

Trastornos del espectro autista

6

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos del espectro autista. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 132-177.
Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos del espectro autista. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 132-177). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para el cribado, la evaluación, el diagnóstico y la intervención en las dificultades de comunicación, interacción y alimentación relacionadas con el autismo, y debe contar con una formación actualizada, especializada y basada en la evidencia.**
- 2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el cribado, la evaluación funcional, la calidad de vida y la intervención logopédica en el autismo, promueve el desarrollo de instrumentos adaptados lingüística y culturalmente.**
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario, centrado en la persona y su familia, que reconozca el valor de la neurodiversidad. Insta a evitar el uso de prácticas carentes de evidencia científica o alejadas de los estándares actuales de calidad asistencial.**

¿Qué es?

Definición

El DSM-5-TR define el Trastorno del Espectro Autista (TEA) como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en la comunicación social y la interacción social, así como la presencia de comportamientos restringidos y repetitivos.

- Las dificultades en la comunicación social se muestran de diversas maneras y pueden incluir limitaciones en las capacidades de atención conjunta y reciprocidad social, así como dificultades en el uso de comportamientos de comunicación verbales y no verbales para la interacción social.
- Los comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos se manifiestan a través de un habla estereotipada, lenguaje idiosincrásico, movimiento motor o uso de objetos repetitivo e inusual; adherencia inflexible a rutinas; intereses restringidos, e hipersensibilidad o hiposensibilidad a la entrada sensorial.

134

Trastornos del
espectro autista

Caracterización del TEA en el DSM-5-TR

Los criterios especificados en el DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) reflejan diversos cambios respecto al DSM-IV-TR *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (APA, 2000). El cambio más notable es la eliminación de la categoría de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), que incluía diagnósticos como el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

Los criterios del DSM-5-TR para el TEA (el término utilizado en lugar de TGD) engloban los déficits sociales y de conducta típicos de estas poblaciones, sin especificar subtipos. Sin embargo, según el DSM-5-TR: «Los individuos con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, trastorno de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado deberían recibir el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista» (APA, 2022). El DSM-5-TR incluye el Trastorno de Rett, un trastorno genético, con un diagnóstico separado en el que se pueden observar alteraciones en la interacción social durante la fase regresiva.

Según el DSM-5-TR, el TEA es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en la **comunicación social y la interacción social** en múltiples contextos, junto con **patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos**.

Principales criterios diagnósticos

1. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social, que incluyen:

- Deficiencias en la reciprocidad socioemocional (p. ej., dificultad para iniciar o responder a interacciones sociales, falta de intercambio emocional).
- Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales (p. ej., contacto visual anómalo, uso limitado de gestos, dificultad para comprender el lenguaje corporal).
- Dificultades en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales.

2. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos, que incluyen al menos dos de los siguientes:

- Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva (p. ej., ecolalia, alineación de objetos).
- Insistencia en que las cosas, actividades, etc. se mantengan iguales, necesidad de rutina, tendencia a la rigidez, rechazo a los cambios, adhesión inflexible a rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
- Intereses altamente restringidos y fijaciones intensas que son anómalas en su intensidad o enfoque.
- Hiper- o hiporreactividad a estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.

Criterios adicionales

- Los síntomas deben estar presentes desde las primeras etapas del desarrollo (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales superen las capacidades del individuo).
- Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en áreas importantes del funcionamiento personal, social, académico o laboral.
- Estas alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo, aunque ambas pueden coexistir.

Especificadores diagnósticos

El DSM-5-TR clasifica el TEA en tres niveles de gravedad, en función de la necesidad de soporte.

- Nivel 1: requiere soporte.
- Nivel 2: requiere soporte sustancial.
- Nivel 3: requiere soporte muy sustancial.

El DSM-5-TR también reconoce que los síntomas y la presentación del TEA pueden variar notablemente de una persona a otra, lo que pone de manifiesto la gran heterogeneidad del trastorno. Además, esta clasificación unifica bajo una sola categoría diagnóstica —Trastorno del

Espectro Autista— varios subtipos que anteriormente se consideraban entidades separadas, como el síndrome de Asperger o el trastorno autista.

Caracterización del TEA en la CIE-11

Según la CIE-11, el TEA se define como un grupo de trastornos del neurodesarrollo caracterizados por déficits persistentes en la interacción social y la comunicación social, junto con patrones restringidos, repetitivos y rígidos de comportamientos, intereses o actividades.

Principales criterios diagnósticos

1. Déficits en la interacción y comunicación social:

- Dificultades en la reciprocidad socioemocional.
- Problemas en el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales adecuadas para el nivel de desarrollo.
- Dificultades en la comunicación verbal y no verbal (como en el uso de gestos, el contacto visual o la comprensión del lenguaje no literal).

2. Comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos

- Movimientos motores, uso de objetos o habla repetitiva (ecolalia, alineación de objetos, etc.).
- Rigididad en las rutinas, resistencia al cambio o patrones ritualizados de comportamiento.
- Intereses intensos y altamente focalizados.
- Hiper- o hiporreactividad a estímulos sensoriales (como sensibilidad al ruido, luz, texturas, etc.).

Criterios adicionales

- La alteración debe causar un impacto significativo en el funcionamiento personal, social, académico o laboral.
- El diagnóstico no debe explicarse mejor por una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo, aunque pueden coexistir.

Diagnóstico en la CIE-11

El diagnóstico de TEA incluye diferentes niveles de gravedad que reflejan la necesidad de soporte para la persona en su vida cotidiana.

En la CIE-11 también se eliminan los subtipos (como el síndrome de Asperger) y se integran en una única categoría bajo el término «Trastorno del Espectro Autista».

La condición debe estar presente desde las primeras etapas del desarrollo, aunque puede no manifestarse completamente hasta que las demandas sociales superen las capacidades de la persona.

Esta definición de la CIE-11 sigue la línea de un enfoque dimensional y continuo del TEA y destaca la heterogeneidad de su presentación clínica y de las necesidades de soporte.

El CLC aconseja a los logopedas que se familiaricen con las consideraciones terminológicas sobre el autismo. En este documento se utilizan los términos «persona con autismo», «persona con TEA», «persona autista» y «persona dentro del espectro autista» para reflejar las diversas identidades dentro de la comunidad autista. El término «autismo» se utiliza de forma general en este documento, y el término «Trastorno del Espectro Autista (TEA)» se utiliza para hacer referencia específicamente al diagnóstico definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, Revisión Textual y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima edición.

Se recomienda a los logopedas que utilicen la terminología con la que el usuario se identifique mejor.

Signos clínicos

Características comunes

Las características principales del TEA se observan en las áreas de:

- **Comunicación social**
- **Lenguaje y habilidades cognitivas relacionadas**
- **Comportamientos y emociones**

Estas características principales están significativamente influenciadas por (a) el grado de desarrollo en la adquisición del lenguaje y (b) la gravedad del trastorno. Además de estas características principales, también pueden presentarse retos sensoriales y de alimentación.

Las personas con autismo presentan una amplia variedad de habilidades y experiencias. Las habilidades pueden ir desde importantes dificultades cognitivas y de lenguaje hasta habilidades cognitivas y lingüísticas por encima de la media. Sin embargo, independientemente de estas diferencias, las características y los retos principales asociados al autismo tienen un impacto en el desarrollo de las habilidades de comunicación social.

A continuación, se describen las características comunes agrupadas en diferentes ámbitos. Las áreas específicas de déficit varían de una persona a otra; no hay dos personas iguales. Las intervenciones especializadas pueden requerir adaptaciones del entorno, ajustes para hacer las actividades accesibles o el desarrollo de objetivos de tratamiento.

Comunicación social

La comunicación social incluye la atención conjunta, la reciprocidad social y la cognición social.

La **atención conjunta** es el foco compartido de dos o más personas en un mismo objeto o evento.

Las personas autistas y sus compañeros neurotípicos a menudo experimentan interrupciones en la comunicación social debido al problema de la doble empatía descrito por Milton (2012); se refiere a la dificultad entre una persona neurotípica y una persona autista para comunicarse desde perspectivas, visiones del mundo y percepciones sociales diferentes. La sociedad malinterpreta el comportamiento autista y perpetua el estereotipo de falta de empatía de las personas autistas. De hecho, sí tienen empatía, pero pueden mostrar maneras no convencionales de cuidar de los demás. La comunicación autista es más evidente para otras personas cuando interactúan con una persona no autista que cuando lo hacen con otra persona autista. Los iguales no autistas pueden evitar a esta persona o reaccionar de forma negativa ante sus iniciativas sociales (p. ej., burlándose o acosándola).

Algunas de las dificultades en la atención conjunta pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Preferir y mantenerse en un juego en solitario mientras los demás participan en actividades de grupo, compartiendo el mismo espacio.
- Centrarse y focalizarse en objetos o actividades compartidas en lugar de hacer contacto visual (p. ej., sacudir, balancear o columpiar una cuerda cerca de unas niñas que están jugando con una cuerda de saltar).
- Mostrar placer durante una actividad y movimiento corporal o cambiando la expresión facial en respuesta a una estimulación continuada, sin dirigirlo ni compartirlo con los demás.

Los déficits en la atención conjunta incluyen los siguientes:

- Dificultad para orientarse hacia las personas en un entorno social cuando es necesario.
- Frecuencia limitada de dirigir la atención de otra persona para compartir un objeto o un evento cuando se desea compartirlo.
- Alcance restringido de funciones comunicativas para buscar interacción y confort con las otras personas, lo que afecta al acceso a las personas más conocidas o familiares, como agentes/compañeros de comunicación (interlocutores).
- Limitaciones a la hora de reconocer y describir el estado emocional, las intenciones y la perspectiva de otra persona, lo que reduce la calidad y cantidad de las interacciones comunicativas.
- Dificultad para determinar los factores causales de los estados emocionales propios y de los demás, lo que afecta a las relaciones con compañeros comunicativos (personas cercanas, conocidos, familiares).

La reciprocidad social es la interacción de ida y vuelta entre personas, durante la cual el comportamiento de cada uno influye en el comportamiento del otro.

Algunas de las dificultades de la reciprocidad social pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Mantener una conversación unidireccional sobre un tema preferido, como si fuera un monólogo.
- Utilizar frases o guiones preferidos para iniciar intercambios comunicativos orales o no orales, incluyendo melodías, gestos y comunicación aumentativa y alternativa (Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación, SAAC).
- Hacer movimientos corporales intencionados o utilizar respuestas guionizadas ante intentos de comunicación de una pareja comunicativa conocida.

