sino también a los vínculos *entre entornos*. Tanto en aquellos en los que la persona en desarrollo participa (por ej: relación entre el hogar, la escuela y el grupo de pares), como en aquellos en los que tal vez no entre nunca, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el ambiente inmediato de la persona (por ej: políticas públicas que permiten mejorar la calidad de vida de las personas). Los primeros hacen referencia a los "mesosistemas" y los últimos a los "exosistemas". Por último, se concibe como "macrosistema" al conjunto de sistemas interconectados como una manifestación de los patrones de la ideología y de la organización de las instituciones sociales comunes a una determinada cultura o subcultura. En este sentido, se hace referencia al modo de organización en sistema y subsistemas de salud en Argentina.

*"La primera infancia es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad"*.<sup>19</sup> Para todos los niños, la primera infancia, actúa como una ventana

---

<sup>18</sup> Bronfenbrenner, U. / La ecología del desarrollo humano: cognición y desarrollo humano .-- Editorial Paidós: Barcelona; 1987. Pág. 23.

<sup>19</sup> OMS; UNICEF / Op. cit. Pág. 5.

de oportunidades en las cuales se inscribirán las bases para los posteriores aprendizajes y, específicamente para aquellos niños que presenten alguna alteración en su desarrollo (sea transitoria o permanente), una etapa crucial en la que se debe intervenir brindando todos los apoyos que sean necesarios para aprovechar y desarrollar todo su potencial, y a su vez evitar que dichas dificultades puedan profundizarse, generando obstáculos en la vida del niño y su familia.

El desarrollo durante los primeros años de vida es de suma importancia ya que esta etapa está estrechamente ligada a la maduración biológica, ya iniciada en la vida intrauterina, y la organización mental y emocional. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio, por lo tanto *“cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior”*.<sup>20</sup>

Por este motivo, resulta indispensable y fundamental, realizar un seguimiento del niño y de su respectivo desarrollo. *“Brindar al niño oportunidades para un desarrollo adecuado es el legado más importante que se puede ofrecer a la humanidad. Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución”*.<sup>21</sup>

Según se menciona en el “Libro Blanco de la Atención temprana” (2000): *“El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social”*.<sup>22</sup> Cuando el curso del desarrollo presenta desviaciones, emergen los signos de alarma. *“Los signos de alarma son alteraciones de lo esperable en la senda del desarrollo (...)”*.<sup>23</sup> Los mismos pueden expresarse a través de *“la presencia de signos patológicos; la ausencia de conductas propias del desarrollo típico y diferencias cualitativas en el desarrollo de competencias y conductas”*.<sup>24</sup> A su vez, pueden

---

<sup>20</sup> Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana / Op. cit. Pág. 14.

<sup>21</sup> Figueiras, AC; Neves de Souza, IC; Ríos, VG; Benguigui, Y. / Manual para la vigilancia del Desarrollo Infantil (0 a 6 años) en el contexto de AIEPI. -- OPS: Washington, DC; 2011. Pág. 9.

<sup>22</sup> Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana / Op. cit. Pág. 15.

<sup>23</sup> Armus M.; Oliver M.; Duhalde C.; Woscoboinik N. / Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia . -- Editorial UNICEF: Argentina; 2012. Pág. 35.

<sup>24</sup> Busquets, L; Miralbell, J; Muñoz, P; Muriel, N; Español, N; Viloca, N; Mestres, M. / Detección precoz del trastorno del Espectro Autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica .-- en

clasificarse según 2 tipos: los signos ruidosos o por exceso, que se captan rápidamente (p. ej.: llanto indiferenciado, echarse atrás ante el contacto, hipotonía, etc.) y los silenciosos o por defecto, más difíciles de reconocer (p. ej.: no comer, mirar de manera fija, silencio, insomnio, calma silenciosa, etc.). La presencia de signos de alarma indica la necesidad de realizar estudios más específicos y, si fuese necesario, la derivación a centros de atención temprana, servicios de neuropediatría u otros especialistas.

### **c) Comunicación y Lenguaje**

Rivière (2002) define a la comunicación como una conducta de relación que posee tres propiedades esenciales, actividad intencionada o propositiva, de relación, además es intencional (se refiere a algo, tiene un contenido), y por último significativa, es decir, se realiza mediante signos y no por medio de actos significantes, tales como los que se realizan con los objetos.

El autor señala que las conductas antes mencionadas, aparecen en los niños en los últimos trimestres del primer año de vida. Esto no quiere decir que en los meses anteriores (en los nueve primeros meses de vida) no se relacionen con las personas, o no expresen emociones y afectos. Los bebés manifiestan emociones desde que nacen, pero sí que es en ese momento, en el cuarto estadio del periodo sensoriomotor, cuando empiezan a tener relaciones intencionadas, intencionales y significantes con las personas.

Estas pueden cumplir diferentes funciones- por ejemplo, lograr atención llamando, mediante un acto vocativo-, pero hay dos que sobresalen por su importancia:

- 1- La función de cambiar el mundo físico o conseguir algo en él, y
- 2- La función de cambiar el mundo mental del compañero de interacción, compartiendo con él una experiencia interna.<sup>25</sup>

Valdez (2019) destaca que la comunicación y el lenguaje implican un conjunto complejo de factores que funcionan solidariamente para la producción y comprensión de significados. Aspectos fonológicos, morfológicos, sintácticos, semánticos, pragmáticos y léxicos configuran un entramado de adquisiciones y desafíos que muestra un alto nivel de heterogeneidad en el Espectro Autista.

---

[https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii02/11/n2-105e1-6\\_IntEspecial.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii02/11/n2-105e1-6_IntEspecial.pdf) (8/05/2021). Pág. 4.

<sup>25</sup> Rivière, Àngel / IDEA: Inventario de espectro autista .-- Fundec: Buenos Aires; 2002. Pág. 40.

Maggio (2020) en su libro “Comunicación y lenguaje en la infancia” señala que “*comunicar es el acto simple de transmitir una idea, sentimiento o necesidad a otra persona*”.<sup>26</sup>

Según Moreno Ríos (2009) “*comunicar es un acto de relación social en el que un individuo intenta transmitir información a otro individuo*”.<sup>27</sup> El término intención es crítico para este intercambio. En referencia al desarrollo comunicativo, la autora señala que se compone de dos etapas: una prelingüística o preverbal, en la que el niño aprende a comunicarse sin contar con lenguaje, y luego la etapa verbal, cuando desarrolla el aprendizaje de las primeras palabras, seguidamente pequeñas frases, más adelante frases elaboradas, hasta finalizar el proceso con la posibilidad de narrar y mantener una conversación fluida alrededor de los 5 años.

El desarrollo de la comunicación ocurre, entonces, desde etapas muy tempranas y tiene una íntima vinculación con el desarrollo de aspectos emocionales. Un niño de 3 meses de vida es capaz de mirar y sonreír al adulto que le sonríe: esto, que históricamente se ha reconocido como sonrisa social, es uno de los primeros mecanismos implicados en la comunicación y puede resultar un predictor fundamental en el logro de la atención conjunta, es decir, la posibilidad de compartir la atención con otros.

En este sentido, el lenguaje tiene funciones múltiples en la vida de las personas. Es el recurso esencial para la comunicación interpersonal, para regular la conducta, desarrollar el pensamiento y acceder al conocimiento. De su construcción no sólo derivan las habilidades de comunicación interpersonal, sino que a través de él es posible, por ejemplo, poner nombre a las emociones que sentimos.

Bates (1979), señala que los *gestos protoimperativos* suelen ser peticiones de objetos, de acciones sobre objetos (p. ej., dar cuerda a un juguete mecánico), de desplazamientos a lugares concretos, de ayuda en la realización de una acción (p. ej., alcanzar uno mismo un objetivo), o simplemente de realización de acciones por parte del adulto (p. ej., ser tomado del brazo). Su forma de realización puede ser muy variada: gestos de señalar, extensiones de mano, actos realizados sobre la persona (ej., llevar de la mano), vocalizaciones, ofrecimientos de objeto, posturas ritualizadas, etc. Mientras que los *protodeclarativos* se

---

<sup>26</sup> Maggio, Verónica/ Comunicación y lenguaje en la Infancia. La guía para profesionales y familias. -Editorial Paidós: Buenos Aires; 2020. Pág. 43.

<sup>27</sup> Moreno Ríos, S.-- en Maggio, Verónica/ Ibídem. Pág. 43.

definen como el uso de gestos, no ya para dirigir la atención de alguien sobre un objeto, sino para compartir con los demás la atención sobre el objeto señalado. En la mayoría de los casos, los niños que luego son diagnosticados con TEA, no desarrollan funciones protoimperativas ni protodeclarativas cuando deberían hacerlo, es decir, no piden objetos o situaciones, ni muestran cosas o acontecimientos para compartir con otros su experiencia sobre ellos.

#### c.1 Períodos de la comunicación temprana según Bates y Cols.

Los mismos se dividen en los siguientes estadios:

✓ *Período Perlocutorio temprano (0-4 meses)*: es aquí donde las conductas del niño son primariamente reflejas y están dirigidas por sus necesidades internas o en respuesta a fenómenos externos.

La estimulación visual- auditiva genera una modificación en la conducta del niño, la repetición del mismo estímulo produce habituación o cese de la respuesta. Dicha habituación permitirá al niño responder selectivamente a la estimulación que le ofrece el entorno.

Hacia los 2 meses de edad reconocen las expresiones faciales de los otros, y prefieren la expresión de alegría. Esta característica es signo de que el niño forma parte de un sistema afectivo de comunicación.

Hacia el cuarto mes, el niño utiliza su mirada para comenzar, sostener y concluir los intercambios con los otros. En este caso, esto correspondería a un indicio de la construcción de la intersubjetividad primaria. Al finalizar este período el niño se vale de la mirada, la sonrisa y de las vocalizaciones para mantener alternancias de atención y no atención en las interacciones con el adulto. En este período los objetos pasan a ser el foco de atención primario del niño, por un lado, desarrolla sus habilidades para alcanzar y tomar las cosas como así también coordina sus esquemas óculo manuales y se interesa activamente por los objetos.

En cuanto a lo auditivo, a partir del primer mes de vida, el niño comienza a identificar los sonidos del habla. A los 2 meses responde a la estimulación vocal, y lo demuestra a partir de la posibilidad de calmarse o cesando la actividad. Hacia los 3 meses de edad, comienza a vocalizar reproduciendo sonidos nasales y similares a vocales. El repertorio de sonidos que

el niño produce está influenciado por la madurez de su mecanismo del habla. Las vocalizaciones que realiza aún no comunican deseos y necesidades.

✓ *Período Perlocutorio tardío (4/6 a 8 meses)*: esta etapa se caracteriza por la aparición de conductas comunicativas intencionadas. El niño utiliza sonidos intencionalmente para hacer partícipes a otros en las interacciones como así también para obtener determinadas respuestas por parte del adulto. Las emisiones cumplen la función de llamado. El pequeño comienza a experimentar sobre las propiedades físicas de su ambiente, explorando los objetos, actuando sobre el medio de una forma más intencional. Comienza a establecer sus primeras asociaciones significante- significado. Realiza gritos, vocalizaciones para llamar la atención del adulto, esto da cuenta de la *función instrumental*<sup>28</sup> de Halliday mencionada por Haller y otros (2011). A partir del sexto mes comienza a discriminar e interpretar las expresiones faciales, si no es la esperada o deseada por el niño, este puede poner fin a una interacción cara a cara con el adulto.

✓ *Período ilocutorio temprano (8 a 12 meses aproximadamente)*: el niño es consciente de que puede manipular al adulto mediante el uso intencional de señales no verbales (gestos, miradas y vocalizaciones) y dirige la atención del otro hacia objetos y eventos. El niño aprende que existen medios para lograr fines y aparecen las interacciones de coordinación objetos- personas, las cuales coinciden con el 5to subestadio sensorio motor, que se correlaciona con la utilización de intermediarios. Se da el uso de gestos reguladores, deícticos (señalamiento) y expresivos, así como también hay un desarrollo de funciones interactivas reguladora y personal. En este período aumenta el desarrollo de la atención conjunta, la cual se manifiesta mediante dos conductas comunicativas intencionales:

- **Protodeclarativos**: el niño despliega conductas, que dan cuenta de una meta social de atención compartida con el adulto.
- **Protoimperativos**: el niño ve al adulto como el medio para llegar a un fin. A los 10 meses se da la decodificación de las primeras palabras.

✓ *Período ilocutorio tardío (12 a 14 meses aproximadamente)*: las señales del niño se traducen en protopalabras y gestos convencionales, estos son definidos por Bates como

---

<sup>28</sup> La **función instrumental** es aquella en la que se utiliza el lenguaje como medio para que las cosas se realicen, se dirige a satisfacer las necesidades.

“gestos cuya función y forma son reconocible por ambos participantes de la comunicación”.<sup>29</sup>

Señalar, mostrar, agitar y dar, son gestos convencionales observados en el desarrollo de los niños entre los 10 y 13 meses de edad. Por su parte, las protopalabras son producciones que se aproximan a las palabras y se las caracteriza según su uso:

- Usadas con una acción determinada: cuando el niño utiliza la misma expresión o sonido.

Ejemplo: “ete” para indicar que está señalando.

- Usadas para describir o representar a un objeto o evento en varios contextos. Por ejemplo: cuando el niño dice “guau” al ver animales (pato, perro, gato).
- Usadas como un acto o ritual: que es parte de una actividad pero que no representa a la misma. Ejemplo: cuando el niño hace el sonido “mmmmmm” que ha escuchado de los adultos hacer cuando terminan de comer algo. A medida que las señales del niño alcanzan un proceso de convencionalización, las conductas comunicativas son más claras y van necesitando cada vez menos del contexto para ser interpretadas.

✓ *Período locutorio (14 meses en adelante)*: en este período se desarrolla el habla, como una manifestación oral del lenguaje en construcción. Las protopalabras se vuelven convencionales, ya que están íntimamente relacionadas con el ambiente y su significado es la manifestación del contexto que rodea al niño. En esta etapa la comprensión del niño evoluciona, su léxico aumenta y las primeras respuestas a las preguntas son nombres de personas y objetos. La generalización de las palabras a nuevas situaciones es un indicador de comunicación simbólica, ya que en este período el niño hace uso de recursos simbólicos que representan objetos o eventos sin la presencia del mismo.

## c.2 La comunicación en las personas con TEA

Ángel Rivière (2002), propone desde otro enfoque dimensional, como herramienta de evaluación y como intervención clínica y educativa, el inventario de espectro autista (IDEA). Destaca que la intervención terapéutica no depende del diagnóstico, sino de los niveles alcanzados en las dimensiones del desarrollo en las diferentes áreas. El IDEA presenta doce dimensiones, agrupadas en cuatro escalas. Cada una de las dimensiones del

---

<sup>29</sup> Haller, Liliana; Gallastegui, Miriam y otros / Neuropsicolingüística. Evaluación y tratamiento .-- Editorial Akadia: Buenos Aires; 2011. Pág. 70.

desarrollo ofrece niveles que muestran adquisiciones, dificultades y desafíos en las distintas áreas. Ellas son:

A) Relaciones sociales

1. Relaciones sociales<sup>30</sup>
2. Capacidades de referencia conjunta<sup>31</sup>
3. Capacidades intersubjetivas y mentalistas<sup>32</sup>

**B) Comunicación y lenguaje**

**4. Funciones comunicativas**

**5. Lenguaje expresivo**

**6. Lenguaje receptivo**

C) Flexibilidad-anticipación

7. Anticipación<sup>33</sup>
8. Flexibilidad mental y comportamental<sup>34</sup>
9. Sentido de la propia actividad<sup>35</sup>

D) Simbolización

10. Imaginación y capacidades de ficción<sup>36</sup>

---

<sup>30</sup> Se considera, según Kanner, a la soledad o incapacidad de relación como rasgo patognomónico y fundamental. Se refiere a un “trastorno de las competencias intersubjetivas”.

<sup>31</sup> Esta dimensión se refiere a la calidad de las relaciones que las personas con TEA pueden establecer. Se centra en la dificultad para compartir focos de interés, acción o preocupación con otras personas.

<sup>32</sup> Esta dimensión alude a las dificultades de las personas con TEA para compartir el mundo. Rivière prefiere emplear la noción de “intersubjetividad secundaria” que incorpora tanto un componente afectivo (la motivación de compartir efectivamente experiencias) como un componente cognitivo (con alguien concebido como sujeto de experiencias a la explicación fundamental del autismo).

<sup>33</sup> Se relaciona con la idea de inflexible exigencia de un mundo sin cambios. Solo el propio niño puede permitirse a sí mismo modificar las condiciones existentes pero ninguna otra persona puede hacerlo sin producir malestar.

<sup>34</sup> Las estereotipias motoras, la realización de rituales repetitivos, la obsesión por ciertos contenidos mentales, las inflexibles oposiciones a cambios ambientales.

<sup>35</sup> Las dificultades para dar sentido a la propia acción que tienen las personas con TEA, se relacionan con sus dificultades para dejar en suspenso las acciones sobre el mundo y crear significantes o, con la dificultad para la “metarrepresentación”.

<sup>36</sup> El juego de ficción que implica la sustitución de objetos, o la atribución imaginaria de propiedades a cosas y situaciones, está ausente. Los niños presentan un juego menos simbólico y menos elaborado que otros niños incluso con otras patologías (por ejemplo, en retardo mental). Esto dificulta el procesamiento de información social.

11. Imitación<sup>37</sup>

12. Suspensión (capacidad de hacer significantes)<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Dificultades con las que se encuentran las personas con TEA para reflejar un sentido de “la identidad con otros”, que es en definitiva una expresión fundamental de la intersubjetividad.

<sup>38</sup> La dificultad está en realizar diferentes actividades o funciones mentales que exigen el funcionamiento del mecanismo mental para crear y comprender significantes.

De esta manera, resulta importante profundizar sobre las dimensiones de “Comunicación y lenguaje” de Ángel Rivière (1997).

### **Dimensión: Trastornos de las funciones comunicativas.**

Comunicarse constituye un problema, a veces insoluble, para las personas con trastornos del espectro autista. En los niveles más afectados, no saben siquiera cómo manejar a las personas para lograr efectos deseables en el mundo físico. En los intermedios, carecen de la competencia intersubjetiva necesaria para desarrollar aquellas actividades comunicativas cuya finalidad esencial es compartir la experiencia interna. En un sentido muy literal, los niños con TEA “no saben qué hacer” con las personas. En los menos alterados, a los que ya les resulta posible realizar funciones comunicativas -como comentar, narrar o argumentar - que permiten compartir experiencia, la comunicación es una actividad difícil: no se produce ni con la espontánea flexibilidad, ni con la fluida facilidad, con la que se da en otras personas.

### **Dimensión: Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.**

Los niños con TEA tienen una extremada dificultad para desarrollar el lenguaje en su periodo crítico de desarrollo, al carecer de los inputs intersubjetivos que disparan o ponen en marcha los mecanismos específicos de adquisición lingüística. Cuando esa dificultad no es tan insuperable como para dejarles sumisos en el mutismo, tienden a desarrollar un lenguaje poco funcional y espontáneo, con alteraciones peculiares, como la ecolalia, la inversión de formas deícticas, la literalidad extremada de los enunciados y las formas de comprensión, el laconismo, la presencia masiva de formas imperativas y ausencia o limitación de las declarativas, la emisión de verbalizaciones semánticamente vacías, irrelevantes o poco adaptadas a las situaciones interactivas y una limitación extrema de las competencias de conversación y discurso (Belinchón, Riviere e Igoa, 1996). Las anomalías del lenguaje que presentan los niños dentro del espectro son tan heterogéneas, múltiples y complejas que resultan imposibles de analizar.

### **Dimensión: Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.**

En la mayoría de los casos, existen dificultades en la comprensión del lenguaje. Como sucede en otras dimensiones, los desafíos en la comprensión son, sin embargo, muy variables: hay niños que no responden nunca al lenguaje o, en los casos más severos, se comportan como si no los oyeran.

En el extremo opuesto, de los niveles más altos del Espectro Autista, pueden darse dificultades sutiles para captar el significado profundo de enunciados que implican doble semiosis, como las metáforas, las ironías, los sarcasmos, muchos refranes y proverbios, y expresiones metafóricas.

Según Bates (1975), muchos de los niños pequeños con TEA que acuden a consulta de evaluación por primera vez no presentan la conducta de señalar o, si ésta aparece, es con una función protoimperativa; resulta inexistente el matiz protodeclarativo que suele aparecer en los niños con desarrollo típico antes del primer año de edad.

