

Cómo comprender los trastornos del espectro del autismo (ASD) : Introducción

(Understanding Autism Spectrum Disorders [ASDs]: An Introduction)

¿Qué son los trastornos del espectro del autismo (ASD)?

Los trastornos del espectro del autismo (ASD) son un grupo de trastornos relacionados de origen cerebral que afectan el comportamiento, la comunicación y las destrezas sociales de un niño. Estos trastornos incluyen el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno del desarrollo generalizado sin otra especificación (pervasive developmental disorder—not otherwise specified, PDD-NOS). Se definen de acuerdo con el número y la gravedad de los síntomas.

Dado que la mayoría de los niños con ASD dominará las destrezas motoras tempranas, tales como sentarse, gatear y caminar en los tiempos habituales, es posible que inicialmente los padres no observen retrasos en las destrezas sociales y comunicativas. En retrospectiva, muchos padres pueden recordar diferencias tempranas en la interacción y la comunicación.

Los ASD son trastornos del desarrollo cuyos síntomas pueden cambiar con la maduración y la intervención. Aunque esto es poco frecuente, algunos niños mejoran tanto que ya no puede considerarse que tengan un ASD. La mayoría de estos niños tendrá otros diagnósticos de desarrollo, aprendizaje, lenguaje o comportamiento.

Cuanto antes se identifique un ASD, más rápidamente se puede comenzar un programa de intervención enfocado en los síntomas centrales. Cada niño con autismo tiene necesidades diferentes. La intervención que resulta útil para un niño puede no serlo tanto para otro. Las investigaciones demuestran que comenzar un programa de intervención lo antes posible puede mejorar los desenlaces para muchos niños con ASD, por lo que los niños pueden y deben ser derivados para su diagnóstico e intervención temprana (early intervention, EI) ni bien se observen síntomas de ASD.

Los siguientes son extractos del cuadernillo *Cómo comprender los trastornos del espectro del autismo (ASD)* de la American Academy of Pediatrics (AAP).

¿Qué tan frecuentes son los ASD?

Se calcula que los ASD afectan a 1 de cada 88 niños. El número de niños que se ha informado que tienen un ASD ha aumentado desde comienzos de 1990 por motivos que no están del todo claros. El aumento puede deberse a muchos factores. Muchas familias están más informadas sobre los ASD. Los pediatras están realizando más pruebas de detección de ASD. Además, ha habido cambios en la forma de definir y diagnosticar los ASD. En el pasado, solamente se diagnosticaba a los niños con los síntomas de ASD más graves. En la actualidad, se está identificando a los niños con síntomas más leves y se los está derivando a programas de intervención y de educación. Típicamente, los varones con ASD superan a las niñas en una relación de aproximadamente 4 a 1.

¿Cuáles son los síntomas de los ASD?

No hay 2 niños con un ASD que tengan exactamente los mismos síntomas. Existen criterios estándar para el diagnóstico de los ASD. Sin embargo, el número y la gravedad de los síntomas pueden variar enormemente. Los siguientes son ejemplos de cómo puede actuar un niño con un ASD:

Diferencias sociales:

- No mantiene contacto visual o establece muy poco contacto visual.
- No responde a la sonrisa ni a otras expresiones faciales de los padres.
- No mira los objetos ni los eventos que están mirando o señalando los padres.
- No señala objetos ni eventos para lograr que los padres los miren.
- No lleva objetos de interés personal para mostrárselos a los padres.
- No suele tener expresiones faciales adecuadas.
- Es incapaz de percibir lo que otros podrían estar pensando o sintiendo al observar sus expresiones faciales.
- No demuestra preocupación (empatía) por los demás.
- Es incapaz de hacer amigos o no le interesa hacerlo.

Diferencias comunicativas:

- No señala cosas para indicar sus necesidades ni comparte cosas con los demás.
- No dice palabras sueltas a los 16 meses.
- Repite exactamente lo que otros dicen sin comprender el significado (generalmente llamado *repetición mecánica o ecolalia*).
- No responde cuando lo llaman por su nombre pero sí responde a otros sonidos (como la bocina de un automóvil o el maullido de un gato).
- Se refiere a sí mismo como “tú” y a otros como “yo”, y puede mezclar los pronombres.
- Con frecuencia no parece querer comunicarse.
- No comienza ni puede continuar una conversación.
- No usa juguetes ni otros objetos para representar a la gente o la vida real en los juegos simulados.
- Puede tener buena memoria, especialmente para los números, las letras, las canciones, las canciones publicitarias de la televisión o un tema específico.
- Puede perder el lenguaje u otros logros sociales, generalmente entre los 15 y 24 meses (que con frecuencia se denomina *regresión*).