Los déficits en la reciprocidad social incluyen los siguientes:

- Dificultad para iniciar de forma consistente intentos de interacción en diferentes contextos o con parejas comunicativas preferidas.
- Problemas para responder a los intentos de interacción iniciados por otras personas en sus círculos sociales.
- Dificultad para iniciar y mantener conversaciones que sean sensibles al contexto social y a los intereses de los demás.
- Dificultad para hacer transiciones entre temas de conversación.
- Limitaciones a la hora de mantener los turnos en las interacciones, lo que podría desencadenar consecuencias no deseadas (p. ej., no poder hacer una entrevista de trabajo o no obtener suficiente información para participar en una actividad preferida).
- Dificultad para reconocer y solucionar interrupciones en la comunicación que pueden tener un impacto negativo en las relaciones o en la participación continuada.

La **cognición social** se refiere a los procesos mentales implicados en percibir, atender, recordar, pensar y dar sentido a las personas de nuestro mundo social según Moskowitz (2005).

Algunas de las dificultades de la cognición social pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Comprensión literal de las palabras de alguien, sin inferir significados a partir de expresiones faciales o lenguaje corporal.
- Hacer uso de guiones aprendidos para iniciar una conversación o mantenerse en una actividad, sin adaptarse al contexto social.
- Utilizar conocimientos y vocabulario, de un nivel alto de pericia, relacionados con una persona o situación específica. Sin embargo, este conocimiento y vocabulario no se aplican a otros temas o personas.
- Mostrar diferencias en la interpretación del lenguaje figurativo.

Los déficits en la cognición social incluyen los siguientes:

- Retos en el aprendizaje social y emocional, incluyendo dificultades para:
 - comprender y regular las emociones;
 - valorar las perspectivas de los demás;
 - desarrollar objetivos prosociales; y
 - utilizar habilidades interpersonales para afrontar tareas adecuadas a su nivel de desarrollo.
- Dificultad para diferenciar los sentimientos propios de los sentimientos de los demás, adoptar la perspectiva de otra persona y modificar el lenguaje en consecuencia (p. ej., teoría de la mente).
- Dificultad para integrar información diversa para construir significado en un contexto (p. ej., coherencia central).
- Dificultad para identificar sentimientos o actividades socialmente aceptables fuera de experiencias familiares (p. ej., decir «me duele el oído» para indicar que se siente sobreestimulado).

Habilidades del lenguaje y habilidades cognitivas relacionadas

Las habilidades lingüísticas y cognitivas relacionadas pueden manifestarse de la siguiente forma:

- Participar en narrativas que revelan un uso aumentado de guiones aprendidos o ecolalia en lugar de enunciados generados por sí mismos.
- Utilizar de manera inconsistente la comunicación oral y no oral para expresar sentimientos o ideas.
- Utilizar formas personales o estrategias propias y singulares («maneras especiales») de conectar con los compañeros comunicativos preferidos/familiares/conocidos para comunicar sus necesidades.
- Usar un vocabulario bien desarrollado en un tema específico que no se transfiere de forma consistente a otros temas relacionados.
- Mostrar una preferencia por sonidos y prosodia familiares.
- Participar en estilos de juego que otros no pueden identificar fácilmente como familiares o agradables, pero que proporcionan alegría y confort.
- Ser capaz de leer palabras familiares o asociadas a sus intereses, pero no ser capaz de decodificar palabras desconocidas.
- Poder centrarse intensamente en una actividad hasta completarla sin interrupción, pero tener dificultad o rechazar las tareas no preferidas, tareas cotidianas o no programadas.

Habilidades lingüísticas y cognitivas relacionadas que pueden requerir servicios de logopedia en uno o más de los siguientes conjuntos de áreas:

1. Adquisición retardada o alterada de palabras, combinaciones de palabras y sintaxis, por ejemplo:

- Pérdida de palabras aprendidas anteriormente.
- Adquisición retardada de palabras que representan estímulos

sociales, tales como acciones y nombres de personas, incluso cuando se proporciona comunicación multimodal, como SAAC (las palabras iniciales suelen ser nombres y atributos).

- Uso de la ecolalia, es decir, repetir enunciados producidos por otras personas (p. ej., sonidos, palabras, frases o canciones) para comunicarse. Existen dos tipos de ecolalia:
 - **Ecolalia inmediata:** enunciados que se repiten inmediatamente o pocos segundos o minutos después.
 - **Ecolalia retardada:** enunciados que se repiten tras un retraso significativo. La ecolalia es prevalente entre las personas autistas que utilizan el lenguaje oral y puede continuar siendo una característica de su lenguaje hablado durante un tiempo.

2. Dificultades en el uso y la comprensión consistente de la comunicación no verbal y verbal, como:

- Uso retardado de las expresiones faciales, el lenguaje corporal y los gestos como formas de comunicación durante la segunda mitad del primer año de vida, manteniéndose no convencionales a lo largo del desarrollo.
- Aparición del uso de gestos no convencionales (p. ej., gesto instrumental haciendo uso de la mano de la otra persona para comunicarse) antes o en lugar de gestos más convencionales (p. ej., dar, señalar, asentir o negar con la cabeza).
- Comprensión limitada del cambio de mirada, los gestos distales, las expresiones faciales y las reglas de proximidad y lenguaje corporal.
- Lenguaje receptivo más retardado que el lenguaje expresivo.
- Comunicación expresiva inconsistente influenciada por los estímulos ambientales y por el sistema sensorial interno de la persona.

3. Dificultades en el desarrollo vocal, tales como:

- Respuesta atípica a las vocalizaciones del cuidador.
- Producciones vocales atípicas.
- Prosodia anormal una vez emerge el habla (el habla puede sonar monótona, robótica o con una entonación exagerada).

4. Dificultades en el juego simbólico, por ejemplo:

- Adquisición retardada del uso funcional y convencional de los objetos.
- Preferencia por el juego simbólico que sigue rutinas y repeticiones preferidas.
- Juego cooperativo limitado en situaciones interactivas.
- Uso de un estilo de juego con un significado y valor que pueden no ser los esperados, o inmediatamente evidentes para observadores externos.

5. Dificultades en la conversación, entre ellas:

- Limitaciones en la comprensión y la aplicación de las nor-

mas sociales neurotípicas de la conversación (p. ej., turnos de palabra, volumen vocal, proximidad, prosodia y tiempo de la conversación).

- Dificultad para comprender qué cantidad de información y contexto deben proporcionar a sus interlocutores.
- Retos para entender cuándo y cómo tomar turnos en la conversación.
- Dificultad para iniciar temas de interés compartido.
- Preferencia por temas de interés especial.
- Dificultad para reconocer la necesidad de aclaración.
- Retos para reparar adecuadamente malentendidos en la comunicación.
- Problemas para entender el lenguaje figurado, incluyendo idiomas, significados múltiples y sarcasmo.
- Ausencia o limitación de plantear preguntas durante la conversación.

6. Dificultades en la alfabetización, incluyendo dificultades de:

- Comprensión lectora, a pesar de tener una capacidad de decodificación por encima de la media.
- Comprender narrativas y géneros de texto expositivo que requieren múltiples perspectivas y hacer uso de inferencias verbales y cognitivas (por ejemplo, textos argumentativos y comparativos).
- Entender la idea principal y resumir.
- Proporcionar información suficiente para el lector cuando se escribe.

7. Dificultades en las funciones ejecutivas, por ejemplo:

- Ausencia o flexibilidad limitada.
- Escasa resolución de problemas.
- Mala planificación y organización.
- Falta de inhibición.

Comportamientos y emociones

Los comportamientos y las emociones pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Ver que un compañero llora y simular que llora con él, sin aplicar otras estrategias de consuelo socialmente más apropiadas para disminuir el malestar que sufre la otra persona.
- Participar en patrones repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que podrían considerarse *stimming* o perseverancia —no incluye conductas de autolesión.
- No utilizar el lenguaje oral cuando se espera o se requiere una respuesta.
- Utilizar de manera parcial la comunicación aumentativa y alternativa (CAA) cuando se produce una pérdida del lenguaje oral.

- Activar, por iniciativa propia, una estrategia de regulación preferida en respuesta a emociones intensas.

Retos conductuales y emocionales que pueden requerir servicios especializados, como:

- Problemas para afrontar cambios en la rutina o pasar de una actividad a otra.
- Dificultades para generalizar habilidades aprendidas.
- Uso de objetos de maneras inusuales y demostración de vínculos poco comunes con objetos.
- Dificultad para dormir.
- Ciertos comportamientos —como llorar, enfadarse o reír— que suceden por motivos difíciles de determinar o en momentos aparentemente inapropiados.
- Ansiedad o retraimiento social (posiblemente debido a factores como la malinterpretación de acontecimientos sociales, la dificultad para identificar información relevante o irrelevante, y dificultades en la socialización).
- Depresión (posiblemente debido a dificultades en la socialización).
- Uso de estrategias conductuales y expresiones emocionales no convencionales (por ejemplo, agresión, pataletas, huida de situaciones).
- Patrones repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que limitan oportunidades, contribuyen al malestar o impactan en la autogestión.

Retos sensoriales y de alimentación

Los aspectos sensoriales y de alimentación pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Mostrar preferencia por platos, texturas o colores de comida favoritos.
- Disfrutar de las comidas de pie.
- Tener la capacidad de identificar pequeños cambios en las texturas o sabores de los alimentos.
- Hacer uso restringido de herramientas para comer.

Por ejemplo:

- Dificultades en las modalidades sensoriales, incluyendo hiperresponsividad, hiporresponsividad o patrones de respuesta mixta a sonidos ambientales, olores, luz, estimulación táctil, movimiento, desorden visual y estímulos sociales (p. ej., contacto social, proximidad de otras personas, voces).
- Preferencia por estímulos no sociales, que conduce a un interés intenso por los aspectos sensoriales de objetos y eventos.
- Patrones de aceptación o rechazo de alimentos basados en la forma en que se presentan o en la textura de los alimentos.

- Consumo de una variedad más limitada de alimentos que el resto de miembros de la familia.

Sintomatología en etapas tempranas

Las características diagnósticas del TEA están presentes en niños muy pequeños. La mayoría de familias y cuidadores informan que han observado síntomas durante los primeros dos años de vida y, normalmente, expresan preocupación cuando el niño alcanza los 18 meses de edad.