Los niños con trastornos del espectro autista que son capaces de comunicarse mediante el uso de lenguaje oral, generalmente acceden a éste mediante la ecolalia (inmediata y diferida), con escasez de lenguaje creativo. Se ha propuesto que la ecolalia podría responder a un estilo global de análisis del lenguaje, es decir, que el niño utilizaría los mensajes que recibe como un todo, sin analizar las diferentes partes del enunciado de forma separada y sin entender el sentido general. Tradicionalmente, se han restringido las dificultades en el lenguaje a los componentes semántico y pragmático. Esta concepción responde a las observaciones que se han realizado sobre el uso social del lenguaje tan peculiar que muestran los niños dentro del espectro. Las alteraciones graves en la pragmática contrastan con una adecuada estructura formal del lenguaje.<sup>39</sup>

Valdez (2019) sostiene que existen particularidades que podemos encontrar en los TEA tales como, ecolalias, inversión pronominal, patrones estereotipados de lenguaje, las palabras o frases idiosincráticas y los neologismos. También pueden aparecer dificultades en la estructuración gramatical y una prosodia diferente. En el ámbito del lenguaje expresivo, el polo de mayor nivel de dificultad está caracterizado por la ausencia de lenguaje verbal, seguido por un nivel de lenguaje predominantemente ecolálico o con el uso de palabras sueltas. En este nivel, no hay creación de oraciones. Si seguimos en esta gama dimensional, encontramos niños que pueden producir oraciones, aunque esas oraciones permanezcan algo aisladas y no configuren discurso o posibles conversaciones. En el nivel más alto de competencias, encontramos la capacidad de producción de discurso, aunque con ciertas limitaciones en el intercambio conversacional. En los intercambios, suelen manifestarse las

---

<sup>39</sup> Rivière, Ángel / Op. cit. Pág. 49.

limitaciones pragmáticas vinculadas con las capacidades de teoría de la mente; por ejemplo, dificultades para adaptarse a las expectativas de los interlocutores, toma de turnos, cambios de tópicos conversacionales, relevancia comunicativa.

### c.3 Manifestaciones de los TEA en la primera infancia: señales de alarma

La detección temprana de las señales que apuntan a un posible Trastorno del Espectro Autista, es el primer paso para favorecer el pronóstico y la posterior evolución del niño. Si la detección es seguida de una intervención temprana, el pronóstico será mejor, especialmente sobre las dificultades que pueden presentarse en la comunicación y en las habilidades funcionales en general. Se deben realizar diferentes evaluaciones, que no sólo podrán confirmar el diagnóstico, sino que pueden dar una idea del grado de afectación, tanto de una manera global como específica (lenguaje, inteligencia, interacción social, intereses restringidos, presencia de comorbilidades, etc.). Esto servirá para saber cuáles son los puntos fuertes y débiles del niño, de cara a un tratamiento específico y a una valoración de los resultados.

Sin embargo, para poder identificar las señales de alarma, es necesario inicialmente *conocerlas*.

Ángel Rivière (2000), Alexia Ratazzi (2018), Servicio El Ángel<sup>40 41</sup> (2013), Fernando Mulas (y cols.)<sup>42</sup> (2010), y Amaia Hervás y Luis Sánchez Santos<sup>43</sup> (2014) expresan y coinciden en los siguientes signos de alarma durante el periodo que se extiende desde los 3 meses a los 18 meses aprox.:

- Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas (como responder ante su nombre) e indicaciones.

---

<sup>40</sup> El servicio interdisciplinario “El Ángel” funciona en el Hospital Provincial de Niños de Zona Norte de la ciudad de Rosario. El mismo brinda atención a niños/as con autismo y otros trastornos severos del desarrollo con espectro autista. Nace en el año 2004 por la Fga. Berenice Luque, con la intención de dar respuestas a aquellas familias sin recursos económicos que no pueden afrontar los largos y costosos tratamientos que se requieren.

<sup>41</sup> Colegio de Fonoaudiólogos 2º Circunscripción / Boletín Nro 129 .-- en <http://www.colfono.org.ar/boletin.php?id=129> (21/04/2021).

<sup>42</sup> Mulas, Fernando; Ros-Cervera, Gonzalo / Modelos de intervención en niños con autismo .-- Revista de Neurología: Valencia; 2010. Pág. 78.

<sup>43</sup> Hervás, Amaia; Sánchez Santos, Luis / Autismo. Espectro autista; 2014.-- en [http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/autismo\\_espectro-autista.pdf](http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/autismo_espectro-autista.pdf). (23/5/2021).

- A los 3 meses de edad (aprox) no logra hacer contacto visual, y si es que lo logra, su mirada tiende a ser corta y “de reojo”.
- No realiza juego de ficción o simbólico: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc. Presenta juego poco imaginativo, repetitivo o rituales de ordenar en fila, de interesarse sólo por un juguete concreto, etc.
- Al año de edad no señala con el dedo para pedir, para compartir experiencias, o para indicar interés por algo.
- Desde los 18 meses de edad, no tenga intención de compartir intereses con otros: no “comparte focos de atención” con la mirada (atención conjunta).
- Desinterés por los otros niños y niñas.
- Presenta movimientos raros, como balanceos, aleteos, poner los dedos en posiciones extrañas, etc.

Señales de alarma relacionadas con la comunicación y el lenguaje:

- A los 6 meses de edad no sonrío, o no responde a la sonrisa o expresiones placenteras del otro.
- Al año de edad, no balbucee o silabee.
- Parece que no comprende o que “comprende selectivamente” sólo lo que le interesa.
- A los 16 meses de edad, no diga palabras sencillas.
- A los 24 meses de edad, no logre hacer frases espontáneas de dos palabras con sentido (no ecolalia).
- En cualquier momento pierda habilidades, tales como el balbuceo y palabras, que ya había adquirido.

A su vez, Amaia Hervás y Luis Sánchez Santos (2014) añaden dos periodos en los que se expresan las siguientes señales de alarma:

**De 3 a 5 años:**

- a. Baja respuesta a las llamadas (requerimientos verbales) de los padres o adultos, o a otros reclamos, aunque existen evidencias de que no hay sordera.
- b. Dificultades para establecer o mantener relaciones en las que se exija atención o acción conjunta.

- c. Escasa atención a lo que hacen otras personas, en general.
- d. Retraso en la aparición del lenguaje que no es sustituido por otro modo alternativo de comunicación.
- e. Dificultades para entender mensajes a través del habla.
- f. Inquietud más o menos acusada que se traduce en correteos o deambulaciones “sin sentido” que dificultan centrar la atención.
- g. Pocos elementos de distracción y los que existen pueden llegar a ser altamente repetitivos y obsesivos.
- h. Dificultades para tolerar cambios dentro de la vida cotidiana, por ejemplo, en los horarios o en los lugares en los que se hacen determinadas actividades, etc.
- i. Alteraciones sensoriales reflejadas en la escasa tolerancia a determinados sonidos, olores, sabores, etc., y que afectan a hábitos de la vida como la alimentación, el vestido, etc.
- j. Escaso desarrollo del juego simbólico o del uso funcional de objetos.
- k. Alteraciones cognitivas (percepción, memoria, simbolización) que afectan a la resolución de problemas propios de estas edades.
- l. Problemas de comportamiento que pueden ir desde los correteos o conductas estereotipadas del tipo balanceos o aleteos, hasta rabietas de intensidad variable

**A partir de los 5 años:** se debe comprobar si los síntomas anteriormente descritos están presentes o lo han estado. Para aquellos casos del espectro autista más “leves” habría que comprobar a partir de esta edad lo siguiente:

- a. Dificultades para compartir intereses o juegos con otros niños y niñas.
- b. Tendencia a la soledad, en recreos o situaciones similares o a abandonar rápidamente los juegos de otros niños y niñas por falta de habilidad para la comprensión de “su papel” dentro del juego.
- c. Juegos o actividades que, aun siendo propias de su edad, llaman la atención, por ser muy persistentes, incluso obsesivas.

#### c.4 Prevención Fonoaudiológica

La prevención primaria comprende por un lado a la prevención inespecífica (promoción de la salud) y por otro a la específica (medidas de protección de la salud). La prevención inespecífica pretende garantizar la calidad de vida de las personas, a través de actividades y medidas que están dirigidas a evitar la aparición de factores de riesgo que anteceden a cualquier enfermedad. Mientras que la prevención específica son procedimientos tendientes a mejorar la salud de las personas y procurar medidas de protección de las personas ante un riesgo específico.

Según la Ley N°9981 de Ejercicio Fonoaudiológico se contemplan como funciones preventivas efectuadas por los profesionales de la disciplina:

- La asistencia a los profesionales de la voz, para su capacitación en sus aspectos técnicos (maestros, profesores, actores, cantantes, locutores, etc).
- El asesoramiento en el ámbito docente sobre los trastornos de la voz, habla, audición, lenguaje y aprendizaje escolar, y su profilaxis.
- El asesoramiento acerca de la problemática de la audición y requisitos para la seguridad en los ámbitos que se consideren insalubres desde el punto de vista de la audición.
- La prevención en deficiencias anatómo-funcionales capaces de generar discapacidades en la comunicación.
- La detección de alteraciones de voz, habla, lenguaje y/o audición, en el ingreso a la escolaridad primaria, la docencia y/o el trabajo en general.
- Impartir educación fonoaudiológica en las distintas áreas de su competencia (audición, voz, lenguaje, habla y aprendizaje) sea mediante campañas masivas de divulgación sea colaborando en planes de medicina preventiva en el área de su competencia.
- Colaborar con las autoridades sanitarias competentes en el cumplimiento de medidas de profilaxis.

Por esto, es importante que el Profesional en Fonoaudiología pueda impartir campañas de divulgación, así como también actividades de concientización, acerca del quehacer fonoaudiológico. Del mismo modo, este profesional puede informar a la población sobre

aquellas señales de alarma en el desarrollo del niño, relacionadas con la comunicación en general, y el lenguaje en particular. La comunicación comienza desde edades muy tempranas de la vida, y su constante progreso puede dividirse en diferentes etapas. Cada una de estas etapas se encuentra caracterizada por edades y por los distintos logros o hitos que pueden darse a nivel comunicativo-lingüístico; así como también se encuentran aquellas señales o “banderas rojas” que indican alguna dificultad. Por lo tanto, el Fonoaudiólogo, puede informar a la población sobre aquellas señales que indican dificultades en la comunicación y el lenguaje.

El conocimiento de las señales de alarma, por parte de la población, permite que, ante la presencia de cualquier dificultad comunicativa, se efectúe la consulta Fonoaudiológica correspondiente y oportuna.

Haciendo referencia específicamente a los niños con TEA, existe una amplia gama de señales que pueden alertar a los adultos responsables de su cuidado. No obstante, dichas señales no siempre son evidentes, y en caso de serlo, pueden no despertar la preocupación de los adultos. Lorna Wing (1998), expresa que la mayoría de los niños con TEA, muestran dificultades en relación a la socialización y comunicación desde la primera infancia, pero ya que las conductas posibles de un bebé son limitadas, debido a su edad, dichas dificultades pueden no ser tan evidentes y pasar fácilmente desapercibidas. Comenta también que algunos bebés, que posteriormente son diagnosticados con TEA, parecen desarrollarse normalmente y sus padres no perciben nada extraño hasta aproximadamente el primer año. Sin embargo, si se realiza un interrogatorio detallado y sistemático a los padres, en base a sus recuerdos, la mayoría evoca que había aspectos inusuales en su conducta, incluso durante el primer año. Así como también existen padres que se preocuparon casi desde el nacimiento porque sintieron que algo iba mal desde los primeros días de vida, pero el problema radicaba en que no podían expresar que era lo que les llamaba la atención.

Según Berenice Luque (2010), el desarrollo del niño es aparentemente “normal” en los primeros 9 meses, sin embargo, posteriormente comienzan a manifestarse signos que ponen en evidencia ciertas desviaciones con respecto al desarrollo evolutivo esperable del niño, y se hacen aún más notables alrededor de los 18 meses que es cuando comienza la fase crítica del desarrollo. Generalmente, estos signos o señales, se dan en lo que respecta a la comunicación e interacción social. *“El autismo es la sombra que deja en el desarrollo una*

*dificultad o imposibilidad para constituir ciertas funciones psicológicas cuyo momento crítico de adquisición se extiende entre los 18 meses y los 5-6 años”.*<sup>44</sup>

La observación y el reconocimiento de un signo de alarma en un niño debe funcionar como una alerta y orientar la intervención para prevenir la configuración de algún trastorno. Nunca un signo/ señal de alarma en sí mismo tiene valor de diagnóstico. Los mismos orientan e indican la posibilidad de desarrollar a futuro una dificultad severa. Cabe resaltar nuevamente que *“cualquier signo de alarma deberá ser pensado en función del momento madurativo del niño y siempre en el contexto específico de cada cultura y cada comunidad”.*<sup>45</sup>

La evolución de aquellos niños que presenten alteraciones en su desarrollo, dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la Atención Temprana. *“Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. En este momento resulta crucial la implicación familiar, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional, así como para la eficacia de los tratamientos”.*<sup>46</sup> Esto reafirma la importancia del reconocimiento temprano de las señales de alarma para dar comienzo a intervenciones oportunas con participación de la familia, estimular las aptitudes emergentes y crear un ambiente estimulante y protector.

Se concibe a la Atención Temprana como *“el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos”.*<sup>47</sup>

Al hablar de Atención Temprana, es posible plantear tres niveles de intervención de la misma. El primer nivel, denominado “Prevención Primaria”, hace referencia a las actuaciones orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias, y tiene como objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. El segundo nivel, se corresponde con la “Prevención Secundaria”.

---

<sup>44</sup> Rivière, A / El tratamiento del Autismo: nuevas perspectivas .-- en Luque, B. / La clínica Fonoaudiológica. Del proceso diagnóstico al abordaje terapéutico .-- UNR Editora: Rosario; 2010. Cap V: Autismos y otros trastornos del espectro autista. Pág. 130.

<sup>45</sup> Armus, Marcela; Duhalde, Constanza y otros / Op. cit. Pág. 33.

<sup>46</sup> Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana / Op. cit. Pág. 14.

<sup>47</sup> Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana / Ibidem, Pág. 11.

Tiene como objetivo *“la detección precoz y el diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo y de situaciones de riesgo”*.<sup>48</sup> Y por último se encuentra el tercer nivel, donde actúa la “Prevención Terciaria”. Este nivel agrupa aquellas actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Las mismas están orientadas a atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño.

Mencionando los tres niveles, se hará hincapié en el segundo nivel, ya que toma relevancia en esta investigación.

Según Villarreal, S. (2012), la prevención secundaria gravita principalmente en el diagnóstico temprano de las enfermedades, mediante exámenes periódicos clínicos y a través de estudios específicos.

Es aquí donde entra en juego la praxis fonoaudiológica. Según expresa la Ley N° 9.981, es considerado como ejercicio profesional la detección y diagnóstico fonoaudiológico, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de los distintos trastornos que afectan a la comunicación humana, en relación con las diferentes áreas que contemplan el quehacer fonoaudiológico.<sup>50</sup> Por lo tanto, resulta indispensable detectar a tiempo aquellas señales de alarma que indican una posible alteración en la comunicación, ya que esto posibilitará establecer un abordaje temprano y oportuno que le permita al niño y a su familia obtener una mejor calidad de vida.

Tal como se mencionó anteriormente, debido a que en la mayoría de los niños con TEA presentan, en mayor o menor medida, dificultades en la comunicación y/o el lenguaje, el profesional en fonoaudiología ocupa un lugar significativo en el abordaje terapéutico interdisciplinario. (Luque, 2010)

*“La Fonoaudiología desde su óptica preventiva enfoca la atención fonoaudiológica integral de la comunicación humana y la salud general a través de las interdisciplinas biosicosociales. Por lo tanto, la salud fonoaudiológica es un estado pleno de bienestar biosicofísico a través de una adecuada comunicación humana”*.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana / *Ibidem*, pág. 23 <sup>50</sup> Legislatura de la Provincia de Santa Fe / *Op. cit.*

<sup>49</sup> Ministerio de Salud y Acción Social; Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica / Normas de Organización y funcionamiento del área de Fonoaudiología de los establecimientos asistenciales.- Fonoaudiológica: Tomo 45. N°3. ASALFA: Bs As; 1999. Pág. 7.

#### **d) Proceso de Atención Clínica**

El proceso de atención, actividad que se cumple sobre el paciente, es considerado por Sonis (1985) como “esencia” de la atención de la salud, porque significa el resumen final del contacto entre la población y los recursos de atención. El análisis de este sistema integral y continuo constituye uno de los pasos principales para el estudio de la atención de la salud, en el cual pueden establecerse tres etapas: iniciación, continuidad y terminación.

En efecto, resulta fructífero interpretar el proceso de atención desde una perspectiva Fonoaudiológica. A su vez, se hará hincapié específicamente en la “*iniciación*” del proceso de atención ya que nos ofrece la posibilidad de conocer sobre el origen de la demanda, y los motivos por el cual se realiza la misma, tomando relevancia en la investigación de las variables.

La iniciación es una de las etapas más importantes ya que en la misma se establece el primer contacto entre el profesional fonoaudiólogo y el paciente. Del mismo surgen los interrogantes: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? se inicia el contacto entre la población y los recursos de atención.

Según la OPS (1962) se define a la atención médica como “*el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y sus familias, los recursos del diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno, de la rehabilitación, de la prevención médica y el fomento de la salud*”.<sup>52</sup>

En una primera instancia, que implica el encuentro terapeuta-paciente, se realiza la anamnesis para recabar datos referidos a la identificación del paciente, es decir, sobre “¿**Quién?**” asiste a los centros terapéuticos. En este sentido se destaca la importancia de conocer su edad y género. Desde el inicio del proceso de atención se considera, además del criterio sintomático y fisiopatológico, el genético, es decir, el desarrollo madurativo en relación a la edad del paciente, aspecto significativo para direccionar la evaluación y terapéutica fonoaudiológica.

<sup>52</sup> OPS / Atención médica. Bases para la formulación de una política continental. Washington; 1962. en .-- <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1353/41759.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (8/10/2021). Pág.

12.

Además, se indaga sobre el motivo de consulta, que responde al “¿Por qué?” del inicio de la atención. El motivo de consulta es lo que impulsa al paciente a buscar ayuda, es decir, la expresión del paciente, en estos casos los adultos referentes del niño, por la que se solicita atención especializada. Puede haber uno o varios motivos de consulta en el mismo encuentro entre paciente y especialista, y todos deberían ser expresados al principio de la entrevista clínica para facilitar su abordaje posterior. En el caso de enunciarse más de uno, se pueden jerarquizar en función de varios parámetros (urgencia, gravedad, resolutivez, etc)

Durante esta instancia el profesional deberá realizar una escucha atenta de la demanda, logrando asociar la misma a los diversos trastornos de la comunicación humana en correspondencia con las áreas del quehacer fonoaudiológico.<sup>50</sup> Es un periodo de comunicación directa y franca, en el que la familia del paciente, transmite su situación o dudas, y el terapeuta realiza una escucha activa, creando un clima de serenidad y seguridad, para captar sus necesidades.

Entre esas sospechas y preocupaciones que exponen los padres con respecto a la comunicación, se consideran como alertas rojas respecto a un posible trastorno del espectro autista las siguientes (Filipek, P.; Accardo, P.; Baranek, G. y cols., 1999)<sup>51</sup> : - No responde a su nombre - No puede decirme lo que quiere. - Lenguaje retrasado - No sigue instrucciones. - Parece sordo a veces. - Parece oír algunas veces, pero otras no. - No señala ni dice adiós con la mano. - Solía usar unas pocas palabras, pero ya no las dice.

En referencia al interrogante: “¿Cómo?”, la población puede iniciar el proceso al experimentar síntomas o malestar, o al solicitar una acción preventiva, participando activamente desde el comienzo en ambos casos. Esto es lo que se conoce como *demanda espontánea*, es decir, cuando el paciente o un familiar del mismo, perciben la alteración y deciden trasladar la inquietud al profesional.

La demanda espontánea depende estrechamente de la interpretación que la población realiza de los síntomas, del conocimiento de los aspectos que abarca el quehacer fonoaudiológico y de la posibilidad de accesibilidad al efector de salud. Por el contrario, se

---

<sup>50</sup> Muniagurria, A.J. y Libman, J. / Semiología Clínica I – Motivo de Consulta .-- Ed. El Ateneo : Buenos Aires; 1988. Pág. 6.

<sup>51</sup> Vázquez Reyes, Carlos María; Martínez Fera, María Isabel / Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica. Volumen II: El Síndrome de Asperger. Respuesta educativa.-- Consejería de Educación: Sevilla; 2006. Pág. 19.

conoce como *demanda programada* a la iniciación del proceso por parte de los recursos de atención de la salud a través de acciones y actividades en la comunidad, como programas de detección temprana de riesgos o alteraciones de la comunicación.