Diferencias de comportamiento (comportamientos repetitivos y obsesivos).

- Se mece, se balancea, gira, se retuerce los dedos, camina en puntillas durante mucho tiempo o agita las manos (comportamiento estereotípico).
- Le gustan las rutinas, el orden y los rituales; tiene dificultades con los cambios.
- Se obsesiona con unas pocas actividades o con actividades inusuales, y las realiza repetidamente durante el día.
- Juega con partes de los juguetes en lugar del juguete entero (por ejemplo, hace girar las ruedas de un camión de juguete).
- No parece sentir dolor.
- Puede ser muy sensible o ser totalmente insensible a los olores, los sonidos, las luces, las texturas y al tacto.
- Uso inusual de la visión o la mirada: mira los objetos desde ángulos inusuales.

¿Cuáles son los distintos tipos de ASD?

Los síntomas que definen los ASD se describen en un libro llamado *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)*. Este manual enumera las definiciones establecidas de los trastornos del comportamiento, del desarrollo y psiquiátricos. Poco después de la publicación de este cuadernillo, se publicará una nueva versión del *DSM*. Esta eliminará las subcategorías de trastorno autista, síndrome de Asperger y PDD-NOS que se definieron en la revisión del texto de la cuarta edición del *DSM (DSM-IV-TR)* y considerará que todos los individuos diagnosticados tienen ASD. La *décima revisión de la Clasificación internacional de enfermedades (International Classification of Diseases, 10th Revision, ICD-10)* continuará usando las categorías de ASD del *DSM-IV-TR* que se describen en este cuadernillo. En el futuro, se podría considerar que los niños a los que se les ha diagnosticado síndrome de Asperger tienen autismo con un buen funcionamiento o ASD con capacidades intelectuales típicas.

Trastorno autista

Los niños con trastorno autista tienen un patrón de problemas centrales con el lenguaje y la comunicación, problemas para relacionarse socialmente con otros y comportamientos inusuales o repetitivos. Si bien los síntomas sociales generalmente se presentan durante el primer año de vida (aunque pueden ser imperceptibles), los problemas lingüísticos son más notorios en el segundo año, y los comportamientos repetitivos pueden aparecer incluso después. Muchos de estos niños tendrán limitaciones intelectuales; en otros casos podría *parecer* que tienen limitaciones cuando, en realidad, los puntajes en las pruebas de inteligencia son bajos debido a la falta de cooperación. Otros niños pueden tener puntajes normales en las pruebas de inteligencia, y sin embargo pueden tener problemas con el razonamiento abstracto y de la vida real. Se considera que los niños con autismo tienen un *buen funcionamiento* cuando su inteligencia se encuentra dentro del rango normal.

Síndrome de Asperger

El síndrome de Asperger (también llamado trastorno de Asperger) generalmente no se diagnostica hasta la edad preescolar o más tarde. Esto se debe a que el desarrollo inicial del habla, especialmente el lenguaje y la estructura de las oraciones, es relativamente normal. En ocasiones, los niños con síndrome de Asperger hablan de manera extraña. Algunos niños pueden hablar en un solo tono de voz (voz monótona) sin subir ni bajar el tono de su voz. Otros niños pueden hablar con un lenguaje superior al que se esperaría para su edad, como "pequeños profesores". Tal vez establezcan poco contacto visual mientras hablan y tengan dificultades para mantener una conversación recíproca. Pueden concentrarse en 1 o 2 temas y hablar sobre estos temas independientemente de que el interlocutor esté interesado. Los niños con síndrome de Asperger suelen interpretar el lenguaje literalmente, y pueden tener dificultades con el humor, los chistes y las figuras retóricas. Muchos también pueden tener problemas con la coordinación motora. La inteligencia es normal. Algunos expertos no consideran que este sea un trastorno independiente del autismo con buen funcionamiento.

Trastorno del desarrollo generalizado sin otra especificación

Los niños con PDD-NOS (en ocasiones llamado *autismo atípico*) muestran algunos signos de autismo u otro PDD, pero no tienen síntomas suficientes o síntomas de suficiente intensidad para recibir un diagnóstico de trastorno autista o síndrome de Asperger. Aunque los niños con PDD-NOS pueden tener menos síntomas generales, los síntomas pueden ser igualmente problemáticos.