Los estudios sobre niños con TEA han identificado lo siguiente:

- Los padres de niños con TEA informan que notan por primera vez anomalías en el desarrollo de sus hijos —particularmente en el desarrollo del lenguaje y las relaciones sociales— hacia los 14 meses de edad, de promedio (Chawarska et al., 2007).
- Los bebés con riesgo de TEA —y posteriormente diagnosticados con TEA— muestran una disminución (desde los niveles normativos previos) en la fijación ocular en los primeros 2-6 meses de vida. Este patrón no se observa en bebés con desarrollo típico (Jones & Klin, 2013).
- A los 12 meses, los bebés con riesgo de TEA —y posteriormente diagnosticados con TEA— muestran una mirada ocular atípica, sonrisas sociales pasivas, disminución del afecto positivo y retraso en el lenguaje (Zwaigenbaum et al., 2005).
- Los niños autistas utilizan menos gestos y comportamientos comunicativos (p. ej., señalar) durante la niñez y la primera infancia que sus iguales neurotípicos de la misma edad.
- Los niños autistas muestran diferencias sutiles en el comportamiento sensoriomotor y social a los 9-12 meses (basado en vídeos caseros) en comparación con sus iguales con desarrollo típico (Baranek, 1999).
- Los niños autistas muestran tasas más bajas de balbuceo canónico y menos vocalizaciones similares al habla entre los 6 y los 24 meses (basado en vídeos caseros) que sus iguales con desarrollo típico (Patten et al., 2014).
- Los bebés con riesgo de TEA —y posteriormente diagnosticados con TEA— utilizan significativamente más vocalizaciones de malestar (p. ej., llantos, quejas, gritos y chillidos) que los niños con desarrollo típico y los niños con retraso en el desarrollo. Esto podría reflejar las dificultades que tienen los niños con TEA en la regulación emocional (Plumb & Wetherby, 2013).

Diferencias de características según el género

Está bien documentado que se diagnostican más niños con TEA que niñas. Un sesgo diagnóstico basado en los rasgos característicos del TEA tal como se presentan en niños hace que sea fácil pasar por alto los rasgos del TEA tal como se presentan en niñas. Las niñas autistas demuestran más habilidades de comunicación e interacción social neurotípicas en comparación con los niños autistas. Además, las niñas

tienden a tener menos comportamientos repetitivos y estereotipados, y menos inusuales que los niños. Los estereotipos de género y los sesgos de expectativa también pueden contribuir al infradiagnóstico de las niñas.

También hay que estar atento a la expresión de la sintomatología del autismo en personas transgénero y de género no binario.

Enfermedades coexistentes

Las personas autistas y las personas con un diagnóstico médico de autismo a menudo tienen enfermedades concomitantes. No obstante, la comorbilidad no está necesariamente presente en todas las personas. Las enfermedades coexistentes pueden ser:

- Epilepsia.
- Afecciones gastrointestinales.
- Afecciones inmunes/metabólicas.
- Trastornos del neurodesarrollo como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH).
- Trastornos psiquiátricos.
- Trastornos del sueño.

Los trastornos relacionados con el habla y el lenguaje también pueden coexistir con el TEA. Estos trastornos incluyen selectividad alimentaria, apraxia infantil del habla, TDAH, hiperacusia, trastorno del lenguaje, tartamudez y pérdida auditiva.

Camuflaje

Algunas personas autistas no reciben un diagnóstico hasta edades más avanzadas porque han aprendido a «camuflar» sus rasgos autistas como estrategia de adaptación social. Este camuflaje puede incluir esconder conductas percibidas como diferentes, forzarse a adoptar comportamientos considerados normales o imitar patrones sociales, como mantener el contacto visual o utilizar expresiones faciales convencionales. En muchos casos, este proceso es automático e inconsciente, lo que dificulta aún más la detección del trastorno. Esto puede hacer que las dificultades pasen desapercibidas tanto para los profesionales como para el entorno próximo y, por tanto, retrasa el diagnóstico y el acceso al soporte adecuado.

Entre las estrategias de camuflaje más habituales encontramos: evitar hablar de intereses propios, suprimir movimientos repetitivos, imitar el lenguaje corporal o adaptarse a los gestos esperados socialmente. Aunque el camuflaje puede aparecer en cualquier género, es más frecuente en mujeres autistas, a menudo influenciadas por las expectativas sociales, una mayor habilidad de imitación y el miedo al estigma. Este esfuerzo constante por encajar puede tener consecuencias importantes para la salud mental, generando estrés, ansiedad, depresión y una sensación de desconexión con la propia identidad. Por ello, es clave visibilizar este fenómeno y ofrecer un soporte específico,

especialmente a las mujeres, para evitar diagnósticos tardíos y mejorar su bienestar emocional.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
6A02	Trastorno del espectro autista
6A02.0	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional
6A02.1	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o ningún deterioro del lenguaje funcional
6A02.2	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional
6A02.3	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional
6A02.5	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia de lenguaje funcional
6A02.Y	Otro trastorno especificado del espectro autista
6A02.Z	Trastorno del espectro autista, sin especificar

Especificadores del diagnóstico del TEA

Los especificadores se utilizan para describir mejor las características del trastorno en un individuo. Carecen de códigos separados, pero se incluyen en la descripción clínica.

1. Nivel de gravedad del TEA

- Nivel 1: requiere soporte (dificultades leves en la comunicación social y comportamientos restringidos/repetitivos).
- Nivel 2: requiere soporte sustancial (dificultades marcadas en la comunicación social y conductas restringidas/repetitivas más evidentes).
- Nivel 3: requiere soporte muy sustancial (dificultades graves en la comunicación social y comportamientos restringidos/repetitivos intensos).

2. Relacionado con una enfermedad o alteración genética conocida o un factor ambiental

Especifica si el TEA está relacionado con síndromes genéticos (p. ej., síndrome de Rett, síndrome X frágil), infecciones u otros factores médicos.

3. Relacionado con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o conductual

Incluye trastornos coexistentes como el TDAH, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, etc.

4. Con catatonía asociada

Si se presentan síntomas de catatonía (inmovilidad, mutismo, etc.), se codifica con el código adicional 6A40 - Catatonía asociada a otro trastorno mental.

Causas

Aunque no se ha identificado una causa única, los datos disponibles sugieren que el autismo es el resultado de varios conjuntos de factores causales, que incluyen factores genéticos, neurobiológicos y ambientales.

Factores genéticos

Los investigadores coinciden ampliamente en que el TEA es el resultado de diferencias genéticas hereditarias o mutaciones. Por ejemplo:

- Alteraciones genéticas: mutaciones o variaciones en genes relacionados con el desarrollo cerebral.
- Herencia: hay una alta probabilidad de recurrencia en familias, lo que sugiere un componente hereditario.
- Interacción genética: combinación de múltiples genes implicados en la transmisión sináptica y el neurodesarrollo.

Factores neurobiológicos

Un código genético puede dar lugar a un desarrollo cerebral diferente, que puede conducir a diferencias en la estructura y la función, la cognición, la neurobiología y los comportamientos. Estos comportamientos muestran que el cerebro puede responder de manera diferente al entorno, a saber, con una respuesta neural diferente de la mirada ocular. Por ejemplo:

- Alteraciones cerebrales: diferencias en la estructura y la conectividad de regiones del cerebro como la corteza prefrontal, la amígdala y el cerebelo.
- Desequilibrios neuroquímicos: cambios en neurotransmisores como la serotonina y el glutamato.
- Neuroinflamación: evidencia de una respuesta inflamatoria en el cerebro de personas con TEA.

Factores ambientales

Se ha comenzado a investigar cómo los factores ambientales prenatales y postnatales (p. ej., factores dietéticos, exposición a fármacos, tóxicos ambientales, factores parentales) podrían influir en el autismo, pero aún no se ha llegado a conclusiones.

Así pues, es necesario llevar a cabo más investigaciones para comprender plenamente los posibles factores ambientales, incluyendo exposiciones específicas y las interacciones entre los genes y el medio ambiente.

Epidemiología

El TEA afecta aproximadamente a 1 de cada 100 personas en europa, según autism-europe, aunque las estimaciones varían considerablemente según el estudio y la metodología empleada. por ejemplo, un estudio publicado en 2021 en el *European Journal of Public Health* indicaba una prevalencia media de 59 casos por cada 10.000 habitantes, con un amplio rango entre 8 y 420 por 10.000. Esta variabilidad refleja diferencias en el registro de casos, criterios diagnósticos y acceso a los servicios sanitarios. Además, la prevalencia del TEA también es alta entre personas con ciertos síndromes genéticos, llega hasta el 54 % en individuos con síndrome de Cohen y el 43 % en el caso del síndrome de Cornelius de Lange.

En España, la prevalencia estimada del TEA es similar a la media europea, con una cifra de 1 de cada 100 personas, según los datos de la Confederación Autismo España. En el sistema educativo español, durante el curso 2022-2023 se registraron más de 78.000 alumnos con TEA, cifra que representa casi el 1 % del total del alumnado. En el ámbito sanitario, el Sistema Catalán de la Salud identificó una prevalencia del 1,23 % en 2019, con una incidencia notablemente superior en niños que en niñas. Esta cifra ha aumentado progresivamente desde 2009, probablemente por una mejora en la detección precoz y en la sensibilización social. Estudios recientes de los Centros de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAP) sitúan la prevalencia en torno al 0,57 %, en línea con los datos de la OMS.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que hagan estudios para conocer la prevalencia local del TEA en nuestro país.

Impacto en la vida de la persona

El TEA tiene un impacto profundo en diferentes ámbitos de la vida, un impacto que depende tanto de las características personales como del contexto social. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS, este impacto se puede analizar a través de dos dimensiones: el funcionamiento o discapacidad y los factores contextuales. Las dificultades en la comunicación social, los comportamientos repetitivos y la falta de adaptaciones ambientales pueden limitar la participación en la educación, el trabajo y la vida comunitaria. Además, elementos como el soporte familiar, la accesibilidad a los servicios y las fortalezas personales (como la resiliencia) influyen de forma decisiva en la calidad de vida de la persona con TEA. Un diagnóstico bien gestionado puede ayudar a comprender mejor el propio funcionamiento y diseñar soportes ajustados a las necesidades individuales, mientras que, si no se trata adecuadamente, puede favorecer la estigmatización y afectar negativamente a su autoestima.

La falta de concienciación de la sociedad sobre el autismo y la ausencia de oportunidades para interactuar con personas dentro del espectro autista pueden provocar malentendidos y percepciones erróneas de los comportamientos. Las percepciones equivocadas de

los comportamientos, los diagnósticos erróneos y la falta de soportes adecuados pueden ponerles en riesgo de formar parte de la población que acaba dejando la escolarización presencial y limitando sus opciones educativas a servicios educativos especializados.

Varias organizaciones internacionales subrayan que el diagnóstico de TEA puede ser una herramienta clave para acceder a soportes especializados, como la logopedia, y favorecer una vida más autónoma. Sin embargo, también identifican múltiples repercusiones que pueden surgir si no se proporcionan los soportes adecuados: dificultades de integración educativa, exclusión laboral, aislamiento social y un mayor riesgo de problemas de salud mental, como ansiedad o depresión. Ante ello, se recomienda adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, que promueva la inclusión y la participación plena en todos los ámbitos sociales, junto con intervenciones personalizadas e iniciativas para reducir el estigma.