La consulta también puede generarse a partir de una *derivación*. Según Shortell (1972), “*la derivación es el proceso por el cual un médico transfiere la responsabilidad total o permanentemente de la atención del paciente a otro profesional*”.<sup>52</sup> En otras palabras, y extendiendo dicho concepto a otros profesionales, entendemos por demanda derivada a aquella que se inicia cuando un profesional del área salud (médico o no médico) o de la educación, partiendo de sus conocimientos sobre el labor Fonoaudiológico, considera necesaria la intervención específica del fonoaudiólogo. La derivación puede dividirse en interna y externa. La primera hace referencia cuando la misma se realiza entre los profesionales de un mismo efector de la salud. Por otra parte, la derivación externa se refiere a aquellas que se realizan entre profesionales que no forman parte de una misma institución.

Por su parte, Nicolás Campodónico (2013) analiza desde el campo de la Psicología, la demanda de asistencia psicológica en los Centros de Salud de La Plata. Sin embargo, resulta interesante citar sus teorizaciones enmarcando el análisis de la demanda desde el ámbito Fonoaudiológico. Nos resulta de interés en primer lugar, resaltar la categoría de lo que él denomina “origen de la demanda”, diferenciando la demanda espontánea, de interconsulta, y aquellas que son producto de derivaciones médicas.

El autor denomina “*consulta espontánea*”, a las consultas que llegan a la institución por decisión propia. Lo que está en juego en este tipo de demandas es la búsqueda de una asistencia terapéutica que puede formularse en ocasiones con claridad como un pedido de una evaluación, en otros como de consejos u orientación, o finalmente para iniciar tratamiento fonoaudiológico. Con respecto a esto, expresa que resulta interesante detenerse especialmente en “*el problema de la implicación subjetiva que acompaña la presentación del síntoma (...)*”.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Shortell, S.M.-- en García Olmos, Luis /Análisis de la demanda derivada en las consultas de medicina general en España .-- Facultad de Medicina - Universidad Autónoma de Madrid : Madrid; 1993. Pág. 17. (Tesis Doctoral).

<sup>53</sup> Campodónico, Nicolás / Acerca de la demanda psicológica en un dispositivo asistencial: la salud mental y el psicoanálisis .--en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483549015004> ( 23/05/2021).

Por otra parte, define a las “*consultas por derivación*” y a su vez las divide en dos subcategorías. En primer lugar nombra a la *Derivación Interna o Interconsulta*, la cual consiste en el pedido de los profesionales de salud que integran los mismos efectores de salud. En segundo lugar define a la *Derivación Externa* como aquellas que se caracterizan por provenir de diferentes instituciones tales como: otras instituciones de salud, como son hospitales de la zona u otros Centros de Salud que no cuentan con servicio de fonoaudiología; instituciones escolares, obras sociales y otros.

Generalmente y en relación al presente trabajo, en aquellos casos que se sospeche la presencia de un posible TEA, los principales derivadores son los pediatras, neuropediatras, neurólogos, etc.

En conclusión, los padres o cuidadores del niño pueden llegar a la consulta por su propia voluntad, o pueden ser derivados al consultorio por un médico/ no médico, una institución o una escuela. Bajo todas estas circunstancias debe obtenerse una relación breve de la manera y las condiciones que condujeron a la consulta, e incluir el nombre del médico o la institución que envía al paciente y, si se ha propuesto un examen y este es realizable, dar las razones que se han tenido para solicitarlo.<sup>54</sup>

#### **e) Tipo de Demanda y Perspectiva Ecológica**

Resulta interesante atender al contexto en el cual se desarrolla el niño ya que en él se encuentran las personas responsables de responder ante los contratiempos que puedan presentarse.

Carcovich (2005) estudió la relación entre la edad de los pacientes al momento de la primera preocupación de los padres y el tipo de trastorno que presentan, en niños con TGD/ TEA y concluye que la mayoría de los padres el (60 %) se preocupaban entre los 0 y 18 meses y que el tiempo transcurrido entre la primera preocupación y la primera consulta no superaba los 12 meses, es decir, que la primera consulta se concretaba alrededor de los 30 meses (84.4 %).

---

<sup>54</sup> Palacios Aguinaga, Jennifer Raquel / Motivo de consulta .-- en <https://es.slideshare.net/yukijenn/motivode-consulta> (21/05/2021).

En relación al tipo de demanda, Benítez y Ortega Vila (2019) investigaron el tipo de derivación al Servicio de Fonoaudiología del Hospital de niños Zona Norte y llegaron a la conclusión que del total de la población estudiada (116 niños) el 63,8% de ellos asistieron al Servicio de Fonoaudiología por derivación “interna” (aquella que se realizó dentro del mismo Hospital de Niños Zona Norte, donde los pacientes llegaron por indicación de profesionales, ya sean médicos tales como pediatras, otorrinolaringólogos, neurólogos, o no médicos como fonoaudiólogos, kinesiólogos, odontólogos, terapistas ocupacionales, psicólogos, entre otros). Y el 36,2% de niños llegaron al Servicio de Fonoaudiología del Hospital, derivados de profesionales ajenos a la institución, es decir, a través de derivaciones realizadas por recomendaciones de escuelas, jardines y de otros centros de salud, tratándose de una derivación “externa”.

A pesar del incremento de la conciencia general sobre los TEA, aún existen dificultades para detectar aspectos inusuales y realizar la correspondiente consulta. Las barreras que pueden llegar a provocar el reconocimiento tardío de los TEA pueden encontrarse, por un lado, en el ámbito familiar debido a que los padres no detectan síntomas comunicativos sociales en la fase temprana del desarrollo (tanto en primerizos como experimentados). Por otro lado, en el ámbito sanitario, ya que en muchos casos los pediatras y demás profesionales de la atención primaria carecen de la información y formación necesaria por lo que no reconocen las conductas alteradas. Tienden a pensar que se trata de problemas leves o transitorios en el desarrollo y recomiendan a los padres a esperar una evolución, es decir, no suelen considerar que algunas preocupaciones de los padres sobre aspectos concretos del desarrollo de sus hijos, como tardar en hablar, o escasas habilidades de interacción social, pueden ser indicadores de riesgo, o signos de alarma de alguna alteración evolutiva.

Y, por último, en el ámbito educativo debido a que los profesionales de jardines infantiles no poseen información relativa a los trastornos del espectro autista para realizar una detección precoz de un niño.<sup>55</sup>

Con el fin de relacionar los entornos en el cual se desarrolla el niño, y el modo en que los integrantes de dichos contextos inician la demanda, se tomará el enfoque ecológico sobre el desarrollo humano, de Bronfenbrenner (1987). Este autor alude a estos entornos con

---

<sup>55</sup> Ministerio de Educación de Chile / Manual de apoyo a docentes: educación de estudiantes que presentan trastornos del espectro autista. -- S/D Santiago de Chile: Primera Edición; 2010. Pág. 29.

el término “ambiente ecológico”, al que concibe como un conjunto de estructuras seriadas cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente.

Desde esta teoría, el microsistema de un niño está conformado por los padres, la familia y la escuela. La relación entre este y el desarrollo del niño es más que evidente, por ejemplo, las creencias de los padres van a afectar de manera directa a cómo acabará siendo este. La familia tiene un papel central en el desarrollo emocional y la escuela en la socialización. Por ello es esperable que muchas de las preocupaciones referidas a la comunicación del niño se den en este nivel sistémico.

Además, algunas señales de alarma pueden emerger en un nivel de macrosistema, ya que este está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre el menor. (Bronfenbrenner, 1987).

Por otro lado, el exosistema estaría compuesto por los elementos que afectan a la vida del niño pero que no tienen una relación directa con él, sino que esta se produce de manera indirecta a través de los miembros que forman el microsistema. Por ejemplo, la ocupación de los padres, el ámbito de trabajo y la cantidad de horas de ocio.

Y, por último, el autor propone la existencia de un macrosistema definido por elementos de la cultura, como las tradiciones, el sistema de valores de su sociedad o la religión.

Es decir que las sospechas de un posible TEA pueden surgir por parte del contexto familiar del niño, o de profesionales, tanto de la salud como de la educación, es decir, en aquel microsistema en el que se encuentra inmerso. Sin embargo, existen otros sistemas en los que el niño no participa activamente, pero las acciones que se efectúan en ellos influyen inevitablemente en él. De este modo, resulta imprescindible la planeación de políticas públicas de la Salud, que garanticen los derechos de los niños, a través de acciones orientadas a resolver problemas públicos relevantes y debe ser el objetivo principal contribuir desde este lugar a mejorar la calidad de vida de las personas.

En base a lo expuesto, los distintos sistemas que integran e influyen en el desarrollo del niño, nos ofrece la posibilidad de relacionar dichos entornos y sus vínculos, con las posibles modalidades de inicio de la atención de salud.

## e.1 A nivel del microsistema

### Detección en el ámbito familiar:

Habitualmente cuando los padres manifiestan sospechas y preocupación respecto a la evolución de su hijo, suelen estar en lo cierto. La preocupación de los padres generalmente se centra en tres aspectos: retraso en el habla o el lenguaje, problemas en el desarrollo social y el desfase respecto a la evolución de otros niños, o específicamente, en comparación con sus hermanos. Lo que no implica que cuando los padres consideren completamente típica la evolución de su hijo, ésta lo sea. (López-Escobar Fernández, 2006)

Los padres de la mayoría de los niños con TEA, se dan cuenta de los problemas de forma gradual. Si el niño tiene un nivel de habilidad alto en algunas áreas, los padres pueden no empezar a preocuparse hasta el tercer año o incluso después. En una minoría, a los padres les parece que el desarrollo evoluciona normalmente, hasta que se da un notable cambio de conducta en semanas o meses, quizás con una regresión en ciertas habilidades, especialmente en el habla. En ambos tipos de inicio, el diagnóstico de la conducta de un trastorno del espectro autista surge, antes o después, en los años preescolares.

Ángel Rivière<sup>56</sup> (2000) realizó una investigación, en base a 100 informes retrospectivos proporcionados por padres de niños con TEA, para comprobar o no la existencia de un patrón prototípico o un esquema de las manifestaciones de los Trastornos del Espectro Autista y su modo de aparición.

En 25 de los 100 casos analizados, los padres habían tenido en el primer año alguna preocupación con respecto al desarrollo de sus hijos. Observaban cierta pasividad, falta de comunicación o de respuestas expresivas en los intentos de interacción, y estereotipias. La mayoría de los padres (57 de los 100 casos) se habían preocupado durante el segundo año de vida, al observar falta de desarrollo del lenguaje y desconexión con su entorno. Por último, 18 familias se habían preocupado después del segundo año, sobre todo entre los 24 y los 30 meses.

Finalmente, concluye que este patrón normativo del desarrollo (o al menos, el patrón que expresan los recuerdos de los padres) se define por:

---

<sup>56</sup> Rivière, Ángel y Marcos, Juan / El niño pequeño con autismo .-- Editorial APNA: Madrid; 2000.

1- Una aparente normalidad en los ocho o nueve primeros meses de desarrollo, acompañada de una “tranquilidad expresiva”, que es vivida por los padres como un rasgo temperamental del niño, y no como una muestra de alteración de su desarrollo.

2- Ausencia (frecuentemente no percibida como tal) de conductas de comunicación intencionada, tanto para pedir como para declarar, en la fase elocutiva del desarrollo, entre el noveno y el décimo séptimo mes, con un aumento de pérdida de intersubjetividad, iniciativa de relación, respuestas al lenguaje y conductas de relación.

3- Una clara manifestación de alteración cualitativa del desarrollo, que suele coincidir precisamente con el comienzo de la llamada “fase locutiva” del desarrollo, caracterizada por cambios revolucionarios. Expresa que, en esta fase, resulta ya evidente un patrón de limitación o ausencia de lenguaje, sordera aparentemente paradójica, ritualización creciente de la actividad, oposición a cambios de actividades y ausencia de competencias intersubjetivas y de ficción.

De acuerdo a Greenspan, *“Desde el primer día de vida, todas nuestras experiencias tienen tanto un componente físico como un componente emocional. El componente físico es la parte concreta de la experiencia, el componente emocional es el que le otorga sentido o significado a la experiencia”*.<sup>57</sup> El recién nacido experimenta una serie de sensaciones físicas en torno a su madre (voz, sonrisa, tacto). Estas sensaciones se vuelven importantes para el bebé por el hecho de cómo lo hacen sentir. Cada vez que experimenta esta combinación de sensaciones físicas, estas despiertan emociones de placer, seguridad, alegría. Gradualmente el bebé comenzará a anticipar estas emociones cada vez que escucha la voz de sus cuidadores. Automáticamente comenzará a unir o asociar aquellas experiencias físicas (voz, sonrisa, caricias etc.) con la emoción que le genera en su interior, con lo que “siente emocionalmente”. Estos son los dos aspectos fundamentales del desarrollo infantil: la capacidad para la formación de símbolos (uso del lenguaje) y la capacidad de empatía (capacidad para comprender los estados emocionales del otro).

Estas emociones dan origen a la idea “mental” de madre o padre. Las habilidades de unir emociones con los primeros gestos comunicativos emergen gradualmente durante los

---

<sup>57</sup> Greenspan, S.I. -- en Breinbauer, Cecilia / Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular -- en Transiciones. Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes. Perú; 2006. Pág. 2.

primeros meses de vida. Es esta habilidad del niño/a de interactuar con propósito con sus padres o cuidadores significativos, la que sirve de base al desarrollo cada vez más complejo en el ámbito social, emocional y cognitivo. El progresivo desarrollo de destrezas cognitivas, motoras, sensoriales, lingüísticas y sociales son instrumentos del desarrollo que sólo cobran sentido en la medida que se organizan en torno a una comunicación intencional del afecto o emociones emergentes del niño/a. A medida que las personas significativas para el pequeño, van creando y ofreciendo oportunidades para que el niño/a exprese sus emociones, deseos, o intenciones, van favoreciendo a que cada vez más el niño/a establezca conexiones o vínculos entre sus emociones, deseos o intenciones y sus instrumentos o destrezas del desarrollo, las cuales organiza en torno a una conducta comunicativa. En los niños/as que carecen de esta habilidad básica de conectar sus emociones con su conducta (o palabras), de expresar su sentido de sí mismo e intencionalidad, el componente clave que estimula la progresión del desarrollo estará ausente. En niños con TEA, esta habilidad estaría comprometida en distintos grados de severidad a lo largo del espectro.

Aunque el niño no hable, comunica y entiende las miradas, las sonrisas y los gestos del adulto que interactúa con él. La comunicación no verbal o preverbal es fundamental en la interacción entre el niño y los adultos. Se trata de gestos y vocalizaciones que pueden durar segundos, que el niño capta y a los que les da significado. Se apropia de ellos como modo de comunicación y va formando representaciones mentales y recuerdos de la experiencia subjetiva de estar con otra persona, precursores necesarios para la organización del lenguaje verbal. A esto se agrega lo que los neurolingüistas llaman la protoconversación: intercambios repetidos del adulto que sincroniza sus gestos y vocalizaciones con las conductas innatas del bebé. De esta manera les da un sentido y los introduce en la lengua “materna” y en la cultura.<sup>58</sup>

### Detección por parte de los Profesionales de la Salud

Por otro lado, la detección de señales de alarma, puede originarse a partir de los procedimientos de seguimiento en las consultas médicas y pediátricas.

El pediatra *“tiene un papel clave en la detección de las señales de alarma de TEA, puesto que suele ser el primer punto de contacto con los centros de salud y la persona a quién los padres más probablemente manifestarán sus preocupaciones. Es importante que*

---

<sup>58</sup> Armus M.; Oliver M.; Duhalde C.; Woscoboinik N. / Op. cit. Pág. 16.

*el pediatra conozca las señales tempranas del TEA y que disponga de una estrategia para evaluarlos sistemáticamente”.*<sup>59</sup>

Los médicos generalistas están mucho más familiarizados con los síntomas y signos físicos que con dificultades sociocomunicativas o conductuales en niños que tienen un aspecto saludable físicamente.

Por lo tanto, *“la consulta pediátrica es el contexto idóneo para la observación de dichas señales. La sensibilización y formación específica de los profesionales de Atención Primaria en señales de alarma de TEA durante el primer año de vida es clave, pues la identificación de los niños de riesgo facilitará su derivación a los centros de atención temprana para una intervención precoz”.*<sup>60</sup>

Desde este punto, resulta imprescindible y fundamental, el reconocimiento de las incumbencias del Fonoaudiólogo/a, ya que, si éste/a detecta tempranamente perturbaciones vinculadas con la comunicación y el lenguaje, puede realizar las intervenciones oportunas, lo que dará como resultado un mejor pronóstico en la evolución del niño.

Si bien los padres inevitablemente se percatarán (tarde o temprano), la ventaja de la detección precoz puede verse eclipsada para algunas familias, que podrían no estar preparadas para la eventualidad de tener que asumir que su hijo está en riesgo de padecer dificultades en el curso de su desarrollo, y que necesitará tratamiento cuanto antes.<sup>61</sup>

Por eso es muy importante que los profesionales comuniquen correctamente la información, para ayudar a los padres a darse cuenta de las dificultades de su hijo y así afrontar eficazmente los retos a los que empiezan a enfrentarse, para lo cual deben comprenderla. Esto ayudará a que el tratamiento y apoyo a los niños con TEA tenga mayor éxito, ya que se requiere el conocimiento y compromiso por parte de los padres.

#### Detección por parte de los Profesionales de la educación:

El otro gran ámbito de detección es la escuela. Es relativamente frecuente que los niños y niñas inicien la escolaridad sin un diagnóstico previo, y que sea precisamente en la escuela donde se detecten sus dificultades. La información aportada por los profesionales

---

<sup>59</sup> Busquets, L; Miralbell, J; Muñoz, P; Muriel, N; Español, N; Viloca, N; Mestres, M. / Op. cit. Pág. 6.

<sup>60</sup> Busquets, L; Miralbell, J; Muñoz, P; Muriel, N; Español, N; Viloca, N; Mestres, M. / Ibidem, Pág. 6.

<sup>61</sup> Canal Bedia, Ricardo; García Primo, Patricia y otros / La detección precoz del autismo .-- en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100003) (14/05/2021).

que integran el ámbito educativo es fundamental. *“Los maestros/as, profesores/as y profesionales en general también expresan sus sospechas y preocupaciones en términos muy similares a las manifestadas por los padres”*.<sup>62</sup>

El aula resulta ser un ámbito enriquecedor. Los docentes están diariamente en contacto con los niños, lo cual les permite poder divisar aquellos niños que presenten dificultades en lo que respecta a las capacidades y los comportamientos básicos para el aprendizaje ya sea relacionado a las habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, dificultades atencionales y perceptivas, limitaciones cognitivas o emocionales, etc.

*“Las condiciones de la Escuela Infantil y las interacciones que se producen en el contexto escolar, diferentes a las del medio familiar, permiten, en la mayoría de los casos, poner de manifiesto la presencia de desviaciones en el proceso evolutivo, desajustes en el desarrollo psico-afectivo del niño y/o alteraciones en su comportamiento, que por su propio carácter o por la menor gravedad del trastorno, pueden pasar fácilmente inadvertidas a los padres y también al personal sanitario y no son detectadas hasta que el niño accede al contexto educativo”*.<sup>63</sup> Cabe resaltar que, existe una gran variedad de signos que puedan alertar al docente, y como se mencionó anteriormente, ningún signo posee valor diagnóstico. Son múltiples los cuadros a los que un signo puede apuntar. Por lo tanto, resulta fundamental, que los docentes comuniquen su inquietud a la familia y sugieran una consulta con los profesionales pertinentes para realizar la evaluación correspondiente, establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención apropiada.

*“Es importante entonces que aquellos profesionales, pediatras, y educadores de párvulos que trabajan con bebés y niños pequeños, y que están en una posición privilegiada para poder reconocer posibles señales, estén alertas a la aparición de rasgos del trastorno”*.

67

---

<sup>62</sup> Vázquez Reyes, Carlos María; Martínez Feria, María Isabel / Op. cit. Pág. 21.

<sup>63</sup> Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana / Op. cit. Pág. 28. <sup>67</sup> Ministerio de Educación de Chile / Op. cit. Pág. 30.

## e. 2 A nivel del mesosistema

En un segundo nivel se encuentra el *mesosistema*, constituido por las relaciones que se establecen entre los diferentes entornos con los que el niño interactúa cotidianamente. En este caso, se hace referencia a las múltiples relaciones que pueden originarse entre entornos inmediatos como la familia, la institución escolar e instituciones de salud. Teniendo en cuenta, asimismo, que internamente cada institución está definida a su vez por otros vínculos.

*“... las redes son, antes que nada, formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad. Se definen fundamentalmente por los intercambios dinámicos entre los sujetos que las forman. Las redes son sistemas abiertos y horizontales, y aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas”*.<sup>64</sup>

Las redes son formas de interacción social, espacios de convivencia y conectividad, además producen intercambios dinámicos entre las personas que las forman. Por lo tanto, son un modo de organización social que permite al grupo de personas que forman parte, potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas. Por un lado, se considera redes, al conjunto de interacciones que se dan de manera espontánea y por otro pretenden organizar a estas interacciones de manera de establecer intereses, problemáticas y fines comunes.

En esta investigación se refiere al uso de redes como forma de interacción social. Los vínculos son los elementos determinantes de las redes, ya que sin estos las mismas no existirían.

Estas redes cumplen funciones muy diversas, algunas sirven como apoyo y compañía, entre las cuales estarían los amigos y la familia; otras, cumplen la función de servicio a la comunidad, en este caso, los centros terapéuticos integrados por profesionales de distintas disciplinas. Es decir, las redes construyen bases de valores de solidaridad, respeto y búsqueda de una mejor calidad de vida.

*“(...)Las interacciones interinstitucionales, parecen constituir una buena práctica en el abordaje terapéutico y educativo de los niños con desafíos en su desarrollo. Estas*

---

<sup>64</sup> Rizo García, M. / Redes, una aproximación al concepto .-- en Isaías, Ana Clara / La conformación de redes en los procesos de Inclusión educativa de niños con Trastornos del Desarrollo .-- Revista de la Facultad de Ciencias Médicas- UNR. Rosario; 2020. Pág. 156.

*conexiones exceden el sistema de salud, y se intrincan con otros sectores, para articular información, cooperar, coordinar e integrar acciones destinadas a mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, la fragmentación inherente al Sistema Sanitario y la dificultad en articular acciones intersectoriales se manifiestan como obstáculos en las prácticas de los profesionales que asisten a estos usuarios”.*<sup>65</sup>

En este sentido, entendemos por intersectorialidad a la intervención coordinada de instituciones que representan a más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente, a ocuparse de los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.<sup>66</sup>

Según Berenice Luque (2010) los Trastornos del Espectro Autista, al ser tan complejos, no pueden ser abordados mediante una sola disciplina tanto en el proceso diagnóstico como en el posterior abordaje terapéutico- educativo. El equipo básico debería estar conformado por profesionales capacitados en la temática tales como: Neuropediatra, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Docente especial, Terapeuta Ocupacional, Acompañante Terapéutico o Docente Integrador para el ámbito educativo normalizado (jardines y escuelas comunes). Así como también, Musicoterapeutas como puente para llegar a aquellos niños que se encuentran muy desconectados y sin lenguaje, ya que los caminos que se encuentran indemnes son habilitantes de otras funciones que pueden encontrar ausentes como el lenguaje, la socialización, la flexibilidad mental y la simbolización.

*“La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas --de época-- atravesando distintos saberes disciplinarios”.*<sup>67</sup>

*“En el quehacer interdisciplinario, cada profesional aporta aquellos instrumentos o conocimientos conceptuales que son inherentes a la disciplina en la que está capacitado, ante una problemática determinada. Se caracteriza por tener un propósito que*

---

<sup>65</sup> Isaías, Ana Clara / *Ibidem*, Pág. 156.

<sup>66</sup> Isaías, Ana Clara / *Ibidem*. Pág. 156.

<sup>67</sup> Bachelard, G. / *La formación del espíritu científico* .-- en Isaías, Ana Clara / *Ibidem* . Pág. 156.

*convoca al equipo*".<sup>68</sup> Por lo tanto, la interdisciplina supone un arduo trabajo por parte de cada profesional que compone el equipo y, sin dejar de lado sus conocimientos particulares, definen conjuntamente al objeto de estudio como un objeto único con diferentes niveles de análisis, que puede ser abordado desde cada una de las disciplinas interviniendo conjuntamente. Es decir, desde una perspectiva general e integral, los profesionales deberán trabajar complementariamente, creando así un equipo interdisciplinario, que se ocupe y garantice el abordaje oportuno y específico para cada uno de aquellos niños que presenten desafíos en su desarrollo. Atendiendo siempre a las particularidades y necesidades de cada niño, contemplando su realidad familiar, social y ambiental.

### e.3 A nivel del exosistema

El tercer nivel, hace referencia al *exosistema*. El mismo se refiere a uno o más entornos que no interactúan directamente con la persona en desarrollo, pero en donde se producen hechos que afectan a lo que ocurre en su entorno inmediato. En este sentido, se hace referencia a los distintos ministerios que diseñan, planifican, elaboran, difunden y ejecutan valiosos programas de pesquisa en Salud Pública, los cuales permiten detectar precozmente signos de alarma en el desarrollo de los niños. Garantizando el acceso a dichos controles, a toda la población.

Detectar las señales de alarma lo más tempranamente posible, y posteriormente, derivar al paciente a los servicios especializados, permitirá : una mejoría significativa en el pronóstico y evolución del niño/a, ya que está comprobado que se obtienen mejores resultados cuanto más temprano es el tratamiento; una mejor organización y planificación de recursos en diferentes niveles ya sean educativos, asistenciales y/o médicos; proporcionarle a la familia información precisa, especializada y clara, disminuyendo el estrés familiar; evitar intervenciones inadecuadas y el peregrinaje profesional de las familias en busca de una respuesta a las dificultades de sus hijos, con el consiguiente costo emocional y económico.<sup>73</sup>

*“Un programa de detección precoz aporta, en este caso, la ventaja de poner en alerta a los pediatras o a los equipos de atención primaria llevándolos hacia una actitud más activa en*

---

<sup>68</sup> Villarreal, Susana / La interdisciplinariedad en el Equipo de Salud. Apunte de circulación interna de la Cátedra “Introducción a la Fonoaudiología”- Escuela de Fonoaudiología - Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Rosario: Rosario;1998. Módulo 1: El futuro ejercicio profesional. Pág. 15. <sup>73</sup> Alonso Franco, Ana Clara / El uso del Chat adaptado como instrumento para la detección precoz de los trastornos del espectro autista .-- en <http://espectroautista.info/ficheros/franco-uso.pdf> (12/05/2021). Pág.4.

*relación al autismo, a la búsqueda de signos de alarma y a una mejor disposición para comprender y apoyar a las familias”.*<sup>69</sup>

El proceso de detección implicaría dos niveles: el primer nivel corresponde a la vigilancia del desarrollo; y el segundo nivel a la detección específica. En Argentina, existen programas de pesquisa que implican el seguimiento y control del desarrollo de los niños. Cuando se aplican estos programas y se comprueba la presencia de señales de alerta, se debe pasar a un segundo nivel, realizando la detección a través de programas específicos.<sup>70</sup>

### e.3.1 Herramientas de pesquisa con las que cuentan los profesionales de la salud en Argentina.

#### **IODI<sup>71</sup>: Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil.**

El **IODI**, creado por la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación (2012-2014), es un instrumento ordenador de la observación durante la consulta. Su objetivo es realizar el seguimiento del desarrollo en las niñas y niños menores de 4 años, así como contribuir a la detección oportuna de situaciones de riesgo y signos de alarma. En conclusión, el IODI permite valorar el seguimiento del proceso de desarrollo, haciendo una lectura del conjunto y contextualizada que incluye variables vinculares, emocionales, sociales, de la motricidad, de coordinación viso-motora, cognitiva, comunicación y lenguaje, y a su vez, identificar riesgos para prestar atención y realizar intervenciones, o bien identificar alertas para hacer las derivaciones e interconsultas correspondientes.

#### **PROSANE<sup>77</sup>: Programa Nacional de Salud Escolar.**

El Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) se desarrolla como una “Política Integrada de cuidado para niños, niñas y adolescentes” entre los Ministerios de Salud y de Educación y Deportes de la Nación; y se enmarca en la Ley N° 26.0611 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. El programa se

---

<sup>69</sup> Canal Bedia, Ricardo; García Primo, Patricia y otros / Op. cit.

<sup>70</sup> El Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009) es una de las tantas herramientas de detección específica que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA). El MCHAT-R/F está diseñado para ser usado con el M-CHAT-R; el M-CHAT-R es válido para cribar niños de entre 16 y 30 meses de edad, para evaluar el riesgo de Trastornos del Espectro Autista (TEA).

<sup>71</sup> Ministerio de Salud / Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo infantil (IODI). -- Argentina; 2017. -- en <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/249218/1309969/> (22/09/2020).<sup>77</sup> Ministerio de Salud / Programa Nacional de la Salud Escolar. Manual de implementación. Módulo 1: control integral de la salud.- en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-implementacion-modulo-1control-integral-del-salud-prosane> (11/06/2020).

implementa en las jurisdicciones del territorio nacional en los niveles inicial, primario y secundario de las escuelas públicas y privadas. PROSANE es una estrategia de Atención Primaria de la Salud donde los equipos del primer nivel de atención definen la conformación de las redes socio-sanitarias para la resolución y seguimiento de los problemas de salud detectados.

Debido a que la población en edad escolar presenta una baja frecuencia de patologías agudas, es habitual que, tanto las familias como la comunidad en general, perciban a los niños en edad escolar como saludables. Como consecuencia dejan de realizar las evaluaciones periódicas habituales de la primera infancia a pesar de que existe una consensuada recomendación al respecto.

Los problemas de salud dificultan el aprendizaje y el desarrollo de la vida cotidiana con un importante impacto a corto, mediano y largo plazo. Por todo lo expuesto anteriormente, y con lo que respecta a la Salud Fonoaudiológica, dentro del PROSANE se tratan dos aspectos: la evaluación auditiva y la evaluación del lenguaje, el habla y la comunicación.

Arjona, Camarasa y Haller (2018)<sup>72</sup>, expresan que el desarrollo del lenguaje es un proceso sumamente importante, ya que de él dependen los procesos de comunicación y las habilidades sociales, los procesos de desarrollo del pensamiento, del aprendizaje y de la autorregulación de la conducta. Asimismo, explican que aquellos niños y niñas que presentan restricciones comunicativo-lingüísticas deben ser considerados como grupo de riesgo para enfrentar los desafíos escolares que puedan presentarse, así como también en su vida de relación con el entorno familiar. Por este motivo, consideran importante la detección de aquellos signos que puedan corresponder a trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación, a fin de que se puedan adoptar medidas de intervención.

El objetivo de la evaluación es detectar y seleccionar a aquellos niños/as que presentan indicadores de posibles trastornos del lenguaje, habla y comunicación, de una forma sencilla y rápida durante el control integral de salud del PROSANE. A su vez, aquellos niños/as detectados deben ser derivados a un fonoaudiólogo/a para que realice una

---

<sup>72</sup> Integrantes de la comisión de Fonoaudiología del Comité de expertos, y creadoras del “Dispositivo de valoración del lenguaje, habla y comunicación” dentro del PROSANE.

evaluación rigurosa y pormenorizada a fin de diagnosticar o descartar restricciones comunicativo-lingüísticas.

### **PRUNAPE<sup>73</sup>: Prueba Nacional de Pesquisa.**

La Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) es un test sencillo, de bajo costo, destinado a la detección de problemas inaparentes del desarrollo en niños menores de seis años (las edades sugeridas son: 18 meses y 3 años). Ha sido preparada en la Argentina, en el año 2004, en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría “Prof. Dr Juan P, Garrahan”. La misma consiste en una serie de preguntas a los padres y pruebas para administrar al niño sobre habilidades motrices finas y gruesas, relaciones sociales, lenguaje y aspectos cognitivos. La administración de la prueba toma unos 20 – 30 minutos. Como todo test de pesquisa el resultado es cualitativo: el niño pasa o no pasa la prueba. Si no pasa, significa que existe una sospecha de que ese niño podría padecer un problema de desarrollo. No es una prueba diagnóstica. El niño que no pasa la PRUNAPE requiere una evaluación más profunda del desarrollo.

#### e.4 A nivel del macrosistema

Por último, un cuarto nivel denominado *macrosistema*, evoca la hipótesis de que el desarrollo de la persona se ve profundamente afectado por hechos que ocurren en entornos en los que la persona ni siquiera está presente. Este nivel, el más externo de los tres, comprende todos aquellos factores que determinan las condiciones del *exo*, *meso* y *microsistema*. En conclusión, el ambiente definido como importante para el desarrollo del niño, no se limita a un único entorno inmediato, sino que abarca las interconexiones entre los diferentes entornos y las influencias externas que proyectan los entornos más amplios sobre los más cercanos a los individuos. En este sentido, se relacionará al *macrosistema* con el sistema de salud en Argentina. El mismo es definido como mixto, debido a que brinda cobertura a partir de tres subsectores, los cuales se distinguen por su modo de financiamiento.

El **Subsector Privado**, conformado por las empresas de medicina prepaga, es financiado por el aporte de las personas que se afilian a ellas; el **Subsector de la Seguridad Social**, donde se incluyen las obras sociales (nacionales y provinciales) y el PAMI, está

---

<sup>73</sup> Sociedad Argentina de Pediatría; Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo / Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) .--  
[https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/recomendaciones/prueba\\_nacional\\_de\\_pesquisa.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/recomendaciones/prueba_nacional_de_pesquisa.pdf) (11/06/2020).

financiado por aportes de sus socios (trabajadores en relación de dependencia) y/o de sus empleadores. Finalmente, el **Subsector Público** se financia con recursos provenientes del sistema impositivo, es decir del Estado, a partir de las gestiones de los Ministerios de Salud en los niveles Nacional, Provincial o Municipal, brindando atención gratuita principalmente al porcentaje de la población que no cuenta con cobertura médica de otros subsectores.<sup>74</sup>

A fin de comprender lo dicho anteriormente, nos resulta interesante mencionar la Ley Nº 24.901: *“Institúyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos”*.<sup>75</sup>

La misma expresa que las obras sociales tendrán a su cargo, de manera obligatoria, la cobertura total de las prestaciones básicas que necesiten aquellos afiliados que presenten discapacidad. Dichas personas podrán acceder a equipos interdisciplinarios capacitados para realizar acciones, ya sea de evaluación, orientación individual, familiar y grupal y aquellas que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Asimismo, los organismos dependientes del Estado garantizarán a aquellas personas con discapacidad que no cuenten con obra social, el acceso a la totalidad de las prestaciones básicas que comprende dicha norma.

Muchas veces la intervención clínica de los niños con diagnóstico de TEA implica servicios de salud complejos, por presentar desafíos en diversas áreas tales como comunicación, conducta, interacción etc., comprometiendo la vida individual y social de las personas. Al ser un cuadro complejo es indispensable que las personas accedan a las terapias necesarias para el abordaje de su tratamiento.

Los Centros Terapéuticos que forman parte de esta investigación (C.T.A.C.A, y C.I.O), se encuentran dentro del Sub- sector privado. Sin embargo, también acceden a los

---

<sup>74</sup> Rovere, M. / Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.- Ed. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario: Rosario; 1999. Pág. 15.

<sup>75</sup> Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina / Ley 24.901 de Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Creación del Honorable Congreso de la Nación Argentina .-- En Boletín Oficial del día 05 de diciembre de 1997 .-- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina: Buenos Aires; 05 de noviembre de 1997 (Decreto Nº 1193).

mismos, personas que cuentan con obra social. Los equipos terapéuticos que integran cada centro están conformados por profesionales en Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Kinesiología, desempeñándose desde una modalidad interdisciplinaria en donde cada profesional aporta sus conocimientos, posibilitando un abordaje terapéutico, desde una perspectiva integral.

#### **f) Género y Autismo**

Durante años, las distintas investigaciones han apuntado a que el TEA se presenta casi cuatro veces más en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Sin embargo, en los últimos tiempos se está cuestionando dado el aumento de diagnósticos en niñas y mujeres. Según lo expuesto, a las niñas y mujeres no se las diagnostica adecuadamente o se les realiza diagnósticos erróneos.

En esta investigación, definimos al género como una construcción social y cultural que varía a través de la historia y resulta de rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a lo que considera "masculino" o "femenino" mediante la educación, el uso del lenguaje, la familia, las instituciones o la religión.

Lorna Wing (1998) hace referencia al género como un factor predisponente a los rasgos del TEA y sostiene que el TEA afecta con más frecuencia a los niños que a las niñas. La autora menciona que Kanner encontró cuatro veces más niños que niñas entre todos los que tenían síndrome autista. Mientras que Asperger pensó al principio que su síndrome no afectaba nunca a las niñas, pero después cambió de opinión. A su vez, expresa que, hay algunos indicios de que el TEA es menos frecuente en las niñas, pero cuando se encuentran dentro del espectro es probable que se presente con mayor gravedad. La cantidad de niños es más notorio entre los que tienen una capacidad alta y disminuye cuando se dan niveles inferiores de inteligencia general. Hay algunas mujeres muy capaces con trastornos dentro del espectro autista, pero menos que los hombres.

En los últimos años, la ciencia ha logrado establecer con claridad las diferencias entre el cerebro masculino y el femenino. Las diferencias de género parecieran determinar distintas formas de ver, sentir, actuar y pensar.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Wing, Lorna / Op. cit. Pàg. 77.

Simon Baron -Cohen, en su libro *the Essential Difference (2004)*, plantea que se podría agrupar los rasgos más característicos del cerebro femenino y del masculino en relación con dos atributos: la capacidad de sentir empatía (cerebro femenino) y la capacidad de sistematización (cerebro masculino). Según el autor las personas que se encuentran dentro del continuo autista tendrían un cerebro extremadamente sistematizador y muy poco empático.

De acuerdo a la literatura consultada, las niñas y las mujeres podrían expresarse de manera diferente y desarrollar estrategias más eficaces para compensar sus dificultades. También, tendrían mejor capacidad verbal, intereses menos restringidos, comportamientos menos repetitivos que los hombres y mejor adaptación a situaciones sociales. Además tendrían mayor interés por la iniciativa en formación de amistades, y mejores capacidades de imitación de comportamientos y situaciones sociales.<sup>77</sup>

### **3. PROBLEMA**

¿Cómo es el tipo de demanda, motivo de consulta y edad de los pacientes al momento de la primera consulta, de niños con diagnóstico de TEA, que asistieron a los centros terapéuticos privados de la ciudad de Rosario durante los años 2016-2020?

---

<sup>77</sup> Hernández, Cristina / Hablamos del estudio “Mujeres y TEA” .-- en <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/hablamos-del-estudio-mujeres-y-tea> (16-06-21)

#### **4. HIPÓTESIS**

Es posible que los niños consulten alrededor de los 3 años de edad; que en su mayoría el tipo de demanda sea derivada y que el motivo de consulta más frecuente esté vinculado al área de “Comunicación y lenguaje”, al momento de realizar la consulta en los centros privados de Rosario, durante el período 2016- 2020.

## **5. VARIABLES**

### **1. MOTIVO DE CONSULTA**

**Clasificación según su rol:** independiente.

**Clasificación según su naturaleza:** cualitativa.

**Clasificación según su escala de medición:** nominal.

**Definición conceptual:** se trata de los indicadores del desarrollo que preocupan a algún adulto del entorno del niño y por lo cual, los padres consultan a un profesional.

**Definición operacional:** expresión escrita por el profesional interviniente acerca del porqué los padres solicitan asistencia para su hijo. En un mismo paciente puede darse más de un motivo de consulta.

**Modalidades:**

- Comunicación y lenguaje
- Interacción social
- Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos
- Combinados ● Otros

**Indicadores:**

- A. No tiene intención comunicativa: no habla ni señala.
- B. Falta de contacto ocular.
- C. Solo utiliza onomatopeyas, gestos, o palabras sueltas para comunicarse.
- D. Su habla es inentendible.
- E. Dejó de decir palabras que ya había adquirido.
- F. Presenta lenguaje de predominio ecolálico.
- G. Su lenguaje no es cohesivo.
- H. No comprende.
- I. No responde al llamado.
- J. Posee lenguaje hiperformal o extranjero.
- K. No muestra interés por sus pares.
- L. No toma iniciativa para compartir actividades o juegos.
- M. No juega de la manera que jugarían otros chicos de su edad.
- N. No puede parar una actividad que le gusta mucho.
- O. Se resiste a los cambios de actividades/ rutinas.
- P. Es berrinchoso.
- Q. Presenta intereses restringidos.
- R. Es sensible a los ruidos.

**Criterio operacional:**

- 1- Se considerará la modalidad “Comunicación y lenguaje” cuando en la historia clínica se registre alguno de los siguientes indicadores: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J.
- 2- Se considerará la modalidad “Interacción social” cuando en la historia clínica se registre alguno de los siguientes indicadores: K, L.
- 3- Se considerará la modalidad “Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos” cuando en la historia clínica se registre alguno de los siguientes indicadores: M, N, O, P, Q, R.
- 4- Se considerará la modalidad “Combinados” cuando en la historia clínica se registren, a la vez, indicadores que se encuentren en las distintas modalidades mencionadas anteriormente.
- 5- Se considerará la modalidad “Otros” cuando no se registren ninguno de los indicadores mencionados.

## **2. TIPO DE DEMANDA**

**Clasificación según su rol:** independiente.

**Clasificación según su naturaleza:** cualitativa.

**Clasificación según su escala de medición:** nominal.

**Definición conceptual:** modo en el que se inicia el contacto entre la población y los recursos de salud.

**Definición operacional:** es la acción por la cual el entorno familiar y profesional médico y/o no médico solicita atención profesional para un paciente en los centros terapéuticos.