En el caso del TEA, este modelo permite identificar de manera sistemática cómo se ven afectadas diferentes áreas del desarrollo y de la vida cotidiana. En este capítulo, y especialmente en el apartado de actividad y participación, se destaca cómo el TEA puede interferir en el aprendizaje y aplicación del conocimiento (d1), incluyendo la atención, el pensamiento, la adquisición de conceptos y habilidades, y los procesos de lectura y escritura; en las tareas y demandas generales (d2), especialmente relacionadas con la planificación, la gestión de las rutinas y la autorregulación emocional y conductual; en la comunicación (d3), tanto verbal como no verbal; en las relaciones e interacciones interpersonales (d7), donde es evidente la dificultad para establecer y mantener vínculos sociales; así como en las áreas principales de la vida (d8), como la educación escolar, y en la vida comunitaria, social y cívica (d9), incluyendo la participación en actividades sociales y de ocio. El TEA dispone de un Core Set, es decir, un conjunto básico de categorías de la CIF para identificar los elementos en los que incide. Puede consultar estos códigos en el cuadro de la codificación CIF al final de este capítulo.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0 - Leve: requiere soporte mínimo o puntual

- Comunicación social: dificultades leves o muy leves en la interacción social espontánea. Puede presentar respuestas atípicas o dificultades para entender normas sociales sutiles, pero suele funcionar con autonomía en entornos estructurados.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: poco frecuentes y con impacto escaso o nulo en la vida diaria. Puede gestionar cambios con estrategias aprendidas.
- Consecuencias: impacto leve o nulo en la participación social o educativa. Puede necesitar adaptaciones leves o supervisión puntual.

Grado I - Moderado: requiere soporte generalizado

- Comunicación social: dificultades evidentes para iniciar y mantener conversaciones o relaciones. Puede mostrar rigidez en la comunicación y problemas para interpretar emociones o señales no verbales.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: presentación más frecuente que interfiere moderadamente en la rutina. Adaptación difícil a los cambios sin anticipación o soporte.
- Consecuencias: limitaciones funcionales en contextos sociales o escolares, con necesidad de soporte regular, estructuración y supervisión.

Grado II - Grave: requiere soporte sustancial

- Comunicación social: deficiencias significativas en comunicación verbal y no verbal. Necesita soporte para mantener interacciones básicas. Poco uso espontáneo del lenguaje funcional.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: frecuentes e inflexibles. Difícil gestión emocional frente a cambios. Puede presentar crisis o conductas disruptivas.
- Consecuencias: impacto funcional importante en la vida escolar, familiar y social. Requiere soporte continuado y adaptaciones especializadas.

Grado III - Muy grave: requiere soporte intensivo

- Comunicación social: comunicación funcional muy limitada. Escasa iniciativa comunicativa, incluso con soporte. Puede necesitar SAAC o métodos alternativos para comunicarse.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: graves, constantes y altamente interferentes. A menudo asociados a problemas de conducta o reacciones intensas ante los cambios.
- Consecuencias: alta dependencia en actividades cotidianas. Necesita soporte intensivo individualizado en todos los entornos, incluido el domicilio.

Grado IV - Extremo: requiere soporte total y especializado

- Comunicación social: práctica ausencia de comunicación funcional, incluso con soportes. Dificultades graves para establecer cualquier clase de interacción significativa.
- Comportamientos restrictivos y repetitivos: extremadamente intensos y disruptivos, a menudo con riesgo para su propia seguridad o la de los demás. Comorbilidad con trastornos graves de conducta o de salud mental.
- Consecuencias: dependencia absoluta. Requiere intervención constante, recursos especializados y entornos altamente estructurados (centros específicos o soporte residencial).

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del lenguaje y comunicación secundarios en el TEA. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomo-fisiológicas del lenguaje, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje.

Los logopedas tienen un papel central en el cribado, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con TEA.

El papel del logopeda, a menudo dentro de un equipo interdisciplinario, es proporcionar servicios especializados a personas diagnosticadas con TEA. Los logopedas realizan intervenciones especializadas que son necesarias para ayudar a una persona autista a alcanzar sus objetivos de comunicación, interacción o alimentación, proporcionando el soporte para mejorar su bienestar y su calidad de vida.

El CLC considera que el logopeda debe satisfacer las necesidades principales y específicas de cada usuario, utilizando las prácticas más adecuadas para cada caso. La combinación de la investigación basada en la evidencia científica, la experiencia clínica y las voces de las personas autistas puede ayudar a los logopedas a determinar cómo desarrollar e implementar planes de tratamiento culturalmente sensibles y que valoren la neurodiversidad.

El Col·legi de Logopedes de Catalunya destaca que, según el Código deontológico profesional, los logopedas que atienden a niños con TEA deben hacerlo desde la máxima competencia y, por lo tanto, recomienda de manera especial la formación continuada, actualizada y profundizada en estos ámbitos: evaluación comunicativa (incluyendo instrumentos como el ADOS), comunicación aumentativa (SAAC), trabajo en red con el entorno del niño, siempre en intervenciones basadas en evidencias científicas.

Los roles adecuados de los logopedas son los siguientes:

Sensibilización de la población

- Proporcionar información a individuos y grupos con riesgo de presentar autismo, a sus familias y a personas que trabajan con personas con autismo.
- Transmitir conocimientos y proporcionar información a otros profesionales sobre las necesidades de comunicación, interacción

social o alimentación de las personas con TEA y el papel de los logopeda en el diagnóstico y la gestión del TEA.

- Proporcionar educación a los padres para que las familias puedan seguir proporcionando intervención más allá de las sesiones.
- Mantenerse informados sobre la investigación en el ámbito del TEA y ayudar a avanzar en el conocimiento social relacionado con la naturaleza y el tratamiento del TEA, incluyendo la importancia de estrategias que afirman el valor de la neurodiversidad.

Cribado y evaluación

- Realizar cribados a personas que presentan dificultades de lenguaje y comunicación, y determinar la necesidad de una evaluación más detallada o derivación a otros servicios.
- Llevar a cabo una evaluación integral, cultural y lingüísticamente relevante del lenguaje y la comunicación, incluyendo las habilidades de comunicación social.
- Valorar la necesidad y los requisitos para utilizar dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (SAAC) como modo de comunicación.
- Valorar y tratar problemas de alimentación, si los hay (p. ej., patrones de aceptación o rechazo de alimentos basados en la textura, consumo de una variedad limitada de alimentos).
- Diagnosticar la presencia o ausencia de TEA (normalmente como parte de un equipo diagnóstico o con otras colaboraciones interdisciplinarias).
- Colaborar con las familias en la valoración y la intervención con personas autistas (intervención centrada en la persona y la familia).

Intervención y soporte

- Derivar a otros profesionales para descartar otras enfermedades, determinar la etiología y facilitar el acceso a servicios integrales.
- Tomar decisiones sobre la gestión del TEA, incluyendo la atención que afirma la neurodiversidad y mantenerse al día con información proveniente de la propia comunidad autista.
- Participar como miembro de programas educativos individualizados, sistemas de soporte multinivel y equipos para orientar y colaborar con los servicios educativos más apropiados.
- Desarrollar objetivos de habla y lenguaje enfocados en el lenguaje social y la alfabetización, y ayudar al estudiante con funciones de autorregulación e interacción social para que pueda participar al máximo en el currículo general.
- Proporcionar tratamiento, informar del progreso y determinar los criterios adecuados para el alta del servicio específico.
- Ofrecer formación sobre el uso de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (CAA) a personas con TEA, así como a sus familias, personas cuidadoras, compañeros y educadores.
- Asesorar a las personas autistas y sus familias sobre cuestiones

relacionadas con la comunicación y proporcionarles educación destinada a prevenir complicaciones futuras relacionadas con el TEA.

- Consultar y colaborar con la persona, los miembros de la familia, las personas cuidadoras y el equipo interdisciplinario para facilitar el desarrollo de programas, apoyar la planificación de transiciones o proporcionar testimonio experto, colaboración y trabajo en equipo, así como atención centrada en la persona y la familia.
- Defender a las personas autistas y a sus familias a escala local, estatal y nacional.

Orientación interdisciplinaria

La colaboración interdisciplinaria en la evaluación y diagnóstico del TEA es importante debido a la complejidad del trastorno, los diversos aspectos del funcionamiento afectados y la necesidad de distinguir el TEA de otros trastornos o enfermedades. Un diagnóstico a tiempo permite ofrecer soportes y servicios especializados de forma oportuna, y esto favorece los resultados positivos. Idealmente, el logopeda es un miembro clave de un equipo interdisciplinario con experiencia en el diagnóstico del TEA.

Para la evaluación e identificación del autismo, es esencial, la colaboración interdisciplinaria y la implicación de la familia, escuela o cuidadores. Dentro del equipo interdisciplinario de valoración, el logopeda trabaja conjuntamente con pediatras o médicos de cabecera, neuropsiquiatra o psiquiatra y psicólogos para llegar al diagnóstico.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención sanitaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del pediatra y será necesario que aporte información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en el ámbito socioeducativo y en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, y fecha de realización.

Cribado

El objetivo del cribado es detectar retrasos en el desarrollo y otros comportamientos que podrían apuntar a un TEA.

Existen varias herramientas disponibles para identificar de manera precoz posibles signos de TEA en niños:

- Herramientas para detectar comportamientos prelingüísticos que pueden indicar vulnerabilidades en niños muy pequeños, de entre 6 y 18 meses (Bryson et al., 2008).
- Herramientas, más generales, para detectar retrasos en la comunicación (incluyendo posibles signos de TEA) en niños de 9 a 24 meses (Pierce et al., 2011; Wetherby et al., 2008).
- Cuestionarios específicos para ayudar a identificar signos de TEA a partir de los 12 meses (Turner-Brown et al., 2012).

Es importante que las herramientas empleadas sean adecuadas desde el punto de vista cultural y lingüístico y que tengan características psicométricas sólidas, para garantizar que los resultados sean fiables.

Los procedimientos de cribado evalúan las características principales que diferencian el TEA de otros trastornos del desarrollo, por ejemplo, dificultades en:

- el contacto visual;
- la orientación al llamarle por su propio nombre;
- señalar o mostrar objetos de interés;
- el juego simbólico;
- la imitación;
- la comunicación no verbal; y
- el desarrollo del lenguaje.

Las pruebas de detección precoz del autismo son herramientas fundamentales para el profesional de la logopedia para identificar signos tempranos del TEA en niños. A continuación, se presentan algunas de las herramientas más reconocidas y validadas en las guías de buenas prácticas:

- *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT-R / F, Robins et al., 2009): es un cuestionario de 23 ítems dirigido a padres y personas cuidadoras para detectar signos de autismo en niños de entre 16 y 30 meses.
- *Communication and Symbolic Behavior Scales* (CSBS, Wetherby & Prizant, B, 2002): es una herramienta estandarizada diseñada para evaluar las habilidades comunicativas, sociales y simbólicas en niños pequeños, especialmente entre los 6 y los 24 meses.
- *Social Communication Questionnaire* (SCQ, Rutter, Bailey & Lord, 2003): cuestionario de 40 ítems que evalúa la comunicación social y las habilidades relacionadas para detectar posibles casos de TEA.
- *Childhood Autism Spectrum Test* (CAST, Scott et al., 2002): cuestionario de 37 ítems para padres y maestros que detecta rasgos del espectro autista en niños en edad escolar.