### **Modalidades:**

- Derivada
- Espontánea

### **Criterios:**

Se considerará demanda “Derivada” cuando el proceso de atención se inicie a partir de una derivación por parte de profesionales de la salud ( médicos/ no médicos) que no integren el equipo de los centros terapéuticos; por indicación de profesionales que estén ligados a la educación (instituciones escolares, docentes) u otros.

Se considerará demanda “Espontánea” cuando se inicie el proceso de atención por parte del contexto familiar, sin contar con derivación previa.

**Indicadores:**

- Familia
- Profesionales de la educación
- Profesionales de la salud
- Otros

**3. EDAD DEL PACIENTE AL MOMENTO DE LA PRIMERA CONSULTA**

**Clasificación según su rol:** independiente.

**Clasificación según su naturaleza:** cuantitativa.

**Clasificación según su escala de medición:** de razón.

**Definición conceptual:** se trata del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que consultan en los centros terapéuticos.

**Definición operacional:** se tomará como edad del paciente al momento de la primera consulta la que conste en las historias clínicas de los dos centros terapéuticos.

**Modalidades:**

- Menor o igual a 1 año
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- Mayor o igual a 10

**Indicadores:** años registrados en la historia clínica al momento de la consulta.

#### 4. GÉNERO

**Clasificación según su rol:** independiente, secundaria.

**Clasificación según su naturaleza:** cualitativa.

**Definición conceptual:** el género es una construcción social y cultural que varía a través de la historia y resulta de rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a lo que considera "masculino" o "femenino" mediante la educación, el uso del lenguaje, la familia, las instituciones o la religión.

**Definición operacional:** se tomará como género el que figure en el registro de Historia Clínica de los pacientes que forman parte de este estudio.

**Modalidades:**

- Femenino
- Masculino
- Otros

**Indicadores:** género registrado en la historia clínica al momento de la consulta.

## II. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

### 1. POBLACIÓN

La población está conformada 55 historias clínicas de pacientes que concurren a consulta clínica los centros terapéuticos privados CIO y CTACA, entre los años 2016 y 2020. En dichos centros son atendidos pacientes en edad escolar, aunque también concurren adolescentes y, en menor medida, adultos.

Ambos centros terapéuticos son interdisciplinarios, y se encuentran conformados por Fonoaudiólogas, Psicólogas, Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales, Kinesiólogas y Psicopedagogas.

## **2. DISEÑO METODOLÓGICO**

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, ya que está orientado a determinar cómo es la situación de las variables en la población, mediante una descripción e interpretación detallada. Es de corte transversal, ya que se recopilaban datos de historias clínicas haciendo un corte en el tiempo, en este caso, el período comprendido entre los años 2016- 2020, y retrospectivo, debido a que los datos registrados corresponden a sucesos ocurridos con anterioridad al momento de inicio del estudio.

### **3. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

En primera instancia se solicitó el permiso para acceder a las historias clínicas de dichos centros, el cual fue concedido por dichas instituciones de manera inmediata. (Ver notas en Anexo 1).

Luego de haber sido admitidas en las instituciones, se realizó una entrevista semiestructurada a las Fonoaudiólogas que trabajan en ambos espacios terapéuticos, a los fines de poder contextualizar el modo en que se reciben los pacientes en las mencionadas instituciones.

Para obtener los datos se recurrió a fuentes secundarias. Se analizaron las historias clínicas de 55 pacientes que consultaron a ambas instituciones durante los años 2016 - 2020.

A los fines de recabar y ordenar los datos de las historias clínicas se elaboró una matriz de datos, disponible en Anexo 2.

#### **4. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos en el presente trabajo fueron volcados en planillas a través del programa Microsoft Excel y organizados para su análisis en cuadros de simple y doble entrada, donde se reflejan las características de las variables en estudio. También se realizaron gráficos de barras para ilustrar el comportamiento de los datos obtenidos. En el caso de las variables cuantitativas, se pudo calcular el promedio, rango y moda.

La información procedente de las entrevistas semiestructuradas a profesionales se transcribió textualmente y se analizó a partir del análisis del discurso.

**B. CONTEXTO DE REALIDAD**

**1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

**Tabla N°1**

**Distribución de pacientes según el género en Centros Terapéuticos de Rosario, 2016-2020.**

<b>GÉNERO</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
---------------	------------------------	--------------------

<b>FEMENINO</b>	8	14.55
<b>MASCULINO</b>	47	85.45
<b>OTROS</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>

De los datos recabados de las 55 historias clínicas, se puede observar un predominio del género masculino (85.45 %) por sobre el femenino (14.55%); y un 0% en Otros.

**Tabla N° 2**

**Distribución de los pacientes según la edad al momento de la primera consulta en Centros Terapéuticos de Rosario, 2016-2020.**

<b>EDAD AL MOMENTO DE LA PRIMERA CONSULTA (en años)</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>% DE PACIENTES</b>
<b>= 0 &lt; a 1</b>	0	-

2	2	3.64
3	6	10.91
4	6	10.91
5	7	12.73
6	7	12.73
7	11	20
8	4	7.27
9	3	5.45
= o > a 10	9	16.36
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>

De los 55 pacientes que concurrieron a los Centros Terapéuticos, la edad en que se consultó por primera vez con mayor frecuencia es de 7 años (20%). Le siguen en orden de frecuencia los niños con edades iguales o mayores a 10 años (16.36%); 5 y 6 años de edad obteniendo igual porcentaje en ambos (12.73 %); 3 y 4 años de edad obteniendo nuevamente el mismo porcentaje en ambas edades (10.91%); 8 años (7.27 %); 9 años (5.45%) y por último 2 años de edad (3.64%).

**PROMEDIO: 6,34 años. RANGO: 8 años. MODA: 7 años.**

**Tabla N° 3**

**Distribución de la demanda según su tipo en Centros Terapéuticos de Rosario, 20162020.**

<b>TIPO DE DEMANDA</b>	<b>N° DE DEMANDAS</b>	<b>% DE DEMANDAS</b>
<b>ESPONTÁNEA</b>	11	20 %
<b>DERIVADA</b>	44	80%
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

De los datos recabados de las 55 historias clínicas, se puede observar un predominio de la demanda derivada (80 %) por sobre la demanda espontánea (20%).

**Tabla N°4**

**Distribución de las demandas según su tipo y quien inicia el proceso de atención en Centros Terapéuticos de Rosario, 2016-2020.**

<b>TIPO DE DEMANDA</b>	<b>%</b>	<b>INICIO DEL PROCESO DE ATENCIÓN POR PARTE DE:</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>ESPONTÁNEA</b>	<b>20</b>	Familia	11	<b>20</b>
<b>DERIVADA</b>	<b>80</b>	Profesionales de la Salud	29	<b>52.73</b>
		Profesionales de la Educación	11	<b>20</b>
		Otros	4	<b>7.27</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>		<b>55</b>	<b>100%</b>

De los 55 pacientes que concurrieron a los Centros Terapéuticos, se observa que el 20 % (11) corresponden a demanda de tipo espontánea, mientras que el 80% a demanda de tipo derivada; dentro de las cuales un 52,73% (29) son efectuadas por profesionales de la salud, un 20% (11) por profesionales de la educación, y un 7,27 % (4) por otros.

**Tabla N°5**

**Distribución de las demandas derivadas según profesional derivante en Centros Terapéuticos de Rosario, 2016-2020.**

<b>DEMANDA DERIVADA</b>	<b>%</b>	<b>PROFESIONAL DERIVANTE</b>	<b>N° DE DERIVACIONES</b>	<b>%</b>
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	65.91	Neurólogo/a	16	<b>36.36</b>
		Pediatra	7	<b>15.91</b>
		Neuropediatra	3	<b>6.82</b>
		Psiquiatra	1	<b>2.27</b>
		Psicólogo/a	2	<b>4.55</b>
<b>PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN</b>	25	Trabajadores de la educación	11	<b>25</b>
<b>OTROS</b>	9.09	Obra Social	1	<b>2.27</b>

		Auditoria Medica	1	2.27
		Sin datos	2	4.55
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>		<b>44</b>	<b>100%</b>

De la totalidad de las demandas derivadas (44), se observa un predominio de las derivaciones efectuadas por Profesionales de la Salud (65.91%) por sobre las efectuadas por Profesionales de la Educación (25%) y Otros (9.09%). Dentro de las primeras se presentan con mayor frecuencia aquellas realizadas por Neurólogos/as con un 36.36 % (16). Le siguen en orden de frecuencia los pediatras con 15.91% (7); Neuropediatras 6.82% (3); Psicólogos/as 4.55 % (2) y Psiquiatra 2.27% (1).

**Tabla N° 6**

**Distribución de pacientes según motivo de consulta en Centros Terapéuticos Rosario, 2016-2020.**

<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>% DE PACIENTES</b>
<b>COMUNICACIÓN Y LENGUAJE</b>	10	18.18 %
<b>INTERACCIÓN SOCIAL</b>	3	5.45 %
<b>CONDUCTAS REPETITIVAS, ESTEREOTIPADAS E INTERESES RESTRINGIDOS.</b>	8	14.55 %

<b>COMBINADOS</b>	17	30.91 %
<b>OTROS</b>	17	30.91 %
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

De los datos recabados de las 55 historias clínicas, se puede observar un predominio de los pacientes que consultaron por motivos de consulta correspondientes a la modalidad “Combinados” y “Otros”, abarcando un 30.91 % (17) cada uno. Los pacientes que consultaron por motivos relacionados con “Comunicación y Lenguaje” comprendieron un 18.18 %(10); los que consultaron por “Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos” un 14.55 % (8) y, por último, por “Interacción Social” un 5.45% (3).

**Tabla N° 7**

**Distribución de los indicadores Fonoaudiológicos presentes dentro de las modalidades “Comunicación y Lenguaje” y “Combinados” en Centros Terapéuticos de Rosario, 2016-2020.**

<b>INDICADORES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>No tiene intención comunicativa: no habla ni señala</b>	8	30.76

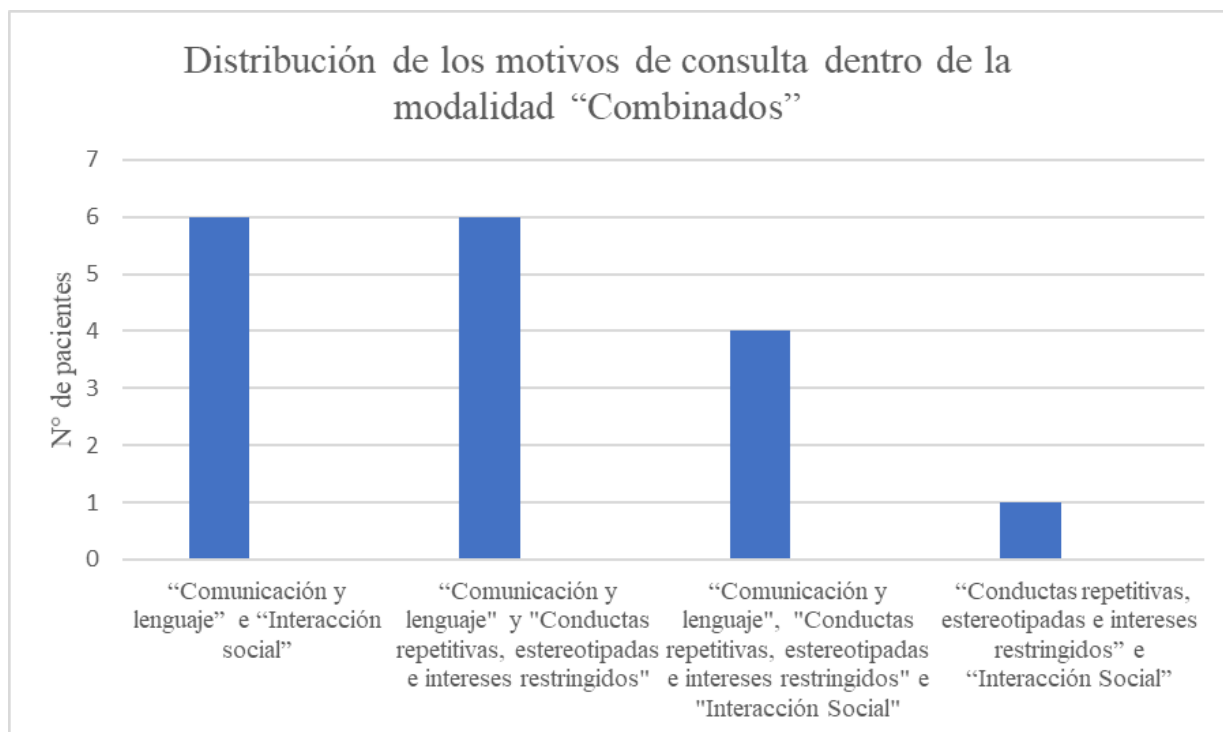
<b>Falta de contacto ocular</b>	3	11.54
<b>Solo utiliza onomatopeyas, gestos, o palabras sueltas para comunicarse</b>	6	23.07
<b>Su habla es inentendible</b>	3	11.54
<b>Dejó de decir palabras que ya había adquirido.</b>	1	3.85
<b>Presenta lenguaje de predominio ecológico</b>	3	11.54
<b>Su lenguaje no es cohesivo</b>	0	0
<b>No comprende</b>	1	3.85
<b>No responde al llamado</b>	1	3.85
<b>Posee lenguaje hiperformal o extranjero</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

De los datos obtenidos a partir de las 55 historias clínicas, se observa que el motivo de consulta Fonoaudiológico de mayor frecuencia es “No tiene intención comunicativa: no habla ni señala” con un 30.76 (8). Le siguen en orden de frecuencia “Solo utiliza onomatopeyas, gestos, o palabras sueltas para comunicarse” con 23.07% (6). Obtuvieron igual porcentaje “Falta de contacto ocular”, “Su habla es inentendible” y “Presenta lenguaje de predominio ecológico” con 11.54% (3) cada uno; y también, “Dejó de decir palabras que

ya había adquirido”, “No comprende” y “No responde al llamado” con 3.85% (1) cada uno. No se observa la presencia de “Su lenguaje no es cohesivo” y “Posee lenguaje hiperformal o extranjero”.

### Gráfico N° 1

#### Distribución de los motivos de consulta dentro de la modalidad “Combinados” en los Centros Terapéuticos en Rosario, 2016-2020.



A partir de los datos recabados en relación al motivo de consulta, se observa que dentro del 30.91% (17) de la modalidad “Combinados”, un 35.29 % (6) corresponde a pacientes que presentaron motivos combinados entre “*Comunicación y lenguaje*” e “*Interacción social*”, al igual que aquellos pacientes que presentaron motivos combinados entre “*Comunicación y lenguaje*” y “*Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos*” obteniendo el mismo porcentaje; un 23.53% (4) corresponden a pacientes que presentaron motivos combinados entre “*Comunicación y lenguaje*”, “*Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos*” e “*Interacción Social*” y por último un 5.88% (1) corresponde a un paciente cuyo motivo de consulta integraba indicadores de “*Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos*” e “*Interacción Social*”.

- De acuerdo a lo expresado por la Lic N° 1 (Anexo 3) el Centro aborda diferentes tipos de cuadros clínicos. Los motivos que se dan con mayor frecuencia son trastorno

generalizado del desarrollo, TEA, retraso madurativo, retraso intelectual. La Lic. en Fonoaudiología N° 2 (Anexo 3) menciona que los motivos más frecuentes en la institución están relacionados con la falta de lenguaje y dificultades comunicativas. Pero cuando se trata de TEA, consultan porque no habla, no mira y no responde al nombre.

## **C. CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN**

### **1. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN**

A partir de la investigación “Estudio descriptivo sobre el tipo de demanda, motivo de consulta y edad de los pacientes al momento de la primera consulta, de niños con diagnóstico de TEA, que asistieron a los centros terapéuticos privados de la ciudad de Rosario durante los años 2016 - 2020” proponemos los siguientes ejes de discusión:

Con respecto a la variable “**Tipo de demanda**”, es decir, al modo en que se inicia el contacto entre la población y los recursos de salud, se concluye que de la totalidad de las demandas de atención clínica (55), el 20 % (11) se inició por parte del contexto familiar, sin contar con derivación previa, entendiéndose a las mismas como “*demandas espontáneas*”. Por otro lado, el 80% (44) corresponde a “*demandas derivadas*”, es decir, que el proceso de atención se inició a partir de una derivación por parte de profesionales de la salud (médicos/ no médicos) que no integraban el equipo de los centros terapéuticos; por indicación de profesionales que estén ligados a la educación (instituciones escolares, docentes) u otros.

En el caso de las demandas derivadas (44), el 65.91 % (29) de las mismas fueron efectuadas por profesionales que están ligados al campo de la salud, observándose con mayor frecuencia derivaciones por parte de Neurólogos/as (36.36%). Le siguen en orden de frecuencia los/as Pediatras (15.91%), los/as Neuropediatras (6.82%), Psicólogos/as (4.55 %) y por último Psiquiatras (2.27%). En menor medida, un 25% (11) fueron producto de indicaciones por parte de profesionales que están ligados al campo de la educación, ya sea docentes u otras personas que cumplen otras funciones dentro de la Institución Escolar. Por último, un 9.09% (4) de las demandas derivadas, fueron efectuadas por “Otros”, entre las cuales una era por parte de la Obra Social, otra por una Auditoría Médica, y dos sin datos sobre de quién provenía la derivación. (Ver tabla N°5)

Desde el inicio de la investigación, así como lo hemos planteado en nuestros objetivos, nos resultó interesante indagar sobre el tipo de demanda hacia los profesionales que integran los equipos interdisciplinarios de ambos centros, y así resolver diversos interrogantes. ¿La población, en general, está informada acerca de las señales de alarma de los TEA?; los profesionales que están en contacto con los niños, ¿Cuentan con la información necesaria para detectar particularidades que pueden surgir, específicamente, en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje?

Por todo esto, desentrañar el modo del inicio de la demanda, nos permite dilucidar quiénes son los protagonistas en la detección de aquellas particularidades que indican algún rasgo atípico en el desarrollo de los niños, y a su vez proporciona información

acerca del grado de conocimiento que posee la población acerca de las señales de alarma de los TEA: lo que se encuentra íntimamente vinculado con la detección temprana, diagnóstico precoz y oportuno, y el posterior abordaje terapéutico.

Coincidimos con las palabras de Rovere<sup>78</sup> (2006), cuando expresa que los derechos sociales no están en el pasado sino en el futuro, mostrando una postura en la que el único camino posible es el trabajo y la participación de todos, debido a que el derecho a la salud no es un todo acabado, sino que somos artífices de la construcción del mismo.

En este sentido, en los dos centros terapéuticos a los cuales concurrimos, se trabaja con una modalidad interdisciplinaria, ya que los Trastornos de Espectro Autista son considerados demasiado complejos para que sean abordados por una sola disciplina. Es de suma importancia que se propicien espacios de diálogos entre los profesionales que abordan a cada niño, así como también con las familias y docentes. Entendemos que nadie puede por sí solo, sin la ayuda de otros; es preciso identificar la necesidad del abordaje interdisciplinario siempre en pos de una visión integral del niño.

El abordaje de los TEA se asume como una problemática compleja, no reductible a una sola mirada disciplinar. Por esto es que se tornan necesarias distintas miradas que permitan abordar el diagnóstico complejo mediante decisiones terapéuticas que contemplen las diferentes alternativas de intervención de manera integral. Es decir, no se busca realizar múltiples tratamientos en simultaneidad, sino que se busca adoptar medidas racionales, que estén conducidas por el entrecruzamiento de esas miradas.

Retomando el análisis de los datos, podemos expresar que la mayoría de las demandas se iniciaron a partir de una derivación (80%), de las cuales el 65.91% de las mismas fueron realizadas por profesionales de la salud. Podemos aventurar que esto se debe a que los mismos están capacitados para observar, analizar y reconocer aquellas señales que indican alteraciones en el desarrollo; y a su vez derivar oportunamente a aquellos profesionales que participan en el abordaje de dichas alteraciones.

En relación a los resultados arrojados en el presente estudio, la Lic. en Fonoaudiología N° 1 (Anexo 3- entrevistas) expresa que *“Muchos pacientes llegan por derivaciones de las escuelas, mientras que otros por neurólogos, o pediatras, algunos niños*

---

<sup>78</sup> Rovere, M. / Redes en Salud; los grupos, las instituciones, la comunidad .-- Segunda edición.-- Editorial El Agora: Córdoba; 2006. Pág. 19.

*llegan por motivación de los padres para una consulta, pero generalmente antes vienen de una derivación del área médica o escolar”.*

Por otro lado, y en menor medida, se observa que un 20% (11) de las demandas fueron espontáneas. La Lic. en Fonoaudiología N° 2 (Anexo 3- Entrevista) comenta que: *“En general, los padres son los que van a la consulta por signos de alerta o de alarma que le llama la atención en su hijo. Son ellos, que van al médico y se movilizan para poder establecer un diagnóstico.”*

En base a esto, podemos reflexionar que algunos padres suelen detectar signos de alarma, sobre todo en lo que respecta a alteraciones en la comunicación de sus hijos y asisten de manera espontánea a la consulta con el profesional; pero también existen otros que no consultan a tiempo, a pesar de las sugerencias de profesionales o docentes que pueden llegar a tener contacto con el niño, ya que se manifiesta una actitud de negación ante la posibilidad de que su hijo/a tenga TEA, donde aparecen muchos sentimientos como, enojo, miedo, frustración etc.

En relación a esto, resulta valioso mencionar los resultados arrojados por la investigación de Carcovich, María Laura: “Estudio descriptivo sobre la relación entre la edad del paciente con trastorno generalizado del desarrollo y/o espectro autista, al momento de la primera preocupación de los padres y el tipo de trastorno que presenta”. En su investigación concluye que más de la mitad de los casos investigados (25 de 45) los motivos de consulta refieren a Comunicación y lenguaje. A su vez, con respecto al tiempo transcurrido entre la primera preocupación de los padres y la primera consulta a un profesional, la mayoría de los mismos (38 casos) dejaron transcurrir un tiempo menor a 12 meses; mientras que en 6 casos ese tiempo varió entre 1 y 2 años. Por último, se observó un solo caso en el que el tiempo transcurrido, entre la primera preocupación manifestada por los padres y la consulta a un profesional, fue de más de 2 años.

Maciel (2008) plantea que todos los bebés y niños con problemas en el desarrollo portan algo que se podría denominar, en sentido general, como “extraño”, algo que, de acuerdo a lo esperado, no debería estar. Que un niño sufra alguna perturbación no es algo que se desea o espera. El lugar de un hijo se va construyendo mucho antes de su llegada, es decir, los padres van fantaseando sobre él, sobre sus atributos y potencialidades.

Por lo expuesto, podemos pensar que hay una menor cantidad de demandas espontáneas, debido a que, por un lado, los padres podrían no poseer la información necesaria para detectar ciertas particularidades, y por otro, en ciertas situaciones, podrían pasar por alto la presencia de rasgos atípicos negándolos, o sentirse agobiados ante la posibilidad de un diagnóstico que no esperan.

Sin embargo, la presencia de demandas iniciadas por los padres demuestra que no en todos los casos se da de la misma manera. Al ser partícipes del entorno inmediato del niño, o en otras palabras de su microsistema, los padres o cuidadores del niño cuentan con el beneficio de poder compartir miradas, gestos, sensaciones desde el primer día de vida. Por lo tanto, se torna importante una mirada atenta por parte de los mismos, ya que los niños con TEA presentan dificultades para establecer contacto visual, para iniciar o mantener intercambios comunicativos, sean verbales o no verbales, para imitar expresiones sociales o manifestar emociones, etc., generalmente desde edades tempranas.

El recorrido realizado hasta aquí nos permite evidenciar que la atención fonoaudiológica sienta sus bases en el trabajo en equipo, mediante la organización de los profesionales que forman parte de cada centro terapéutico, como así también la comunicación con las diferentes disciplinas dentro y fuera de la institución de la que forman parte, conformando una red que sostiene el proceso de atención clínica para garantizar el derecho a la salud de cada paciente.

El cuidado de la salud de los niños, se inicia en el ámbito familiar, pero así mismo participan los diferentes sectores de la sociedad, que acompañan al niño desde la primera infancia. Debido a que cumplen un papel fundamental en el cuidado y acompañamiento de los mismos, se considera esencial el compromiso y la participación de los padres del mismo en el proceso terapéutico clínico.

En este sentido acordamos con los aportes de Bronfenbrenner (1987), en cuanto al término “ambiente ecológico”, al que concibe como un conjunto de estructuras seriadas cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. El desarrollo del niño se ve influenciado desde el contexto más externo a partir del modo de organización del Sistema de Salud en el país, el cual tiene a cargo la ejecución de distintas políticas públicas para garantizar el derecho a la salud, hasta el contexto más interno, conformado por el entorno inmediato del niño. Esto

demuestra la interrelación que tienen los diferentes sistemas entre sí, teniendo como objetivo común, el bienestar del niño.

Con respecto a la variable “**Motivo de consulta**”, entendiendo a la misma como aquellos indicadores del desarrollo que preocupan a algún adulto del entorno del niño y, por lo cual, los padres consultan a un profesional, se concluye que el 18.18% de los motivos de consulta corresponden al área “Comunicación y lenguaje”; el 5.45 % al área “Interacción social”; un 14.55% al área “Conductas repetitivas(...)”; un 30.91 % a “Otros”, mientras que el 30.91% restante de las consultas pertenecen a la modalidad “Combinados”, es decir, que se registraron en un mismo paciente motivos de consultas provenientes de más de una de las áreas mencionadas anteriormente.

Como se ha mencionado anteriormente, los TEA, al ser tan complejos, incluyen una gran variedad de síntomas que pueden presentarse en una misma persona. Si bien los motivos que corresponden al área “Comunicación y lenguaje” abarcaron solo un 18.18 %, cabe aclarar que dentro de “Combinados” también se encontraron motivos relacionados con el mismo. Por eso nos parece preciso considerar las dos modalidades, ya que, de los 55 casos clínicos, al menos 26, presentaron un motivo relacionado con dificultades en la comunicación y/o el lenguaje.

Por lo expuesto, nos proponemos analizar todos los motivos que presenten indicadores vinculados al ejercicio profesional de la Fonoaudiología, ya que es lo que está estrechamente vinculado con nuestra profesión, y como expresa Berenice Luque “*La abundancia de indicadores que comprometen la comunicación y el lenguaje en las personas con estos trastornos hace que la perspectiva fonoaudiológica se coloque en un lugar de importancia nodal en el abordaje terapéutico interdisciplinario*”.<sup>79</sup>

Dentro de los indicadores mencionados, se observó con mayor frecuencia la presencia de niños que: “No tiene intención comunicativa: no habla ni señala” con un 30.76 (8) y con un 23.07% (6) “Solo utiliza onomatopeyas, gestos, o palabras sueltas para comunicarse”. A su vez hallamos que los indicadores: “Falta de contacto ocular”, “Su habla es inentendible” y “Presenta lenguaje de predominio ecolálico”, se presentaron con el mismo

---

<sup>79</sup> Lizzi, Elba; Menna, Analia y otros/ Op. cit. Pág. 129.

porcentaje 11.54 % (3); y “Dejó de decir palabras que ya había adquirido”, “No comprende” y “No responde al llamado” se hicieron presentes, pero en menor medida, con un 3.85% (1). Por el contrario, no se observaron “Su lenguaje no es cohesivo” y “Posee lenguaje hiperformal o extranjero”

Según la Lic. en Fonoaudiología N° 2 (Anexo 3) “*cuando se trata de TEA, en general consultan porque no habla, no mira y no responde al nombre, para mí son esos tres motivos que se presentan y son más marcados*”.

Cabe mencionar que, en diversas oportunidades los motivos registrados en las historias clínicas expresaban “Dificultades en la comunicación” o “Compromiso del lenguaje” sin mencionar específicamente cuál era la dificultad. Debido a que los motivos se expresan con cierta generalidad no se han podido analizar en profundidad

Según Verónica Maggio (2020), es preciso considerar dos ejes afectados en los TEA: uno relacionado a la comunicación y la socialización, y otro con la conducta y los intereses. Teniendo en cuenta dichos ejes, se analizó la modalidad “Combinados”, con el objetivo de detallar cuáles son los motivos de consulta que se encuentran dentro de esta, dando como resultado que un 35.29 % (6) corresponde a pacientes que presentaron motivos combinados entre “*Comunicación y lenguaje + Interacción social*”, al igual que aquellos pacientes que presentaron motivos combinados entre “*Comunicación y lenguaje*” + “*Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos*” obteniendo el mismo porcentaje. Un 23.53% (4) corresponde a pacientes que presentaron motivos combinados entre “*Comunicación y lenguaje*” + “*Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos*” + “*Interacción Social*” y por último un 5.88% (1) corresponde a un paciente cuyo motivo de consulta integraba indicadores de “*Conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos*” + “*Interacción Social*”. Nos parece interesante detallar dichos datos ya que demuestra que, de los 17 casos dentro de esta modalidad, 16 al menos presentaron un motivo de consulta relacionado con dificultades en la comunicación y/o el lenguaje; lo que nos permite afirmar la importancia del quehacer Fonoaudiológico en el acompañamiento de las personas con TEA.

Retomando a Maggio (2020), la autora aclara que los síntomas pueden presentarse con un nivel de intensidad variable. De este modo, aquellos síntomas relacionados con la comunicación pueden ir desde una ausencia total del lenguaje, hasta sólo tener dificultades pragmáticas. “*Pueden acaecer cuadros muy variados, que van desde la ausencia total del*

*lenguaje con nulo interés por la comunicación hasta cuadros en los que el sujeto logra aprender el código lingüístico de manera muy apropiada, excepto en lo referido al uso social del lenguaje, en el cual exhibe un déficit de tipo pragmático”.*<sup>80</sup>

Nuestros resultados concuerdan con lo planteado por Maggio, dado que entre los motivos por los cuales realizaron las consultas varían desde la ausencia total del lenguaje, pasando por casos en que los niños solo utilizan palabras sueltas para expresarse, hasta un paciente que solo tiene dificultades en el uso del lenguaje, es decir, a nivel pragmático. Sin embargo, todos tienen algo en común: desafíos en mayor o menor medida para comunicarse, expresarse o interactuar con otras personas.

Coincidimos con Maggio, V (2020) en que el lenguaje tiene múltiples funciones en la vida de las personas. Es un recurso esencial para la comunicación interpersonal, la conducta, el pensamiento y para acceder al conocimiento. La autora manifiesta que del mismo derivan las habilidades de comunicación y es posible a través de él poner nombre a las emociones que sentimos. El lenguaje, la conducta y las emociones son habilidades humanas interrelacionadas.

Las conductas sociales están mediadas por el lenguaje. Los niños deben mostrar un uso efectivo y apropiado de la conducta social en sus interacciones. Las escasas habilidades de un niño para controlar las emociones y la conducta tienen consecuencias negativas sobre los vínculos con sus pares o adultos. Para poder tener relaciones adecuadas es necesario iniciar conversaciones, comunicar intenciones con claridad. Además, las menores habilidades sociales pueden tener vinculación con un desarrollo limitado de la cognición social (la habilidad de ponerse en el lugar del otro).

Frente a la presencia de dificultades comunicativas, puede haber alteraciones en una o más de las conductas dependientes del lenguaje. Algunos de los aspectos que se encuentran afectados en niños con alteraciones en el lenguaje son: la conducta, socialización, el acceso a la lectoescritura, el aprendizaje matemático y el desarrollo de las funciones ejecutivas.

Monfort (1997) sostiene que el expresar “sacar fuera”, “el decir” lo que uno siente, o la simple introspección amplía la diversidad comportamental característica del ser humano. El lenguaje actúa como un factor estructurante y regulador de la personalidad y del

---

<sup>80</sup> Maggio, Verónica /Op. cit. Pág. 145.

comportamiento social, permite al ser humano proyectar sus reacciones afectivas en el tiempo y en el espacio, lo que produce una gran capacidad de matización y adaptación de las conductas sociales. El nivel de comprensión y expresión verbal del niño resulta determinante para su desarrollo personal, integración social, y por supuesto, su trayectoria escolar.

Ubicándonos nuevamente desde una perspectiva integral, resulta importante reiterar que la Salud implica no sólo la ausencia de enfermedad sino el desarrollo armónico del sujeto, que le permite operar sobre el medio, modificándolo y modificándose. El concepto de Salud Fonoaudiológica comprende “*el equilibrio y armonía en la comunicación en lo individual y socio-cultural*”.<sup>81</sup> Por esto, es de suma importancia la labor fonoaudiológica desde una óptica preventiva que enfoca la atención integral de la comunicación humana y la salud en general a través del trabajo en equipo. El desarrollo de la comunicación permite al niño descentrarse, porque comunicar quiere decir ubicarse en el lugar del otro y escucharlo, y esta posibilidad presupone poner entre paréntesis las propias proyecciones y emociones. La comunicación, la descentración y la creación son de suma importancia en la vida de las personas, de allí deriva la importancia del rol de la Fonoaudiología en el Equipo de Salud, no solo en el desarrollo de la tarea asistencial sino en la prevención.

Con respecto a la variable “**Edad del paciente al momento de la primera consulta**”, se observa que la edad promedio en la cual los pacientes consultaron a los centros es a los 6,34 años. Sin embargo, cabe aclarar, que este promedio podría expresar una edad avanzada para la consulta ya que, de los 55 casos, 10 pacientes han concurrido a los Centros Terapéuticos con un diagnóstico de TEA ya establecido, en busca de cambio de profesionales u otros motivos.

En relación a esta variable nos hemos planteado los siguientes interrogantes: ¿Realmente se ponen en marcha aquellas herramientas de pesquisa que permiten detectar tempranamente? ¿Qué actitud toman los padres ante la presencia de un posible diagnóstico de TEA? ¿Se llega al diagnóstico tempranamente?

Según lo manifestado por la Lic. en Fonoaudiología N°1 (Anexo 3) hay niños que llegan al Centro a partir de los 3 años, y otros que concurren más tardíamente ya que al tratarse de cuadros leves, los signos de TEA pueden emerger en la edad escolar, cuando comienzan a observarse problemas de aprendizaje y del lenguaje, que conllevan dificultades

---

<sup>81</sup> Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR) /Op. cit. Pág. 259.

en la comprensión y la alfabetización. Mientras que la Lic. en Fonoaudiología N° 2 (Anexo 3) comenta que generalmente los pacientes concurren a la consulta con más de 4 años. “(...) *los TEA se manifiestan pronto en la vida: siempre antes de los 3 años de edad; aunque, lamentablemente, muchas veces no se identifican hasta meses o años después. Los casos de menor grado de afectación o aquellos con niveles cognitivos normales o superiores a la media frecuentemente no se identifican hasta la edad escolar*”.<sup>82</sup>

Retomando el libro “Manual de apoyos a docentes: educación de estudiantes que presentan trastornos del espectro autista” (2010), coincidimos en el hecho de que muchas sospechas de un desarrollo atípico comienzan antes de los dos años de edad, aunque suelen pasar varios meses (o incluso años) hasta la realización de una evaluación completa y especializada, lo que hace que la detección y el diagnóstico de este trastorno se concrete tardíamente. A pesar de que los signos del espectro autista emergen y se hacen más evidentes hacia los 18 meses, el diagnóstico rara vez se da antes de los 24 meses de edad, de hecho, es frecuente su detección mucho más tarde.

Por eso resaltamos la importancia de la detección temprana. Sin embargo, la detección se torna infructuosa si la misma, a su vez, no es seguida de una intervención apropiada atendiendo a las necesidades de cada paciente. Ya que solo se puede influenciar positivamente el pronóstico del niño y la calidad de vida de él y de su familia, si se ponen al alcance todos los apoyos necesarios para afianzar y mejorar sus habilidades previas, y adquirir nuevas. Dichas acciones comienzan desde el nacimiento del niño, por ejemplo, en servicios de neonatología, realizando el screening auditivo, el cual garantiza el acceso a todo recién nacido al estudio temprano de su capacidad auditiva y al tratamiento oportuno si lo necesita.

Situándonos a nivel del exosistema del niño, actualmente en Argentina, se encuentran vigentes distintos programas de pesquisa o de seguimiento del desarrollo del niño, que permiten detectar tempranamente indicadores de riesgo Fonoaudiológico. Por eso resulta importante que estos programas se apliquen y que todos los niños tengan acceso a ellos, ya que es el primer eslabón del proceso de detección. Cabe mencionar, que no contamos con datos para establecer si las derivaciones presentes en este estudio, se han realizado producto de programas de pesquisa, o de control rutinario del desarrollo del niño, ya que nuestra

---

<sup>82</sup> J.M. Hernández, J.M; Artigas-Pallarés, J; Martos-Pérez, J y otros / Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista .—Revista de Neurología: España; 2005. Pág. 244.

investigación se restringe a Centros que se encuentran dentro del sub-sector Privado. “*Mirar al niño desde la óptica de la Atención Temprana implica describir en forma detallada diversas acciones que favorecen el desarrollo de las potencialidades de los niños en riesgo*”.<sup>83</sup>

Con el correr del tiempo, se pueden observar cambios en lo que respecta a la concepción de la Atención Temprana. En la década del setenta, era concebida como un conjunto de acciones tendientes a mejorar o prevenir dificultades a nivel psicomotor, en niños que presentaban riesgo biológico, psicológico y /o ambiental. Durante los años ochenta las estrategias terapéuticas se orientaban a estimular el máximo el desarrollo del niño y optimizar su integración familiar y social. Finalmente, en la década del noventa, la Atención Temprana tomó un enfoque más global, contemplando las necesidades del niño no solo en lo asistencial, sino también en lo educativo. Es decir, se intentaba aminorar la falta de estímulos y los posibles problemas de aprendizaje. De este modo, el niño dejó de ser el único receptor de las actividades de estimulación, para ser considerado como un niño activo, participe, y capaz de actuar sobre su propio medio. A su vez, aquellas prácticas que comienzan en edades tan tempranas, necesitan inevitablemente de la participación y acompañamiento del contexto familiar, es decir, uno de los componentes del microsistema en el que está inmerso el niño. Debido a esto, recalcamos la importancia del rol de los adultos que componen los distintos entornos del desarrollo del niño, sea en espacios macro, meso o exosistémicos ya que todos deben procurar su bienestar, sea a partir de acciones preventivas o de acciones tendientes a acompañar al niño en el proceso terapéutico.

En base a lo expuesto, resulta importante destacar que, según la Ley Nacional N° 27568, se consideran, dentro del ejercicio profesional de la Fonoaudiología, actividades como: “*promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana (...) e intervención temprana entendida como acciones de neurohabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje*”.<sup>84</sup> Resaltando una vez más, el labor

---

<sup>83</sup> Lizzi, Elba; Menna, Analia y otros/ Op. cit. Pág. 23.

<sup>84</sup> Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina/ Ley 27.568 del ejercicio profesional de la fonoaudiología.-- en Boletín Oficial del día 27 de octubre del 2020 .-- El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 07 de octubre de 2020. (Decreto N° 825).

fonoaudiológico dentro de aquellas actividades tendientes a mejorar el curso del desarrollo del niño, actuando, estimulando e interviniendo desde edades tempranas.

La derivación precoz y oportuna facilita la obtención de un diagnóstico temprano y pertinente. Como plantea Ana Baldomá (1995) *“La precisión en el diagnóstico es un hecho de prevención, ya que permite tomar decisiones terapéuticas oportunas y eficaces”*.<sup>85</sup>

Situándonos a nivel del diagnóstico, según Ratazzi (2020), las palabras tienen poder, poseen significancia interna, y la dificultad se presenta cuando ese término define a la persona. Cuando los padres reciben un diagnóstico es probable que tengan una visión muy limitada de su situación. Pueden sentirse muy aturcidos y presentar dificultades para responder ante las personas y situaciones de la vida cotidiana. Esto incide en la manera en que el equipo de profesionales que atienden a su hijo, les comunica a los padres acerca del diagnóstico y pronóstico. Frente al diagnóstico se encuentran los padres que comprenden las palabras, pero no escuchan la verdad, porque implica un dolor intenso y en muchos casos es destructivo para la estabilidad emocional, por otro lado, algunos papás sienten culpa por no haber notado antes que su niño/a presenta ciertas dificultades.

Por su parte, Gisela Untoiglich (2014) expresa que en la infancia, los diagnósticos se escriben con lápiz, es decir que así como los niños trazan sus primeras letras con lápiz, los profesionales deberían hacer lo mismo para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son absolutamente necesarias ya que forman parte del proceso terapéutico, pero que no debería constituirse nunca como marca indeleble en la vida de un sujeto.<sup>86</sup>

En cuanto a la variable secundaria **“Género”**, entendiendo al mismo como una construcción social y cultural que varía a través de la historia y resulta de rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a lo que considera "masculino" o "femenino" mediante la educación, el uso del lenguaje, la familia, las instituciones o la religión, podemos decir que del total de la población (55 pacientes) un 86% (47) pertenece al género masculino y un 15% (8) al género femenino. Por otro lado, no se registró ningún caso en otros. Nuestros resultados concuerdan con la investigación de Carcovich (2005), ya que un 73,3 % de la

---

<sup>85</sup> Baldomá, Ana M. / Diagnóstico diferencial en las alteraciones del lenguaje tempranas. Alternativa de potenciar el desarrollo lingüístico como hecho preventivo.-- en Departamento de Epistemología y Ejercicio Profesional / Seminarios sobre prevención .-- Escuela de Fonoaudiología- Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Rosario : Rosario; 1995. Pág 26- 29.