Las guías de buenas prácticas también recomiendan otras herramientas, como la observación *Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children* (STAT, Stone et al., 2000) o *Rapid Interactive Screening Test for Autism in Toddlers* (RITA-T, Choueiri et al., 2015) pero, actualmente, aún no están traducidas ni validadas en la población catalana y española.

Las normas de comunicación social varían entre culturas. Cuando se realiza el cribado de aspectos no lingüísticos de la comunicación, es importante que el logopeda reconozca si las diferencias están relacionadas con variaciones culturales o un trastorno de comunicación.

La pérdida de lenguaje o habilidades sociales a cualquier edad debería considerarse motivo suficiente para hacer un cribado.

Los médicos ORL también tienen un rol relevante en la detección del autismo, ya que, muchas veces, cuando se percibe alguna dificultad del desarrollo del lenguaje y la comunicación en un niño, se cree que puede deberse a un problema de audición. Cuando los ORL, audioprotesistas o logopedas realizan pruebas de audición, pueden encontrar signos que hagan sospechar TEA. Si detectan estas señales, deben hacer las derivaciones y actuaciones pertinentes y necesarias para que el niño reciba una exploración adecuada para confirmar si se trata de autismo.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo investigaciones para la creación de instrumentos de cribado del TEA en catalán y castellano.

Exploración clínica

De acuerdo con la CIF, hay que llevar a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con el lenguaje.
- Limitaciones en la actividad y la participación social, incluyendo la comunicación funcional y las interacciones sociales, los roles sociales del individuo dentro de su comunidad y el impacto del lenguaje en su calidad de vida.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que faciliten u obstaculicen el éxito de la comunicación y la participación en la vida social.

El diagnóstico de TEA —especialmente en los niños— debe revisarse periódicamente, ya que las categorías diagnósticas y las conclusiones pueden cambiar a medida que el niño se desarrolla y adquiere nuevas habilidades.

Si los miembros del equipo de diagnóstico identifican indicadores de riesgo, sea en el ámbito sanitario o educativo, se recomienda derivar a las familias a los servicios de atención precoz (CDIAP), incluso antes de tener un diagnóstico definitivo. En estos centros, se acompaña a la familia y se inicia una intervención temprana, ya que se ha demostrado que cuanto antes se inicia una intervención específica y especializada, a

largo plazo, el pronóstico puede mejorar para muchos niños. Se destacan también beneficios de las intervenciones que fomentan la comunicación prelingüística en bebés con sospechas o antecedentes de autismo.

Sugerencias para la evaluación adaptada a las características de la persona:

- Minimizar las distracciones y las características sensoriales de la sala de pruebas.
- Utilizar soportes visuales y horarios para ayudar a anticipar y comprender la secuencia de pruebas.
- Colaborar con los padres o cuidadores y el logopeda, que conocen mejor los comportamientos, los intereses y las necesidades de la persona.
- Utilizar la forma lingüística primaria/preferida de la persona (p. ej., lenguaje oral, lenguaje de signos, dispositivos de CAA o símbolos visuales).
- Aumentar la familiaridad de la persona con los procedimientos de evaluación antes de las pruebas —como historias sociales, un horario visual o practicar con una muñeca o peluche favorito.
- Permitir que la persona toque y explore el material de las pruebas para ayudar a superar la sensibilidad táctil y la ansiedad asociada.
- Incorporar flexibilidad a la situación de evaluación (p. ej., el orden de las pruebas, permitir el uso de utensilios sensoriales, adaptar las pruebas sin perder fiabilidad).
- Permitir respuestas diferentes de las establecidas en respuesta a los estímulos de prueba (p. ej., en lugar de señalar, colocar un objeto sobre el ítem de la respuesta).
- Conocer los intereses de la persona y qué la motiva (p. ej., comida, vídeos favoritos, juguetes, construcciones, materiales sensoriales) y utilizar estos intereses para favorecer el mantenimiento de la atención y la participación en la tarea.
- Considerar la necesidad de múltiples sesiones para obtener resultados completos.
- Reconocer los signos de malestar de la persona y detener las pruebas antes de que la situación se intensifique.
- Considerar estrategias específicas como la economía de fichas, pausa estructurada, secuencia estructurada, rincón de la calma, etc.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La evaluación integral incluye habitualmente los componentes siguientes:

- **Historial clínico relevante.** Información relacionada con la salud del niño, su historial de desarrollo y comportamiento, y su estado médico actual.
- **Historial médico y de salud mental de la familia.** Incluye el historial de hermanos con TEA.

- **Evaluaciones médicas.** Un examen físico general y un examen del neurodesarrollo.
- **Evaluaciones psicológicas.** Incluyen aspectos relacionales, cognitivos y de personalidad.
- **Evaluación logopédica de la sintomatología nuclear del TEA.** Las pruebas diagnósticas del TEA son herramientas estandarizadas diseñadas para evaluar las habilidades sociocomunicativas y para identificar las posibles dificultades en la comunicación, la interacción social y los comportamientos repetitivos. las más utilizadas y recomendadas por las guías de buenas prácticas son:
 - **Entrevista Diagnóstica del TEA, ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised, Lord et al., 1994):** es una entrevista estructurada dirigida a familiares, cuidadores, pareja o persona muy cercana que se centra en obtener información sistemática y detallada del desarrollo y de los comportamientos nucleares del TEA para obtener un diagnóstico preciso.
 - **Observación directa, ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Lord et al., 2012):** observación semiestructurada en diferentes módulos, según la edad y las habilidades de lenguaje del usuario, para valorar sus habilidades de comunicación social y también los patrones conductuales repetitivos y estereotipados.
- **Evaluaciones logopédicas formales e informales,** por ejemplo:
 - Evaluación del lenguaje. Muestreo de lenguaje y análisis de la narrativa.
 - Evaluación del habla, incluyendo la evaluación de las habilidades motrices del habla.
 - Evaluación de la alimentación y la deglución, si es necesario.
 - Evaluación de la comunicación aumentativa y alternativa (CAA), si es necesario, para determinar los posibles beneficios para la mejora de la comunicación funcional.
- **Evaluación auditiva realizada por un médico ORL, audioprotesista o logopeda**

Las guías de buenas prácticas también recomiendan otras herramientas como, por ejemplo, la entrevista *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders* (DISCO, Leekman et al., 2002) o la entrevista *Autism Clinical Interview for Adults* (ACIA, Ingham et al., 2020), entre otros. Actualmente, todavía no están traducidas ni validadas en la población catalana y española.

La evaluación integral, si fuera necesario, también puede incluir otras pruebas complementarias adicionales como pruebas genéticas y metabólicas.

Evaluación logopédica de la sintomatología no nuclear del autismo

Es importante que antes de iniciar la valoración específica, se obtenga información sobre el estado auditivo de la persona para obtener resultados de evaluación fiables y precisos.

Para evaluar el habla y el lenguaje, los logopedas pueden utilizar metodologías de evaluación formales e informales. Las pruebas formales pueden ser necesarias si todavía no se ha determinado un diagnóstico o la idoneidad para recibir los servicios específicos. Las pruebas informales pueden ser más útiles para determinar si la persona ha logrado hitos específicos de comunicación o para evaluar las habilidades comunicativas en una diversidad de entornos cotidianos.

El logopeda puede hacer uso de la evaluación dinámica, que es muy útil para: identificar comportamientos de comunicación no simbólica y simbólica, evaluar el potencial de aprendizaje individual y llevar a cabo el análisis de la conversación. Esta técnica se basa en obtener muestras para observar cómo una persona utiliza el lenguaje en situaciones cotidianas y espontáneas; así, puede ofrecer una imagen más realista de su manera de comunicarse, incluyendo aspectos como la ecolalia (repetición de palabras o frases). A diferencia de los cuestionarios, las entrevistas o las pruebas estructuradas, no parte de supuestos previos sobre cómo debería ser la comunicación, sino que se centra en cómo se expresa realmente la persona en su contexto habitual. De este modo, permite al logopeda entender mejor las habilidades y necesidades comunicativas de cada uno de los usuarios que valora.

Una evaluación integral incluye la prueba de las habilidades de lenguaje, habla, alimentación y deglución, así como de comunicación aumentativa y alternativa. En los apartados específicos de estos documentos de buenas prácticas, encontrará las explicaciones más detalladas para la exploración de cada uno de estos ámbitos. A continuación, se comentan algunos aspectos específicos de las personas con autismo.

Funciones comunicativas de la ecolalia

Históricamente, la ecolalia se ha descrito carente de significado y sin función comunicativa. Sin embargo, un número creciente de investigaciones ha identificado varias funciones comunicativas de la ecolalia (p. ej., turnos de palabra, etiquetar, hacer peticiones, afirmar y protestar) y señala su papel en el procesamiento de la adquisición gestáltica del lenguaje. Hay niños que adquieren el lenguaje de una forma diferente, siguiendo un proceso llamado adquisición gestáltica del lenguaje. Esto incluye, por ejemplo, el uso de la ecolalia, que es la repetición de palabras o frases que han escuchado. En este caso, la ecolalia no es solo una repetición, sino que puede ser una forma de comunicación que es necesario entender. Analizar cómo se utilizan estas repeticiones puede ayudar al logopeda a identificar su función comunicativa y a contribuir a su desarrollo. También le puede servir para desarrollar estrategias más efectivas para ayudar a mejorar sus habilidades de lenguaje y comunicación. Sin embargo, los logopedas deben tener cuidado y no hacer generalizaciones cuando relacionan la teoría de la adquisición gestáltica del lenguaje con el desarrollo del lenguaje en personas autistas. Es imperativo considerar cada caso individualmente y con precaución, evitando aplicar esta teoría para todos, como si fuera universal.

Comunicación social

La evaluación de la comunicación social puede variar según las normas familiares y culturales. Una evaluación de la comunicación social incluye los siguientes componentes:

- Uso de la mirada.
- Atención conjunta.
- Compartir placer.
- Iniciación de la comunicación.
- Reciprocidad social y diversidad de funciones comunicativas.
- Comportamientos durante el juego.
- Comprensión y uso de las expresiones faciales.
- Uso de los gestos.
- Prosodia del habla.
- Habilidades de conversación.
- Gestión del tema.
- Turnos de palabra.
- Proporcionar la cantidad adecuada de información en contextos conversacionales.

Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA)

Después de un diagnóstico de TEA, los logopedas llevan a cabo evaluaciones continuas. Es preciso evaluar, sin limitarse a, los puntos siguientes:

- Medir el progreso en el desarrollo de competencias comunicativas con CAA.
- Determinar el perfil actual de las habilidades de comunicación social de una persona.
- Identificar objetivos de aprendizaje de alta prioridad en contextos naturales de comunicación.
- Examinar la influencia del compañero de comunicación y del entorno en la competencia comunicativa.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Es importante recoger información sobre el impacto del TEA en la vida de las personas para poder identificar las necesidades de apoyo e incidir en la mejora de su calidad de vida. Este aspecto se evalúa fundamentalmente a través de entrevistas con el niño, la familia, la escuela, además de cuestionarios, estudios sobre el entorno social, etc.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios para crear instrumentos de evaluación de la participación, actividades y calidad de vida adaptados a las personas autistas en catalán y castellano.

3 / Evaluación del contexto

Siguiendo el modelo CIF, las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar las barreras contextuales y los facilitadores ambientales, así como la capacidad funcional del paciente en las actividades y su participación. Cada profesional puede generar su

modelo de entrevista semiestructurada teniendo en cuenta a la familia, la escuela y el trabajo, si lo tuviera.

El entorno familiar puede actuar como facilitador o como barrera para el desarrollo y la participación funcional en la vida cotidiana. Según la CIF, hay que tener en cuenta varios factores ambientales que influyen de forma directa en este contexto. El soporte y las relaciones con familiares cercanos (e310) y otros miembros de la familia (e315), así como las actitudes que estos manifiestan (e410, e415), pueden favorecer o dificultar la participación de la persona con TEA. Las actitudes sociales generales (e460), las normas y las costumbres familiares (e465) también pueden convertirse en determinantes para la forma en que se gestiona la rutina, la comunicación o la regulación emocional dentro del hogar. Una valoración detallada de estos elementos permite identificar las fortalezas y las áreas de mejora para establecer estrategias de intervención adaptadas y sostenibles.

En el contexto escolar, el niño autista se puede considerar como un alumno con necesidades educativas especiales, por lo tanto, se pueden pedir los soportes específicos necesarios y requerir el seguimiento de los servicios de educación especial bajo la categoría de autismo, por (a) déficits en el funcionamiento de la comunicación social en diferentes niveles de gravedad y (b) la determinación del beneficio educativo.

Cuando se habla de las dificultades de las personas con autismo, se evidencia una discapacidad del desarrollo que afecta de manera significativa no solo a su comunicación verbal y no verbal, sino también a su interacción social. Estas alteraciones, que habitualmente se manifiestan antes de los tres años, influyen negativamente en el rendimiento educativo del niño. Otras características como la participación en actividades repetitivas y movimientos estereotipados, la resistencia a los cambios ambientales o a los cambios en las rutinas diarias, y respuestas inusuales a experiencias sensoriales, etc., repercuten en su rendimiento escolar y en su capacidad adaptativa a la dinámica escolar. Por este motivo, el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico ofrece soporte al equipo escolar y orientación para desarrollar un Plan Individualizado.

Las dificultades en la comunicación social afectan a la participación y el progreso en el currículo educativo general, y esto justifica y refuerza los criterios para acceder a los servicios educativos especializados.

Para determinar la idoneidad de una persona respecto a los servicios educativos, el logopeda utiliza una variedad de estrategias para recopilar información, que incluyen:

- Medidas estandarizadas y no estandarizadas del funcionamiento sociocomunicativo adaptativo.
- Observación naturalista en una variedad de entornos.
- Entrevistas o cuestionarios con las personas cuidadoras/educadoras.

El logopeda también debe aplicar medidas o herramientas de evaluación específicas que son complementarias y tener conocimiento y experiencia con alumnado TEA.

El entorno laboral de las personas con TEA requiere una valoración específica de los factores que pueden actuar como barreras o facilitadores para la inclusión y el mantenimiento del puesto de trabajo. Dentro del marco de la CIF, se consideran relevantes los productos y las tecnologías para el empleo (e130), el apoyo y las actitudes de los compañeros (e325), personas en cargo de autoridad (e330, e430), así como de los profesionales del ámbito laboral y de la salud (e340, e440, e455). Las actitudes sociales (e460), las políticas y los sistemas vinculados al empleo y la comunicación (e535) también pueden tener un papel fundamental en la creación de un entorno laboral inclusivo y adaptado. La evaluación de estos factores es clave para identificar los ajustes razonables que favorezcan la autonomía, la comunicación funcional y la participación activa en la actividad laboral.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano sobre las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

Todas las personas con TEA tienen derecho a recibir soporte de logopedia, aunque no hayan tenido problemas para aprender a hablar, dado el hecho de que las dificultades en la comunicación social son un aspecto central del trastorno y tienen impacto en sus interacciones y funcionamiento social. Por tanto, el trabajo del logopeda es clave para ayudar a estas personas a mejorar sus habilidades de comunicación y a relacionarse con los demás. También, cuando concurren criterios de otras enfermedades, los logopedas velan por que sean diagnosticadas (por ejemplo, un trastorno del desarrollo del lenguaje) y garantizan que reciben el soporte más adecuado en función de sus necesidades. Esto refuerza la importancia del logopeda en la atención integral a las personas con TEA.

Criterios para regular el tratamiento

La intensidad del tratamiento logopédico se regulará ante circunstancias que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de compromiso para realizar la intervención (especialmente adolescentes y jóvenes).
- Falta de adherencia al tratamiento por parte de la familia o cuidadores del menor.
- Patologías comórbidas que, por sus características, dificultan o desaconsejan un proceso rehabilitador.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

- **Habilidades:** habilitar la función alterada, incluida la comprensión del lenguaje y la capacidad de utilizar un lenguaje expresivo.
- **Actividad:** minimizar la discapacidad en la comunicación garantizando el uso máximo de las habilidades actuales. Puede incluir estrategias compensatorias y medios de comunicación alternativos.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y sus preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar:** maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Los objetivos generales de la rehabilitación de los trastornos del lenguaje son:

- Potenciar la adquisición de un grado de competencia lingüística que les permita la comunicación, la socialización, el aprendizaje y el desarrollo personal y emocional.
- Desarrollar las habilidades lingüísticas orales y escritas de las personas con TEA a su máximo potencial.
- Enseñar estrategias a las personas con TEA y a quienes les rodean para reducir el impacto de sus dificultades en la comunicación y mejorar su acceso a la educación, el empleo, los servicios públicos y las actividades.
- Apoyar a las escuelas para que integren estrategias en el currículo para favorecer el aprendizaje y el uso del lenguaje de los niños.

Intervenciones preventivas

No procede.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Modalidades de tratamiento conductual tradicional

Análisis aplicado de la conducta (Applied Behavior Analysis)

El Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) es una intervención conductual que se centra en generar cambios significativos y positivos en el comportamiento. Las técnicas de ABA se han desarrollado para ayudar a adquirir una variedad de habilidades (p. ej., comunicación, habilidades sociales, autocontrol y autosupervisión) y a generalizar estas habilidades en otras situaciones. Los logopedas utilizan estas técnicas en instrucciones individuales o en grupo, en entornos estructurados (p. ej., el aula) y en situaciones cotidianas (p. ej., cena en familia) con el objetivo de mejorar las habilidades comunicativas.

La intervención se personaliza según las necesidades, los intereses y la situación familiar de la persona. Las técnicas de ABA a menudo se utilizan en programas intensivos de intervención temprana (con niños menores de 4 años) para abordar una gama completa de habilidades. Estos programas intensivos requieren de 25 a 40 horas semanales, durante 1-3 años. Los logopedas pueden colaborar con los psicólogos para optimizar los recursos y promover resultados óptimos.

Entrenamiento por Ensayos Discretos (Discrete Trial Training)

El Entrenamiento por Ensayos Discretos (DTT) es un modelo de enseñanza individualizado que aplica técnicas conductuales para transmitir habilidades a través de pasos pequeños, presentados de manera progresiva, sistemática y controlada. Cada oportunidad de enseñanza es un ensayo discreto que consta de: un antecedente (como puede ser una instrucción del profesor), una respuesta del educando y una consecuencia o retroalimentación de la respuesta. Habitualmente, el DTT se utiliza para habilidades que: los educandos no inicien por sí mismos; tienen un procedimiento claro y correcto; y se pueden enseñar en un entorno individual. El objetivo de los logopedas con este entrenamiento es mejorar las habilidades comunicativas.

Entrenamiento en Comunicación Funcional (Functional Communication Training)

El Entrenamiento en Comunicación Funcional (FCT) es un programa de intervención conductual que combina la evaluación de las funciones comunicativas de los comportamientos inadecuados con el uso de procedimientos de ABA para enseñar respuestas alternativas. Los comportamientos desadaptativos se pueden eliminar mediante la extinción y sustituirse por formas alternativas, más adecuadas y estandarizadas para comunicar necesidades o deseos.

Los logopedas pueden utilizar el FCT con niños TEA en una amplia gama de edades e independientemente de su nivel cognitivo o de sus habilidades de comunicación expresiva.

Intervenciones Conductuales del desarrollo Naturalistas (Naturalistic Developmental Behavioral Interventions)

Las actividades y los objetivos del tratamiento de intervenciones conductuales del desarrollo naturalistas (NDBI) se dirigen al niño, se presentan en entornos naturales y utilizan modelado espontáneo y basado en el desarrollo. Las NDBI incluyen modelos conductuales basados en el juego. El objetivo de los logopedas en esta intervención es mejorar las habilidades comunicativas.

Enseñanza Incidental (Incidental Teaching)

Es una técnica de enseñanza que utiliza procedimientos conductuales. El profesional proporciona oportunidades de enseñanza que se producen de manera natural, basadas en los intereses del niño. El logopeda sigue la iniciativa del niño y refuerza los intentos de comunicación a medida que estos se aproximan al comportamiento comunicativo deseado.

Intervenciones conductuales educativas y escolares

Soporte Conductual Positivo (Positive Behavior Support)

El Soporte Conductual Positivo (PBS) es un enfoque que utiliza intervenciones positivas (no punitivas) para disminuir los comportamientos desafiantes. La estrategia común se centra en dos aspectos:

- Evaluar funcionalmente los comportamientos desafiantes o desadaptativos para identificar la relación entre dichos comportamientos y la comunicación.
- Sustituir los comportamientos desafiantes por comportamientos adecuados y funcionalmente equivalentes.

El PBS integra los principios del análisis conductual con valores centrados en la persona para fomentar habilidades que sustituyan los comportamientos desafiantes o desadaptativos. Los logopedas pueden utilizar el PBS para ayudar a niños y adultos que presentan comportamientos problemáticos o desadaptativos. Ejemplos de programas educativos y escolares:

- Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Support (SCERTS) Model (Prizant et al., 2006).
- Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH) (Mesibov et al., 2007).
- Learning Style Profile for Children with Autism Spectrum Disorder (LSP©) (Rydell, 2012).