<sup>86</sup> Untoiglich, G. / En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz .-- Editorial Noveduc: Buenos Aires; 2013. Pág. 3: Construcciones diagnósticas en la infancia. Pág. 61.

población corresponde al género masculino y el restante 26,7 % al género femenino y con los resultados arrojados por la investigación de Benítez y Ortega Vila (2017), en donde se observó un predominio del género masculino (71.6 %) por sobre el femenino (28.4%).

Respecto a esto, Lorna Wing (1998) hace referencia a que el autismo afecta con más frecuencia a los niños que a las niñas. Sin embargo, en los últimos tiempos, se ha planteado la idea de que habría un menor porcentaje de niñas y mujeres con TEA, debido a que no se las diagnosticaría adecuadamente o se les realizarían diagnósticos erróneos.

Para finalizar, el análisis de los datos recabados leídos a la luz de los aspectos teóricos nos permite considerar la relevancia del accionar del fonoaudiólogo en el equipo de salud ya que, dentro de las funciones afectadas en los TEA, predominan aquellas vinculadas a la comunicación y/o el lenguaje.

Según Daniela Apesato (2018), cuando hablamos de comunicación, hablamos de interacción, de transmisión de deseos, de necesidades y de compartir información, es decir, va mucho más allá del lenguaje verbal. Entre los niños con TEA, hay quienes no acceden al lenguaje verbal, pero logran la comunicación, a partir de gestos, señas y pictogramas.

En este sentido, *“El compromiso del profesional fonoaudiólogo es: “la construcción del lenguaje y todo lo que ello conlleva como función superior”. No podemos pensar al TEA, desde la fonoaudiología, como un proyecto terapéutico en donde la expresión del lenguaje sea el objetivo principal. No es la expresión, es la construcción del lenguaje”*.<sup>87</sup> Además, agrega que es importante ofrecerle al niño, en función de su desarrollo, las herramientas necesarias, para que transite su propio camino hacia la simbolización desde todos los aspectos posibles.

A su vez, es necesario retomar el concepto de neuroplasticidad, para pensar en la eficacia de la intervención temprana;” *El potencial neuroplástico de un niño en sus primeros 5 años es el mayor que tendrá a lo largo de toda su vida. Por ende, si un niño con un TEA recibe una intervención intensiva temprana, tiene posibilidades de cambiar la trayectoria de su desarrollo*”.<sup>88</sup> Esto reduce en gran escala las repercusiones negativas que puedan presentarse a nivel comunicativo-lingüístico en el futuro del niño.

---

<sup>87</sup> Apesato, Daniela/ La comunicacion en el autismo .-- en <http://www.colfono.org.ar/articulos/59/lacomunicacion-en-el-autismo> (29/11/2021).

<sup>88</sup> Ratazzi, Alexia / La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista .-- en <http://test.panaacea.org/wp-content/uploads/2016/03/La-importancia->

## **2. CONCLUSIONES**

A partir de los datos obtenidos en base a las variables propuestas y a su posterior análisis, se arriba a las siguientes conclusiones:

- A diferencia de lo esperado en la hipótesis de trabajo, la edad al momento de la primera consulta es más tardía, ya que del total de la población investigada, se concluyó que la edad al momento de la primera consulta promedia los 6.34 años (Ver tabla N° 2 pág 68 ) y en relación al género, predomina el masculino (85.45%) (Ver tabla N° 1 pág 67 )
- La mayor cantidad de las demandas a los centros terapéuticos fueron producto de una derivación tomando a las mismas como “*demanda derivada*” con el 80%. (Ver tabla N°3 pág 69)
- En cuanto a los motivos de consulta se constató que la mayor cantidad provienen de las modalidades “Otros” 30.91% y “Combinados” 30.91%, es decir, que se registraron en un mismo paciente motivos de consultas provenientes de más de un área estudiada. (Ver tabla N° 6 pág 72)
- Si se discrimina la categoría “Combinados” encontramos:
  - “Comunicación y lenguaje + Interacción social” 35.29%;
  - “Comunicación y lenguaje” + “Conductas repetitivas(...)” 35.29%;
  - “Comunicación y lenguaje + Conductas repetitivas(...) +Interacción Social” 23.53%
  - “Conductas repetitivas(...) + Interacción Social” 5.88%.
- Dentro de los motivos de consulta fonoaudiológicos, aquellos que se dan con mayor frecuencia son los siguientes: “No tiene intención comunicativa: no habla ni señala”

de-la-detecci%C3%B3n-precoz-y-de-la-intervenci%C3%B3n-temprana-en-ni%C3%B1os-con-condiciones-del-espectro-autista.pdf (29/11/2021)

30.76% y “Solo utiliza onomatopeyas, gestos, o palabras sueltas para comunicarse”  
23.07 %.

- Según la Lic. en Fonoaudiología N° 1 (Anexo 3) las consultas son iniciadas por derivaciones del área médica o escolar. Mientras que la Lic. N° 2 (Anexo 3) refiere que en general, son los padres, quienes concurren a las consultas por signos de alerta o de alarma que le llama la atención en su hijo.
- De acuerdo a lo expresado por la Lic N° 1 (Anexo 3) el Centro aborda diferentes tipos de cuadros clínicos. Los motivos que se dan con mayor frecuencia son trastorno generalizado del desarrollo, TEA, retraso madurativo, retraso intelectual. La Lic. en Fonoaudiología N° 2 (Anexo 3) menciona que los motivos más frecuentes en la institución están relacionados con la falta de lenguaje y dificultades comunicativas. Pero cuando se trata de TEA, consultan porque no habla, no mira y no responde al nombre.
- La Lic. N° 1 (Anexo 3) alude que hay niños que llegan al Centro a partir de los 3 años, que se empieza a notar una desviación importante en el desarrollo, en cuanto a la Lic. N° 2 señala que los pacientes llegan con más de 4 años a las consultas.
- Ambas Licenciadas, coinciden en que la modalidad de trabajo es de manera interdisciplinaria, en equipo.

### **3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Respecto a las **limitaciones**, elaboramos nuestra tesina en un contexto particular e inédito. La pandemia (COVID-19) generó grandes obstáculos. Por un lado, la búsqueda bibliográfica necesaria para el desarrollo de nuestra investigación se vio afectada ya que las bibliotecas, se encontraban cerradas producto del ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). Por lo tanto, gran parte de la información fue recabada a partir de material bibliográfico brindado por medios digitales y del acceso a otras investigaciones relacionadas con la temática. Cabe aclarar que, asimismo, se buscó y utilizó para esta investigación, material bibliográfico impreso que se encontraba a nuestro alcance.

Por otro lado, en cuanto a la recolección de los datos de la población/muestra, contábamos con el correspondiente permiso para asistir a los centros terapéuticos y no se generaron mayores dificultades. Sin embargo, consideramos que se prolongó el tiempo para poder conseguir dichos datos.

Otro de los inconvenientes que se presentaron, tuvieron que ver con la imposibilidad de realizar encuentros “presenciales”, lo cual dificultó en cierta medida el intercambio, las correcciones y la discusión entre compañeras de tesis, y, asimismo, con nuestra tutora. Esta situación se pudo resolver con la realización de encuentros virtuales, los cuales fueron todo un desafío, ya que implicó una readaptación y se requirió el aprendizaje y manejo de nuevas plataformas, es decir, un modo de organización diferente. Sin embargo, cabe aclarar, la virtualidad nos favoreció a la hora de coordinar y realizar los encuentros, debido a que por los distintos horarios laborales se dificulta la modalidad presencial.

Queremos destacar la predisposición de las Lic. en Fonoaudiología que forman parte de los equipos interdisciplinarios a los que asistimos para la presente investigación, ya que nos recibieron muy amablemente, a pesar del contexto epidemiológico difícil en el que nos encontrábamos. Nos facilitaron la revisión de los registros de las historias clínicas de los pacientes que concurrieron a dichos lugares durante los años 2016-2020.

En relación a las **sugerencias**, creemos sumamente importante que se conozcan cada vez más las señales de alarma de los Trastornos del Espectro Autista, para que los padres y distintos profesionales de la salud puedan detectarlo lo más tempranamente posible, y en base a esto, puedan comenzar sus tratamientos para que su abordaje sea eficaz y oportuno.

También sería interesante realizar entrevistas a los padres o a los adultos en general que no se encuentren necesariamente ligados al área de salud, acerca de la información que poseen sobre estos trastornos, ya que la falta de conocimiento de las señales de alarma de los mismos, trae como consecuencia que se pasen por alto ciertos rasgos atípicos que pueden presentarse durante el desarrollo de los niños. Lo que perjudica la consulta correspondiente y, por ende, la detección temprana.

Además, consideramos que sería interesante profundizar la investigación de nuestras variables extendiendo la misma a otras poblaciones. En instituciones tanto públicas como privadas, de manera que se puedan realizar comparaciones transcurrido un tiempo y así enriquecer esta área del saber. Nos resulta interesante también, ampliar y actualizar información relacionada con la temática de los TEA, y las distintas áreas que se ven afectadas en el mismo.

## **D. BIBLIOGRAFÍA**

- Alonso Franco, Ana Clara / El uso del Chat adaptado como instrumento para la detección precoz de los trastornos del espectro autista .-- en <http://espectroautista.info/ficheros/franco-uso.pdf> (12/05/2021).
- Armus M.; Oliver M.; Duhalde C.; Woscoboinik N. / Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia . -- Editorial UNICEF: Argentina; 2012.
- Asociación Americana de Psiquiatría / DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. -- Editorial Masson SA: S/D; 1952.
- Asociación Americana de Psiquiatría / Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V .-- Editorial Médica Panamericana: S/D; 2013.
- Benítez, María Eugenia; Ortega Vila, Brenda/ Estudio descriptivo sobre el tipo de derivación y motivo de derivación al servicio de fonoaudiología del hospital de niños zona norte.--Escuela de Fonoaudiología –Facultad de Ciencias Médicas– Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 2017. (Tesina).
- Bronfenbrenner, U. / La ecología del desarrollo humano: cognición y desarrollo humano .-- Editorial Paidós: Barcelona; 1987.
- Busquets, L; Miralbell, J; Muñoz, P; Muriel, N; Español, N; Viloca, N; Mestres, M. / Detección precoz del trastorno del Espectro Autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica (2018) .-- en [https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2018/xxii02/11/n2-105e1-6\\_IntEspecial.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2018/xxii02/11/n2-105e1-6_IntEspecial.pdf) (8/05/2021). Cadaveiras Matias y Waisburg Claudio / Autismo: guía para padres y profesionales .-- Editorial Paidós: Buenos Aires; 2015.
- Campodonico, Nicolas / Acerca de la demanda psicológica en un dispositivo asistencial: la salud mental y el psicoanálisis .-- en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483549015004> ( 23/05/2021).
- Canal Bedia, Ricardo; García Primo, Patricia y otros / La detección precoz del autismo .-- en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113205592006000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592006000100003) (14/05/2021).
- Carcovich, María Laura / Estudio descriptivo sobre la relación entre la edad del paciente con trastorno generalizado del desarrollo y/o espectro autista, al momento de la primera preocupación de los padres y el tipo de trastorno que presenta .-- Escuela de Fonoaudiología –Facultad de Ciencias Médicas– Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 2005 (Tesina).
- Colegio de Fonoaudiólogos 2º Circunscripción / Boletín Nro 129 .-- en <http://www.colfono.org.ar/boletin.php?id=129> (21/04/2021).
- Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR) / Fonoaudiología. Intervenciones y Prácticas posibles .-- Fervil Impresos: Rosario; 2021.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana / Libro Blanco de la Atención Temprana .-- Editorial Real Patronato Sobre Discapacidad: Madrid; 2005.

- Figueiras, AC; Neves de Souza, IC; Ríos, VG; Benguigui, Y. / Manual para la vigilancia del Desarrollo Infantil (0 a 6 años) en el contexto de AIEPI .-- OPS: Washington, DC; 2011.
- Gomez, Juan Carlos; Sarria Encarnación y otros / Los inicios de la comunicación: Estudio comparado de niños y primates no humanos e implicaciones para autismo .-- en [https://www.santafe.gob.ar/index.php/educacion/content/download/174409/858393/file/Los%20Inicios%20de%20la%20Comunicaci%C3%B3n\\_Estudio%20comparativo%20.pdf](https://www.santafe.gob.ar/index.php/educacion/content/download/174409/858393/file/Los%20Inicios%20de%20la%20Comunicaci%C3%B3n_Estudio%20comparativo%20.pdf) (23/05/2021).
- Greenspan, S.I .-- en Breinbauer, Cecilia / Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular .-- en Transiciones. Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes. Perú; 2006.
- Haller, Liliana; Gallastegui, Miriam y otros / Neuropsicolingüística. Evaluación y tratamiento .-- Editorial Akadia: Buenos Aires; 2011.
- Hernández, Cristina / Hablamos del estudio “Mujeres y TEA” .-- en <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/hablamos-del-estudio-mujeres-y-tea> (16-06-21).
- Hervás, Amaia; Sánchez Santos, Luis / Autismo. Espectro autista; 2014 .-- en [http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/autismo\\_espectro-autista.pdf](http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/autismo_espectro-autista.pdf). (23/5/2021).
- Isaías, Ana Clara / La conformación de redes en los procesos de Inclusión educativa de niños con Trastornos del Desarrollo .-- Revista de la Facultad de Ciencias Médicas- UNR. Rosario; 2020.
- J.M. Hernández, J.M; Artigas-Pallarés, J; Martos-Pérez, J y otros / Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista .-- Revista de Neurología: España; 2005.
- Kanner, Leo / Psiquiatría infantil .-- Editorial Paidós Psique: Buenos Aires; 1971.
- Legislatura de la Provincia de Santa Fe / Ley 9.981 del ejercicio profesional de la fonoaudiología. Creación del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe .-- en Boletín Oficial del día miércoles 07 de enero de 1987 .-- Legislatura de la Provincia de Santa Fe; 12 de diciembre de 1986 (Decreto N° 4724).
- Lizzi, Elba; Menna, Analia y otros/ La clínica fonoaudiológica. Del proceso diagnóstico al abordaje terapéutico .-- Editorial Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 2010. Cap 5: Autismo y otros trastornos del espectro autista.
- Maciel, Fernando Pedro / Consideraciones sobre los avatares de la relación terapéutica en Atención Temprana. Conferencia Inaugural de la I Jornada Interdisciplinarias de Atención temprana realizadas en la Ciudad de Zaragoza España-el 27 y 28 de noviembre de 2008.
- Maggio, Verónica / Comunicación y lenguaje en la Infancia. La guía para profesionales y familias .-- Editorial Paidos: Buenos Aires; 2020.


- 
- Ministerio de Educación de Chile / Manual de apoyo a docentes: educación de estudiantes que presentan trastornos del espectro autista .-- S/D Santiago de Chile: Primera Edición; 2010.  
Ministerio de Salud / Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo infantil (IODI).-- Argentina; 2017 .-- en <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/249218/1309969/> (22/09/2020).
- Ministerio de Salud / Programa Nacional de la Salud Escolar. Manual de implementación. Módulo 1: control integral de la salud.- en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-implementacion-modulo-1-controlintegral-del-salud-prosane> (11/06/2020).
- Ministerio de Salud y Acción Social; Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica/ Normas de Organización y funcionamiento del área de Fonoaudiología de los establecimientos asistenciales .-- Fonoaudiológica: Tomo 45. N°3. ASALFA: Bs As; 1999.
- Mitre, Ramiro / Autismo en positivo .-- en <https://fundacionneurodiversidad.tiendup.com/curso/1er-congreso-internacionalautismo-y-neurodiversidad> (19-06-21).
- Monfort, Marc; Juárez Sánchez, Adoración / El niño que no habla .--Editorial CEPE: España; 2002.
- Montero, Magda / ¿Qué es la Neurodiversidad? .-- en <https://magdamontero.com/que-es-neurodiversidad/> (19-06-21).
- Mulas, Fernando; Ros-Cervera, Gonzalo / Modelos de intervención en niños con autismo .-- Revista de Neurología: Valencia; 2010.
- Muniagurria, A.J. y Libman, J. / Semiología Clínica I – Motivo de Consulta .-- Ed. El Ateneo : Buenos Aires; 1988.
- OMS; UNICEF / El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate (2013) .-- en [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063\\_spa.pdf;jsessionid=84700A60394509819B1E6DCB2EAF797B?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf;jsessionid=84700A60394509819B1E6DCB2EAF797B?sequence=1) (08/05/2021).
- OPS; OMS / Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La administración estratégica.Aspectos generales.-- OPS: Washington;1995. Cap. 1.
- Palacios Aguinaga, Jennifer Raquel / Motivo de consulta .-- en <https://es.slideshare.net/yukijenn/motivo-de-consulta> (21/05/2021).
- Ponzano Andrea y otros / Paradojas en la atención primaria de la salud: un aporte de la Fonoaudiología para la Salud del Escolar .-- Fonoaudiológica: Tomo 42. N° 2. Editorial Asalfa, Bs As; 1999.
- Rattazzi, Alexia / "No hay que cambiar los valores, hay que redescubrirlos" .-- en [https://www.youtube.com/watch?v=TMqjcmnfUj0&ab\\_channel=LANACION](https://www.youtube.com/watch?v=TMqjcmnfUj0&ab_channel=LANACION) (08/09/21).

- 
- Rattazzi, Alexia / Diagnóstico Interdisciplinario.-- en <http://www.panaacea.org/espectro-autista/diagnostico-interdisciplinario/> (9/03/2021).
- Rivière, Àngel / IDEA: Inventario de espectro autista .-- Fundec: Buenos Aires; 2002.  
Rivière, Àngel y Marcos, Juan / El niño pequeño con autismo. -- Editorial APNA: Madrid; 2000.
- Rovere, M. / Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad .-- Ed. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario: Rosario; 1999.
- Rovere, M./ Redes en Salud; los grupos, las instituciones, la comunidad .-- Segunda edición.-- Editorial El Agora: Córdoba; 2006.
- Ruiz-Danegger, Constanza / Neurodiversidad y Alteraciones del desarrollo .-- en [https://www.researchgate.net/publication/304717832\\_Neurodiversidad\\_y\\_alteraciones\\_del\\_desarrollo\\_v\\_2](https://www.researchgate.net/publication/304717832_Neurodiversidad_y_alteraciones_del_desarrollo_v_2) (19-06-21).
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina / Ley 24.901 de Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Creación del Honorable Congreso de la Nación Argentina .-- En Boletín Oficial del día 05 de diciembre de 1997 .-- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina: Buenos Aires; 05 de noviembre de 1997 (Decreto N° 1193).
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina / Ley 27.568 del ejercicio profesional de la fonoaudiología .-- en Boletín Oficial del día 27 de octubre del 2020 .-- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 07 de octubre de 2020. (Decreto N° 825)
- Shortell, S.M.-- en García Olmos, Luis /Análisis de la demanda derivada en las consultas de medicina general en España .-- Facultad de Medicina - Universidad Autónoma de Madrid : Madrid; 1993. (Tesis Doctoral).
- Sociedad Argentina de Pediatría; Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo / Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) .-- en [https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/recomendaciones/prueba\\_nacional\\_de\\_pesquisa.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/recomendaciones/prueba_nacional_de_pesquisa.pdf) (11/06/2020).
- Untoiglich, G. / En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz .-- Editorial Noveduc: Buenos Aires; 2013. Cáp. 3: Construcciones diagnósticas en la infancia. Pág. 61.
- Valdez, Daniel / Autismo. Cómo crear contextos amigables .-- Editorial Paidós: Buenos Aires; 2019.
- Vázquez Reyes, Carlos María; Martínez Fera, María Isabel / Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica. Volumen II: El Síndrome de Asperger. Respuesta educativa.- Consejería de Educación: Sevilla; 2006.

- 
- Villarreal, Susana / La interdisciplinariedad en el Equipo de Salud. Apunte de circulación interna de la Cátedra “Introducción a la Fonoaudiología”- Escuela de Fonoaudiología - Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 1998. Módulo 1: El futuro ejercicio profesional.
- Wing, Lorna / El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia .-- Editorial Paidós: Barcelona; 1998.

## E. ANEXO

### 1. Carta de presentación

 **FCM** Facultad de Ciencias Médicas · UNR

2021 - AÑO DE HOMENAJE AL PREMIO NOBEL DE MEDICINA DR. CÉSAR MILSTEIN


Rosario, 11 de noviembre de 2021.

A la  
Directora del  
Centro CTACA  
Lic. Celeste Burkle  
PRESENTE

De mi mayor consideración:

Por la presente, CERTIFICO: que las estudiantes Mirian Santini, Legajo: S-1640/3 y Dianela Maldovan, Legajo: M-2264/1 se encuentran realizando el Trabajo de Investigación correspondiente a Nivel Tesina de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología sobre el tema: "Tipos de demanda, motivo de consulta, y edad en los pacientes con diagnóstico de TEA que asisten a centros terapéuticos privados de la ciudad de Rosario durante el año 2020". Por lo expuesto se deduce la necesidad de las mismas de concurrir a esa Institución para poder relevar datos necesarios a la temática planteada.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

  
Lic. María Carolina CAMPORA  
DIRECTORA  
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGIA  
FACULTAD Cs. MÉDICAS - U.N.R.

Santa Fe 3100, Rosario, Argentina · +54 (341) 436 2300 · fcm.unr.edu.ar



Rosario, 11 de noviembre de 2021.

A la  
Directora del  
Centro Interdisciplinario Terapéutico CIO  
Lic. Milagros Vignola  
PRESENTE

De mi mayor consideración:

Por la presente, CERTIFICO: que las estudiantes Mirian Santini, Legajo: S-1640/3 y Dianela Maldovan, Legajo: M-2264/1 se encuentran realizando el Trabajo de Investigación correspondiente a Nivel Tesina de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología sobre el tema: "Tipos de demanda, motivo de consulta, y edad en los pacientes con diagnóstico de TEA que asisten a centros terapéuticos privados de la ciudad de Rosario durante el año 2020". Por lo expuesto se deduce la necesidad de las mismas de concurrir a esa Institución para poder relevar datos necesarios a la temática planteada.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

  
Lic. María Carolina CAMPA  
DIRECTORA  
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGIA  
FACULTAD Cs. MÉDICAS - U.N.R.

## 2. Planilla de volcado de datos

Nº	NOMBRE	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO	MOTIVO DE CONSULTA	DERIVACIÓN
1	P. A.	M	3 AÑOS Y MEDIO	TEA	NO HABLA.	NEURÓLOGO
2	L.G.	M	7 AÑOS	TEA	COMPLEMENTAR LOS TRATAMIENTOS QUE ESTÁ REALIZANDO.	NEURÓLOGO
3	A.B.	M	6 AÑOS	TEA	BERRINCHES.	PEDIATRA
4	F.D.	M	4 AÑOS	TEA	NO HABLA, DICE ALGUNAS PALABRAS SUELTAS / HACE MUCHOS BERRINCHES.	NEURÓLOGO
5	S.G.	M	12 AÑOS	TEA	NO SOCIABILIZA / CAMBIO DE PROFESIONAL/ TRATAMIENTO.	MADRE
6	F.B.	M	6 AÑOS	TEA	SU HABLA ES INENTENDIBLE. NO DEMANDA / MOMENTOS DE AISLAMIENTO, NO INTERACTÚA.	NEURÓLOGO
7	A.F.	M	4 AÑOS Y 8 MESES	TEA	NO TIENE JUEGO Y ES REPETITIVO.	PEDIATRA
8	A.G.	M	5 AÑOS	TEA	PREOCUPACIÓN POR LA INTEGRACIÓN DENTRO DE LA ESCUELA.	MADRE
9	F.M	F	7 AÑOS	TEA	NO SOCIABILIZA.	DOCENTE PREESCOLAR
10	G.K.	M	8 AÑOS	TEA	CAMBIO DE TRATAMIENTO.	PADRES
11	I.C.	M	4 AÑOS	TEA	HIPERACTIVIDAD FÍSICA.	NEURÓLOGO
12	T.P.	M	7 AÑOS	TEA	ALGUNAS CONDUCTAS LE LLAMARON LA ATENCIÓN A LOS PADRES. SE RESISTE A LOS CAMBIOS DE RUTINA.	NEURÓLOGO

13	M.K.	M	2 AÑOS Y 3 MESES	TEA	(EL NIÑO TIENE UN HERMANO MELLIZO). PRESENTA DIFICULTADES EN EL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN. NO	NEUROPEDIATR A
					MIRA A LA GENTE, USA GESTOS, NO RESPONDE A SU NOMBRE, PARECE NO ESCUCHAR. / CORRE DE UN LADO A OTRO.	
14	D.P.	M	13 AÑOS	TEA DE ALTO RENDIMIENTO	PREOCUPACIÓN POR SU RENDIMIENTO EN LA ESCUELA SECUNDARIA / PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.	PADRES
15	M.A.	M	3 AÑOS Y 9 MESES	TEA	SE TRABA AL HABLAR Y ESTÀ DESCONECTADO. ALTERACIÓN EN LA INTERACCIÓN / TIENE BERRINCHES Y GRITA MUCHO PERO NO ES AGRESIVO NI CON EL NI CON LOS DEMÁS.	PADRES
16	S.P.	M	5 AÑOS	TEA	"NO HABLA LO QUE TIENE QUE HABLAR". NO DIRIGE LA MIRADA, NO SE RELACIONA CON OTROS CHICOS. CADA VEZ HACE MENOS COSAS.	NEURÓLOGO
17	T.C.	M	8 AÑOS	TEA	CONDUCTAS DISRUPTIVAS QUE GENERAN MUCHOS PROBLEMAS DE VINCULACIÓN. EL PADRE COMENTA QUE HAN HECHO UN RECORRIDO POR VARIAS INSTITUCIONES. TIENE UNA CONDUCTA DISPERSA, ANSIOSA. ES UN NIÑO AGRESIVO Y ANGUSTIADO.	NEURÓLOGO

18	D.C.	F	6 AÑOS	TEA	LA MADRE REFIERE DIFICULTADES EN EL HABLA, USO DE ONOMATOPEYAS Y SEÑAS PARA HABLAR.	PADRES
19	L.C.	M	5 AÑOS	TEA	VIENE CON EL DIAGNÒSTICO. NO ESTÁ ALFABETIZADO.	ESCUELA
20	J.G.	M	11	TEA	CAMBIO DE	PSIQUIATRA

			AÑOS		PROFESIONAL.	
21	B.G.	M	7 AÑOS	TEA	SU LENGUAJE NO ES CLARO.	PSICÓLOGA
22	L.B.	M	4 AÑOS	TEA	EN EL ÀNGEL HACE MUSICOTERAPIA. NO TIENE LIMITES, LE GUSTA MUCHO TIRAR TODO.	MADRE
23	L.D.	M	8 AÑOS	TEA	BASTANTE TÍMIDO, CUANDO LE PONEN LÍMITES, SE VA. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.	CENTRO DE NEUROLOGÍA "CRIANZA".
24	M.P.	M	6 AÑOS	TEA	"EL NIÑO TIENE ALGUNOS PROBLEMITAS" REFIERE LA MAMÀ. LE GUSTAN LAS COSAS QUE GIRAN. FIJA LA MIRADA EN LOS TRENES, EN EL CELULAR, LOS RELOJES. LE TIENE MIEDO A LOS ESTALLIDOS DE GLOBOS. LE CUESTA COMPARTIR.	NEURÓLOGA
25	M.P.	M	3 AÑOS	TEA	DICE PALABRAS SUELTAS. NO MIDE EL PELIGRO.	PEDIATRA

26	R.R.	F	7 AÑOS	TEA	COMPENSA EL LENGUAJE CON LO GESTUAL. UTILIZA GESTOS O SE APOYA EN LO VISUAL PARA EXPRESARSE. / ESTEREOTIPIAS, AUTOESTIMULACIÓN CON OBJETOS SONOROS. INTERESES RESTRINGIDOS.	NEURÓLOGO
27	A. Z.	F	7 AÑOS	TEA	SU LENGUAJE NO ES DEL TODO CLARO. NO RESPONDE A LOS TRATAMIENTOS.	NEURÓLOGA
28	T.V.	M	6 AÑOS	TEA	RECIBIR TRATAMIENTO DE TODAS LAS ÁREAS QUE NECESITA.	INSTITUCIÓN ESCOLAR
29	G.N.	M	9 AÑOS	TEA	ALFABETIZACIÓN / "TIRA COSAS Y PEGA"	DOCENTE ESCOLAR

30	L.M.	M	10 AÑOS	TEA	CONDUCTAS ESTEREOTIPADAS.	
31	B.S.	M	5 AÑOS	TEA	SERIAS DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN Y LENGUAJE . ECOLALIA / BERRINCHES / RELACIÓN SOCIAL LIMITADA E INTERFERIDA.	NEUROPEDIATRA
32	G.C.	M	9 AÑOS	TEA	BERRINCHES / CONDUCTAS ESTEREOTIPADAS.	INSTITUCIÓN ESCOLAR
33	G.C.	M	7 AÑOS	TEA	FALTA DE SOCIABILIZACIÓN.	PEDIATRA
34	M.A.	F	7 AÑOS	TEA	AUSENCIA DE LENGUAJE.	OBRA SOCIAL
35	M.A.	M	9 AÑOS	TEA	INTERESES RESTRINGIDOS - TRASTORNO DE LA CONDUCTA.	INSTITUCIÓN ESCOLAR
36	J.B.	M	10 AÑOS	TEA	DIFICULTADES EN EL LENGUAJE Y PARA RELACIONARSE CON LOS DEMÁS.	INSTITUCIÓN ESCOLAR
37	M. B.	F	11 AÑOS	TEA	CAMBIO DE PROFESIONAL.	PSICÓLOGO

38	A.G.	M	4 AÑOS Y 6 MESES	TEA	ANTE EL LIMITE SE TIRA AL PISO - BERRINCHES / ECOLALIA	NEURÓLOGO
39	F.F	M	6 AÑOS	TEA	DIFICULTAD PARA RELACIONARSE. / INTERESES RESTRINGIDOS	AUDITORIA MEDICA
40	J.D.	M	8 AÑOS	TEA	COMPROMISO DEL LENGUAJE. / DEFICIENCIAS EN LA INTERACCIÓN SOCIAL.	PADRES
41	G.M.	M	6 AÑOS	TEA	DIFICULTADES PARA COMPRENDER Y PARA RELACIONARSE.	ESCUELA ESPECIAL
42	B.R.	M	12 AÑOS	TEA	COMPROMISO DEL LENGUAJE. DEFICIENCIAS EN LA INTERACCIÓN SOCIAL.	INSTITUCIÓN ESCOLAR
43	R.N.	M	3 AÑOS	TEA	TRASTORNO DE CONDUCTA. / DIFICULTADES EN LA INTERACCIÓN SOCIAL. /	PEDIATRA

					AUSENCIA DE LENGUAJE / AUSENCIA DE JUEGO	
44	F.S.	F	13 AÑOS	TEA	DIFICULTADES EN LA INTERACCIÓN SOCIAL.	PADRES
45	L.S	M	7 AÑOS	TEA	PRESENTA BROTES Y BERRINCHES.	NEURÓLOGO
46	F.T.	M	7 AÑOS	TEA	QUE ACCEDA A TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA ESCUELA / JORNADA COMPLETA PARA LOGRAR CONTENIDOS Y REGULAR LA CONDUCTA Y LA ATENCIÓN SOSTENIDA.	ESCUELA
47	T.B.	M	7 AÑOS Y 1 MES	TEA	EVALUACIÓN DIAGNÒSTICA.	
48	M.B.	M	5 AÑOS	TEA	NO HABLA. / PRESENTA BERRINCHES.	NEURÓLOGO

49	T. L.	M	11 AÑOS	TEA	BERRINCHES. / COMPROMISO EN EL USO DEL LENGUAJE. / DIFICULTADES PARA RELACIONARSE.	ESCUELA ESPECIAL
50	G.	F	2 AÑOS Y 8 MESES	TEA	DIFICULTADES COMUNICATIVAS.	PEDIATRA
51	G.L	M	5 AÑOS	TEA	NO HABLA. / NO JUEGA.	PADRES
52	T. G	M	3 AÑOS	TEA	NO HABLA, NI SOSTIENE LA MIRADA (TIENE HERMANO MELLIZO)	PEDIATRA
53	B.O	M	5 AÑOS	TEA	TRASTORNOS EN LA CONDUCTA. / REPITE MUCHO LAS PALABRAS.	NEURÓLOGO
54	T.Z.	M	3 AÑOS	TEA	LA MAMÀ ACUDE PARA REALIZAR UNA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.	NEUROPEDIATRA
55	A.V.	M	4 AÑOS Y 2 MESES	TEA	SÓLO UTILIZA PALABRAS SUELTAS Y GESTOS PARA COMUNICARSE. DEJÓ DE DECIR ALGUNAS PALABRAS QUE DECÍA.	MADRE

### 3. Entrevistas a los directores de los centros CTACA y CIO

#### ENTREVISTA N° 1

#### C.T.A.C.A

#### 1- ¿Quién/es realiza/n la entrevista de admisión?

La entrevista de admisión es realizada por mí, que soy la directora terapéutica de la institución, mi profesión es Lic. en Fonoaudiología, Celeste Burkle.

#### 2- Una vez realizada la entrevista de admisión, ¿cuál es el procedimiento a seguir?

Luego de realizar la entrevista de admisión que se realiza con madre/padre/tutor, se establecen los días y horarios para las evaluaciones. En CTACA las mismas se desarrollan de manera gratuita, donde se hace una evaluación mínima en cuatro o cinco áreas terapéuticas, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología y terapia ocupacional, posteriormente se hacen los informes y se habla de un encuadre diagnóstico, a partir de allí

se orienta a las familias cuál es el programa y proyecto terapéutico que la institución le ofrece y luego los padres toman la decisión si comienzan el tratamiento en el centro de terapia, generalmente inician, no hay mayores problemas.

### **3- ¿Cómo es la modalidad de trabajo del equipo?**

La modalidad de tratamiento es desde la zooterapia, las sesiones son individualizadas, con una duración de una hora de reloj por cada área. Además, el abordaje es interdisciplinario y multidisciplinario. El trabajo que se realiza es en red, con las familias, las escuelas.

Generalmente los pacientes están integrados en su mayoría en escuelas comunes, salvo algunas excepciones, ya sea porque el niño tenga una patología muy profunda o ya esté inscripto en escuela especial, se van armando los programas terapéuticos según la necesidad de cada paciente.

### **4- ¿La mayoría de las consultas se inician por preocupaciones de los padres, o producto de derivaciones? ¿Por qué cree que esto es así?**

Muchos pacientes llegan por derivaciones de las escuelas, mientras que otros por neurólogos, o pediatras, algunos niños llegan por motivación de los padres para una consulta, pero generalmente antes vienen de una derivación del área médica o escolar.

Las veces que el motivo de consulta nace de los padres es porque el pediatra, o profesionales del área de fonoaudiología les dicen a los papás que sus hijos ya van a hablar, y realmente los padres tienen una inquietud y terminan consultando ellos mismos por iniciativa propia.

### **5- ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes según su experiencia?**

El Centro aborda diferentes tipos de cuadros clínicos. Los motivos que se dan con mayor frecuencia son trastorno generalizado del desarrollo, TEA, retraso madurativo, retraso intelectual.

### **6- ¿Qué opina usted de la edad en la que los niños llegan a la institución?**

Por la Institución han pasado muchos pacientes, más de 3.000 te podría decir y los motivos de consulta son muy variados, hay niños que llegan al Centro a partir de los 3 años que se empieza a notar una desviación importante en el desarrollo o también cuando están por pasar

a un cuarto grado, y comienzan a manifestarse problemas en el aprendizaje y el lenguaje, porque no se han alfabetizado, o no comprenden consignas.

### **7- Los pacientes que concurren al centro ¿Se presentan con un diagnóstico ya establecido?**

Algunos pacientes se presentan con un diagnóstico ya establecido y otros no. Los que llegan a la institución con un diagnóstico determinado, se les realiza una reevaluación para confirmar si es ese diagnóstico o no.

### **8- ¿Llegan al centro pacientes con diagnóstico erróneo?**

Muchas veces realizamos las reevaluaciones y no coincidimos con el diagnóstico, en el centro se encuentran pacientes que llegaron con diagnóstico de autismo y en realidad el trastorno primario es en la comprensión del lenguaje, presentan algunas conductas muy similares sobre todo cuando los niños son más pequeños, pero las alteraciones de comprensión son muy severas.

## **ENTREVISTA N° 2**

### **C.I.O**

#### **1-¿Quièn/es realiza/n la entrevista de admisión ?**

Las entrevistas de admisiones las realizan las coordinadoras del Centro Terapéutico, Lic. en psicopedagogía, Lic. en psicología y yo Lic. en Fonoaudiología, vamos viendo, pero en general es así.

#### **2- Una vez realizada la entrevista de admisión, ¿cuál es el procedimiento a seguir?**

Se cita al paciente y se lo evalúa para saber a qué especialidad derivar. Pero es todo muy variable, si el paciente llega derivado desde un neuropediatra, el profesional ya le dice a la familia cuáles son las terapias a seguir; si el paciente llega con diagnóstico pero todavía no hizo la consulta con el médico, nosotros desde el centro le podemos sugerir que realice un pedido médico, entonces lo evalúa una de las profesionales del centro y se deriva a los distintos profesionales del equipo que creen necesarios, por ejemplo Psicopedagoga o T.O, según las dificultades del niño/a, para que realicen una evaluación específica de cada área y en caso de corroborarlo, se realicen las terapias correspondientes. Una vez que se sepan las

áreas a las que debe asistir el niño se hace el pedido médico solicitando la cantidad de sesiones que se requieren.

### **3- ¿Cómo es la modalidad de trabajo del equipo?**

El abordaje que se realiza es interdisciplinario, las sesiones son individualizadas, con una duración de cuarenta y cinco minutos de reloj por cada terapia.

### **4- ¿La mayoría de las consultas se inician por preocupaciones de los padres, o producto de derivaciones? ¿Por qué cree que esto es así?**

En general, para mis los padres son los que van a la consulta por signos de alerta o de alarma que le llama la atención en su hijo. Son ellos, que van al médico y se movilizan para poder establecer un diagnóstico, y después hay otros niños que el trastorno de TEA, no está tan marcado, como por ejemplo un paciente que concurre a la institución y se diagnosticó más tardíamente, y quien puso más énfasis en lograr un diagnóstico fue la escuela por fallas conductuales, de autonomía, habilidades sociales.

### **5- ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes según su experiencia?**

Los motivos más frecuentes en la institución y según mi experiencia son falta de lenguaje y dificultades comunicativas. Pero cuando se trata de TEA, en general consultan porque no habla, no mira y no responde al nombre, para mí son esos tres motivos que se presentan y son más marcados. Después cuando llegan con diagnósticos tardíos, que son derivados por educación, los motivos más frecuentes son que el niño se aísla, no responde a las órdenes, no responde al nombre, no hace caso, deambula.

### **6- ¿Qué opina usted de la edad en la que los niños llegan a la institución?**

Deberían ser derivados cuando se alerta la dificultad o el retraso, y además trabajar más en la estimulación en consultorio. En general los pacientes llegan con más de 4 años a las consultas.

### **7- Los pacientes que concurren al centro ¿Se presentan con un diagnóstico ya establecido?**

Los pacientes en general concurren con el diagnóstico, si lo acotamos a TEA es distinto, porque nosotros tenemos muchos pacientes con otros diagnósticos también como trastorno del lenguaje, del aprendizaje, síndromes, encefalopatías, pero si lo acotamos al TEA nosotros

realizamos el ADOS que es una herramienta diagnóstica, podemos sugerir a los papàs que se realice, pero en realidad el que dice tenes que hacerlo es el Neuropediatra.

### **8- ¿Llegan al centro pacientes con diagnóstico erróneo?**

Muchos pacientes tienen un diagnóstico erróneo porque los mismos dependen de la subjetividad, ¿quién pone el diagnóstico? una persona, que tiene un ojo clínico determinado y que le parecen determinadas cosas, no es una máquina, por eso hay un margen de error. Los diagnósticos son móviles, debe haber muchos errores, pero es difícil de controlar. Si bien el TEA es una condición, yo tuve un paciente que a los 3 años era otro nene, realmente ni siquiera era TEA, sino Autismo, estaba totalmente desconectado, no hablaba, no miraba, estaba aislado totalmente, con el paso de los años y con el tratamiento hoy es otro nene, es otra su situación, por eso digo, depende también la edad en la que se lo diagnostique, no es lo mismo diagnosticarlo con 6 años que con 2 años, son muchas las variables.

Los diagnósticos sirven para el tratamiento, saber qué objetivos vamos a trabajar con el paciente, pero lo más importante de todo, es la burocracia de poder sostener un tratamiento interdisciplinario con varias terapias y que la obra social se lo cubra. Por eso se utiliza, para poder sostener económicamente el tratamiento; y por otro lado uno evalúa y plantea los objetivos en base a lo que presenta ese niño y no en cuanto al diagnóstico. Por ejemplo, en un niño con TEA, se observa el nivel de lenguaje que posee, el vocabulario que presente, su nivel cognitivo y su nivel comunicativo, es decir, se trata al paciente según la especificidad, es todo muy complejo y variable.