Intervenciones para desarrollar las habilidades sociales

Los modelos y marcos de intervención en habilidades sociales están diseñados para mejorar las habilidades sociales mediante entornos de grupos sociales y otras plataformas para enseñar habilidades de interacción entre iguales y promover la comunicación efectiva. Las habilidades sociales se pueden aprender, de forma individual o en grupo.

Los logopedas pueden utilizar varias técnicas de intervención, incluidos los guiones sociales.

Ejemplos de programas centrados en las habilidades sociales:

- *Program for the Education and Enrichment of Relational Skills (PEERS®)* (Laugeson et al., 2011).
- *Social Stories™* (Gray et al., 2002).
- *Social Thinking®* (Cooke et al., 2008; Garcia Winner & Cooke, 2009, 2011).
- *TalkAbility™* (Sussman, 2006).

Intervenciones en el habla y el lenguaje

Intervención en lenguaje oral

El objetivo de la intervención en lenguaje oral es facilitar el desarrollo global del lenguaje y la comunicación funcional en la vida cotidiana. La selección de las opciones y los enfoques de tratamiento se basará en las habilidades lingüísticas actuales de la persona.

Las intervenciones también pueden reflejar visiones sobre los patrones naturales de adquisición del lenguaje en niños TEA y el papel de la ecolalia y el procesamiento gestáltico del lenguaje.

Adquisición natural del lenguaje (Natural Language Acquisition)

La adquisición natural del lenguaje es un modelo para describir el desarrollo del lenguaje por Gestalt. Inicialmente, los niños producen «bloques» o «formas por Gestalt» (p. ej., emisiones ecolálicas), sin distinguir entre palabras individuales ni reconocer la estructura sintáctica interna. Estas formas por Gestalt se consideran unidades de comunicación.

Los niños aprenden a identificar similitudes y patrones en las expresiones que escuchan y utilizan, y las agrupan como un conjunto («por Gestalt»). Con el tiempo, comienzan a combinar diferentes partes de estas expresiones para crear nuevas expresiones, más flexibles, creativas y espontáneas para comunicarse mejor. Poco a poco, estas expresiones complejas se desglosan en palabras individuales, que los niños aprenden a utilizar con significado propio. Esto les permite empezar a construir frases con una estructura gramatical más parecida a la nuestra.

Intervención en los sonidos del habla

El programa PROMPT (*Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets*) es un enfoque terapéutico logopédico que se centra en el desarrollo de las habilidades motoras orales necesarias para la producción del lenguaje. Es especialmente útil para personas con TEA que presentan dificultades en la articulación o problemas motores del lenguaje. El PROMPT es especialmente útil para niños con TEA que presentan apraxia del lenguaje o dificultades significativas en la motricidad oral, ya que proporciona un soporte físico para mejorar la comunicación verbal.

Comunicación aumentativa y alternativa (CAA)

Un sistema de CAA es un grupo integrado de componentes que se utiliza para mejorar la comunicación. La comunicación aumentativa y alternativa usa una variedad de técnicas y herramientas para ayudar a la persona a expresar pensamientos, ideas, deseos, necesidades y sentimientos. Algunos ejemplos de técnicas de tratamiento son:

- **Entrada Aumentada (Augmented Input, Allen et al., 2017).** Consiste en utilizar señales multimodales para enseñar a las personas a comunicarse de forma eficaz. Esta técnica se basa en el uso combinado de métodos visuales, táctiles y auditivos para reforzar el procesamiento del lenguaje y facilitar el aprendizaje de los sistemas de comunicación.
- **Modelo de Enseñanza Descriptivo (Descriptive Teaching Model [DTMe]).** Es una estrategia utilizada en la CAA que se centra en la enseñanza de vocabulario funcional y descriptivo para facilitar la comunicación eficaz en varios contextos.
- **Enseñanza Milieu Mejorado (Enhanced Milieu Teaching [EMT]),** Hampton et al., 2016; Kaiser et al., 2017). Intervención naturalista basada en el comportamiento que se utiliza para fomentar las habilidades lingüísticas y comunicativas en niños con trastornos del desarrollo.

La CAA puede complementar la comunicación oral expresiva existente o puede ser una alternativa al lenguaje oral. Pese a que las personas autistas, especialmente los adultos, puedan tener un habla funcional, también pueden necesitar CAA para satisfacer plenamente sus necesidades comunicativas.

Algunos ejemplos de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son:

- **Comunicación con objetos reales:** para personas con TEA que tienen dificultades con las imágenes bidimensionales se pueden usar objetos reales para representar acciones o necesidades (ejemplo: un vaso para indicar «quiero beber»).
- **PECS (Picture Exchange Communication System, Frost, L., & Bondy, A., 2002):** es un sistema basado en el intercambio de imágenes. Los niños aprenden a seleccionar y entregar imágenes a un interlocutor para expresar necesidades o deseos. Se compone de varias fases que incluyen desde el intercambio básico de una sola imagen hasta la construcción de frases simples con símbolos. Fomenta la comunicación funcional y, a menudo, se utiliza en entornos educativos.
- **Programa Schaeffer de Habla Signada (Schaeffer et al., 1980):** es una intervención de comunicación aumentativa y alternativa diseñada específicamente para niños con trastornos de la comunicación, incluyendo aquellos dentro del espectro autista. Este método combina el uso del lenguaje hablado con el lenguaje

de signos como soporte visual para facilitar el aprendizaje y la comprensión del lenguaje.

Aplicaciones tecnológicas de comunicación:

- **Proloquo2Go:** aplicación que permite crear frases seleccionando símbolos o imágenes que representan palabras y conceptos. Es muy personalizable y accesible.
- **The Grid:** sistema que consta de una interfaz personalizable o plataforma configurable y ajustable, con soporte multimodal y con funcionalidades avanzadas (opciones para desarrollar habilidades sociales, aprender vocabulario y estructuras lingüísticas). Se pueden representar palabras, frases o conceptos mediante imágenes, textos o sonidos.

Función ejecutiva

Las personas con autismo pueden tener dificultades en la función ejecutiva. Los servicios de logopedia pueden abordar las habilidades de función ejecutiva empleando el lenguaje y el habla como instrumento de regulación o recomendar estrategias y adaptaciones.

Los programas van dirigidos a favorecer:

- **Regulación emocional y autocontrol:** reconocer y expresar emociones propias y de otros en situaciones sociales.
- **Planificación y organización:** ayudar a organizar secuencias sociales o tareas comunicativas.
- **Flexibilidad cognitiva:** gestionar cambios de planes o adaptarse a reglas sociales cambiantes.
- **Resolución de problemas sociales:** fomentar la identificación y resolución de problemas en interacciones sociales.
- **Comprensión de perspectivas (Teoría de la mente):** entender y predecir los pensamientos o las emociones de las otras personas en contextos sociales.
- **Memoria de trabajo:** reforzar la habilidad de recordar información relevante durante una interacción e intercambio comunicativo.
- **Habilidades para la colaboración:** desarrollar habilidades para trabajar en grupos pequeños o colaborar con otras personas.

Intervención en alfabetización

La comprensión lectora es una dificultad académica común para las personas dentro del espectro autista con baja necesidad de soporte. Los modelos de intervención en alfabetización incorporan una variedad de estrategias de instrucción para mejorar la conciencia fonológica, la decodificación e identificación de palabras, la fluidez lectora, el vocabulario de lectura y la comprensión lectora. Los niños mayores también pueden tener dificultades con habilidades de alfabetización de nivel superior que requieren teoría de la mente. En el apartado dedicado a las alteraciones de aprendizaje de base lingüística, encontrará información complementaria.

Estrategias y adaptaciones

Horarios de actividades y soportes visuales

Los horarios de actividades y los soportes visuales incluyen objetos, fotografías, dibujos o palabras escritas que actúan como indicadores o recordatorios. Ayudan a las personas a seguir y completar una secuencia de tareas o actividades, mantener la atención en las tareas, hacer transiciones de una tarea a otra o mantener la regulación emocional en diversos entornos. Los recordatorios escritos o visuales que inicien o mantienen la interacción se denominan guiones. Con frecuencia, los guiones se utilizan para promover la interacción social, pero también se pueden utilizar en entornos escolares para facilitar interacciones académicas y promover la participación académica.

Autogestión

La autogestión es una estrategia que ayuda a las personas a controlar sus propios comportamientos de forma independiente. Esto significa que aprenden a identificar qué comportamientos son adecuados y cuáles no lo son en diferentes situaciones, a observarse a sí mismos y a llevar un registro de sus comportamientos. Además, cuando es posible, también se les enseña a premiarse si se han comportado adecuadamente. Este método se puede aplicar a personas de todas las edades, desde los más pequeños hasta los adultos, y es útil para mejorar las habilidades sociales y conductuales en diversos entornos, como la escuela, el hogar o el trabajo. Los logopedas deben recurrir a estrategias para favorecer el control de los comportamientos de las personas autistas. El lenguaje y el habla pueden ser alguna de estas estrategias.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención logopédica en personas con TEA.

Intervenciones de mantenimiento de la función

La colaboración de los familiares es importante para reforzar los avances logrados mediante la terapia logopédica, incluso cuando su papel en el proceso terapéutico sea limitado. Los padres deben recibir información sobre las estrategias más efectivas para apoyar a sus hijos, fomentando el uso del lenguaje en diversas situaciones y contextos. De igual manera, los docentes deben estar al corriente de los progresos del niño para proporcionarle oportunidades de desarrollo adecuadas, evitando exponerlo a situaciones que no se ajusten a su nivel evolutivo. Los logopedas deben orientar a las familias y a la escuela en cuanto a las actividades y las adaptaciones que favorezcan el mantenimiento de las mejoras logradas en el tratamiento.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en personas con TEA.

Intervenciones en el entorno

Práctica centrada en la familia

El objetivo de la práctica centrada en la familia es establecer una colaboración para que la familia participe plenamente en todos los aspectos de la atención de la persona. La participación de las familias en los servicios para personas con autismo puede ayudar a reducir el estrés que sufren los miembros de la familia (National Research Council, 2001).

El soporte puede adoptar diferentes formas en distintos momentos y puede incluir los siguientes aspectos:

- Coordinación de los servicios para la familia.
- Obtención de recursos e información.
- Enseñar habilidades y estrategias específicas a la familia o a otros interlocutores significativos.
- Proporcionar oportunidades de aprendizaje.
- Abogar por la familia ante el resto de servicios.

Intervenciones mediadas por cuidadores o basadas en la relación

Las intervenciones mediadas por cuidadores o basadas en la relación consisten en estrategias que los cuidadores, compañeros o iguales utilizan para facilitar la comunicación o la interacción social. El cuidador puede estar implicado en las intervenciones incluso después de la intervención temprana. Las intervenciones basadas en la relación pueden incluir a parejas, miembros de la familia y amigos. El logopeda forma y asesora al cuidador para implementar estas intervenciones en entornos naturales.

Ejemplos de programas que incluyen intervenciones mediadas por cuidadores y basadas en la relación:

- Gentle Teaching (J. J. McGee, 1990; Polirstok et al., 2003).
- Integrated Play Groups® (Wolfberg & Schuler, 1993).
- More Than Words® (Sussman, 1999).
- Relationship Development Intervention® (RDI) (Gutstein & Gutstein, 2009).

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones logopédicas no recomendadas.

Equipamiento

El CLC recomienda a los logopedas que lleven a cabo su tarea profesional en un espacio adaptado a las necesidades de los niños y de sus familias, de acuerdo con la actividad evaluadora y el desarrollo de su intervención. Es importante velar por la adecuación y actualización de los instrumentos de evaluación y por que el material específico de rehabilitación se adapte a la fase de desarrollo del niño y a las necesidades propias del trastorno.

Del mismo modo, es fundamental que los logopedas reflexionen sobre la manera en que se relacionan con estos pacientes, deben evitar estereotipos culturales inadecuados y, sobre todo, distanciarse del edadismo. Este sesgo puede mermar las capacidades de la persona mayor, limitar su autonomía y afectar a su motivación y autoestima. Un enfoque respetuoso y adaptado a la dignidad y la experiencia vital de cada paciente es clave para una intervención logopédica efectiva y ética.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de sí mismos. Dichas medidas son la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje desechable cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Para más información sobre calidad y seguridad en la práctica logopédica, consulte la adenda.

Información de alta

Requisitos de alta

Cuando se trata de decidir el alta en el tratamiento logopédico para personas con TEA, es fundamental tener en cuenta que el autismo es un trastorno neurodivergente permanente, no es una enfermedad que se «cure». Por lo tanto, la necesidad de soporte logopédico puede variar a lo largo de las diferentes etapas de la vida, según las necesidades y los objetivos específicos de cada etapa.

Consideraciones para dar el alta en el tratamiento logopédico

1. Progreso en los objetivos terapéuticos:

Si la persona ha logrado los objetivos planteados (por ejemplo: mejora en la comunicación funcional, comprensión o habilidades sociales), se puede considerar una pausa o finalizar el tratamiento. Es importante valorar si estos progresos se mantienen en entornos naturales sin soporte constante.

2. Necesidades cambiantes

Las necesidades comunicativas pueden evolucionar a lo largo de la vida (por ejemplo: transición de la escuela a la etapa adulta o cambio en las exigencias sociales y laborales). El alta puede ser temporal, con la posibilidad de reintroducir el tratamiento en función de nuevas necesidades.

3. Impacto funcional

Se considera el impacto de las dificultades comunicativas en la

calidad de vida de la persona y su capacidad para participar en actividades cotidianas, sociales, educativas o laborales. Si persisten barreras significativas, el soporte logopédico debería continuar.

4. Disponibilidad de soportes naturales

Si la familia, los docentes u otros profesionales pueden proporcionar el soporte necesario y mantener las habilidades adquiridas, puede justificarse una pausa en el tratamiento formal. Sin embargo, es esencial asegurar que estos soportes estén formados adecuadamente.

5. Autonomía y preferencias de la persona

En el caso de personas adultas TEA, debe respetarse su voluntad y autonomía en relación con la continuidad del tratamiento. Es importante valorar si la persona percibe una mejora en su vida gracias a la intervención.

Orientaciones para después del alta

Las personas con TEA pueden necesitar soporte en momentos clave de la vida (inicio del colegio, adolescencia, acceso al mundo laboral) para gestionar nuevos retos sociales y comunicativos. Por lo tanto, es habitual que el soporte logopédico sea intermitente a lo largo de la vida y se adapte a cada etapa. Después de dar el alta, se recomienda una supervisión periódica para garantizar que no haya regresiones e identificar posibles nuevas necesidades.

171

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b114 Funciones de la orientación b117 Funciones intelectuales b122 Funciones psicosociales globales b126 Funciones del temperamento y la personalidad b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos b134 Funciones del sueño
	b140 Funciones de la atención b144 Funciones de la memoria b147 Funciones psicomotoras b152 Funciones emocionales b156 Funciones de la percepción b160 Funciones del pensamiento b164 Funciones cognitivas superiores b167 Funciones mentales del lenguaje

b2 Funciones sensoriales y dolor	b265 Funciones táctiles b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos
b3 Funciones de la voz y el habla	b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla
b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios b765 Funciones relacionadas con el control de los movimientos involuntarios
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d110 Mirar d115 Escuchar d130 Copiar d132 Adquirir información d137 Adquirir conceptos d140 Aprender a leer d145 Aprender a escribir d155 Adquisición de habilidades
	d160 Centrar la atención d161 Dirigir la atención d163 Pensar d166 Leer d170 Escribir d175 Resolver problemas d177 Tomar decisiones
d2 Tareas y demandas generales	d210 Llevar a cabo una única tarea d220 Llevar a cabo múltiples tareas d230 Llevar a cabo rutinas diarias d240 Gestión del estrés y otras demandas psicológicas d250 Gestión del comportamiento propio

d3 Comunicación	d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados d315 Comunicación-recepción de gestos corporales d330 Hablar d331 Prelenguaje d335 Producción de mensajes no verbales d350 Conversar d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
d4 Mobilidad	d470 Uso de medios de transporte d475 Conducción
d5 Autocuidado	d510 Lavarse d520 Cuidado de partes del cuerpo d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción d540 Vestirse d550 Comer d570 Cuidado de la propia salud d571 Cuidado de la propia seguridad
d6 Vida doméstica	d620 Adquisición de bienes y servicios d630 Preparar comidas d640 Realizar las tareas del hogar d650 Cuidado de los objetos del hogar d660 Ayudar a los otros
d7 Interacciones y relaciones interpersonales generales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas
d8 Áreas principales de la vida	d820 Educación escolar d825 Formación profesional d830 Educación superior d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado d860 Transacciones económicas básicas d870 Autosuficiencia económica d880 Participación en el juego

d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d940 Derechos humanos
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e110 Productos o sustancias para el consumo personal en la vida diaria e115 Productos y tecnología para el uso personal en la vida diaria e125 Productos y tecnología para la comunicación e130 Productos y tecnología para la ocupación
e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana	e240 Luz e250 Sonido
e3 Apoyos y relaciones	e310 Familiares cercanos e315 Otros familiares e320 Amigos e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad e330 Personas con cargo de autoridad e340 Cuidadores y personal de ayuda e355 Profesionales de la salud e360 Otros profesionales
e4 Actitudes	e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e415 Actitudes individuales de otros miembros de la familia e420 Actitudes individuales de amigos e430 Actitudes individuales de personas con cargo de autoridad e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud e455 Actitudes individuales de profesionales «relacionados con la salud» e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales

e5	Servicios, sistemas y políticas
e525	Servicios, sistemas y políticas de vivienda
e535	Servicios, sistemas y políticas de comunicación
e550	Servicios, sistemas y políticas legales
e560	Servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación
e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social
e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general
e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias
e585	Servicios, sistemas y políticas de educación y formación
e590	Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo

Bibliografía

- Alaghband-Rad J, Hajikarim-Hamedani A, Motamed M. Camouflage and masking behavior in adult autism. *Front Psychiatry*. 2023;14:1108110. [doi:10.3389/fpsyg.2023.1108110](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1108110)
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 (R)). 5th ed. American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ*. 2018;67(6):1-23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
- Baranek GT. Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *J Autism Dev Disord*. 1999;29(3):213-224. <https://doi.org/10.1023/a:1023080005650>
- Chawarska K, Paul R, Klin A, Hannigan S, Dichtel LE, Volkmar F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2007;37(1):62-72. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0330-8>
- Crompton CJ, Ropar D, Evans-Williams CV, Flynn EG, Fletcher-Watson S. Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective. *Autism*. 2020;24(7):1704-1712. <https://doi.org/10.1177/1362361320919286>
- DeThorne LS. Revealing the Double Empathy Problem: It's not that autistic* people lack empathy. Rather, their different neurotypes and experiences may make it harder for nonautistic people to understand them-and vice versa. *ASHA Lead*. 2020;25(3):58-65. <https://doi.org/10.1044/leader.ftr2.25042020.58>
- Interagency Autism Coordinating Committee. -2023 IACC strategic plan for autism research, services, and policy. U.S. Department of Health and Human Services. (2023, septiembre). <https://iacc.hhs.gov/publications/strategic-plan/2023/>
- Jones W, Klin A. Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*. 2013;504(7480):427-431. <https://doi.org/10.1038/nature12715>
- Lai MC, Lombardo MV, Ruigrok AN, et al. Quantifying and exploring camouflage in men and women with autism. *Autism*. 2017;21(6):690-702. <https://doi.org/10.1177/1362361316671012>

- Milton DEM. On the ontological status of autism: the 'double empathy problem.' *Disabil Soc.* 2012;27(6):883-887. <https://doi:10.1080/09687599.2012.710008>
- Moskowitz GB. *Social Cognition: Understanding Self and Others*. Guilford Press; 2005.
- ICD-11. Who.int. Consultado el 25 de junio de 2025. <https://icd.who.int/>
- Patten E, Belardi K, Baranek GT, Watson LR, Labban JD, Oller DK. Vocal patterns in infants with autism spectrum disorder: canonical babbling status and vocalization frequency. *J Autism Dev Disord.* 2014;44(10):2413-2428. <https://doi:10.1007/s10803-014-2047-4>
- Payton JW, Wardlaw DM, Graczyk PA, Bloodworth MR, Tompsett CJ, Weissberg RP. Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. *J Sch Health.* 2000;70(5):179-185. <https://doi:10.1111/j.1746-1561.2000.tb06468.x>
- Plumb AM, Wetherby AM. Vocalization development in toddlers with autism spectrum disorder. *J Speech Lang Hear Res.* 2013;56(2):721-734. [https://doi:10.1044/1092-4388\[2012/11-0104\]](https://doi:10.1044/1092-4388[2012/11-0104])
- Stanford S. The school-based speech-language pathologist's role in diverting the school-to-confinement pipeline for youth with communication disorders. *Perspect ASHA Spec Interest Groups.* 2020;5(4):1057-1066. https://doi:10.1044/2020_persp-20-0002
- Whitlock A, Fulton K, Lai MC, Pellicano E, Mandy W. Recognition of girls on the autism spectrum by primary school educators: An experimental study. *Autism Res.* 2020;13(8):1358-1372. <https://doi:10.1002/aur.2316>
- Williams D. *Neurological Basis for Autism: Implications for Speech-Language Pathologists.*; 2012.
- Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, Roberts W, Brian J, Szatmari P. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int J Dev Neurosci.* 2005;23(2-3):143-152. <https://doi:10.1016/j.ijdevneu.2004.05.001>