¿Existe una conexión entre la vacuna MMR y los ASD?

Se ha prestado mucha atención en los medios a las vacunas como una causa de autismo. La evidencia científica actual no respalda una conexión entre la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) o cualquier combinación de vacunas y los trastornos del espectro del autismo (ASD). En realidad, el artículo de la investigación original que sugería una conexión entre la vacuna MMR y el autismo se retractó oficialmente (es decir, se lo eliminó de forma permanente) debido a errores graves en la forma en que se realizó la investigación. Tampoco hay evidencia científica que respalde la conexión entre el timerosal (un conservante que contiene mercurio) y los ASD. En cualquier caso, casi ninguna vacuna de los programas de vacunación recomendados que se administran a los niños en los Estados Unidos contiene mercurio. Las vacunas utilizadas para la inmunización de grandes cantidades de personas, como la vacuna contra la influenza, aún pueden contener muy pequeñas cantidades de timerosal. Las familias que aún tengan inquietudes sobre este tema deben consultarlas con su pediatra.

¿Qué causa los ASD?

Muchos factores pueden causar los síntomas de los ASD. Existe una predisposición genética a los ASD. Esto se determinó inicialmente por medio de estudios realizados con mellizos y otros estudios realizados con familias. Aunque se han asociado muchas anomalías cromosómicas y genéticas con los síntomas de los ASD, ninguna de estas se encuentra en todos los niños afectados. Si una familia ya tiene un hijo al que se le ha diagnosticado un ASD, las probabilidades de que los hermanos también pudieran tener algún tipo de ASD son por lo menos 5 a 10 veces mayores que las de la población en general. Es probable que los factores ambientales tengan un rol secundario en algunos niños con ASD, pero aún se desconoce cuáles son estos agentes y cuándo afectan el desarrollo.

Los estudios han demostrado que los familiares de niños con autismo tienen mayores probabilidades de presentar algunos síntomas similares a los observados en los niños con ASD. Estas dificultades pueden incluir retrasos en el lenguaje, discapacidades del aprendizaje, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD), o mal humor.

Los ASD pueden ocurrir con más frecuencia en niños con determinadas afecciones médicas, como síndrome de X frágil, esclerosis tuberosa, síndrome de Down y otros trastornos genéticos. La mayoría de los niños con ASD no tienen estas afecciones ni otras afecciones genéticas específicas. Los síntomas de ASD pueden ser más frecuentes en los bebés prematuros. Considerar si un niño con un ASD tiene otra afección genética es una parte importante de la evaluación inicial.

¿Cuáles son los síntomas iniciales de los ASD?

Muchos niños con ASD pueden mostrar diferencias de desarrollo durante su infancia, especialmente en las destrezas sociales y lingüísticas. Dado que generalmente se sientan, gatean y caminan en los tiempos esperados, las diferencias más imperceptibles en el desarrollo de los gestos, el juego simulado y el lenguaje social con frecuencia pasan inadvertidas para las familias y los médicos. Además de los retrasos en el lenguaje oral, las familias pueden observar diferencias en la interacción y los gestos.

Retraso o falta de atención conjunta.

Una de las diferencias del desarrollo más importantes entre los niños con ASD y otros niños es el retraso o la falta de *atención conjunta*. La atención conjunta implica alternar la mirada una y otra vez entre un objeto o evento y otra persona, y conectarse con esa persona. Es uno de los ejes sobre los cuales posteriormente se desarrollarán las destrezas sociales y comunicativas. Participar en diversas interacciones sociales de ida y vuelta, como intercambiar muchas expresiones, sonidos y otros gestos afectivos, se denomina *interacción social recíproca*. Los retrasos en las destrezas de atención conjunta se observan en la mayoría de los niños con ASD y rara vez se observan en niños con otros tipos de problemas del desarrollo. Por lo tanto, se considera que las limitaciones en la atención conjunta se encuentran entre las limitaciones más características de los ASD. Existen varios estadios de atención conjunta. Los niños con ASD generalmente muestran retrasos o ausencia de destrezas en cada estadio.

Se observan logros sutiles en el uso y la comprensión de gestos en los siguientes momentos:

- Aproximadamente entre los 10 y 12 meses de edad, la mayoría de los niños con desarrollo típico comienza a mirar de inmediato en la dirección de un objeto que los padres están señalando. Luego vuelven a mirar a los padres e imitan su expresión, generalmente una sonrisa. Los niños con ASD generalmente ignoran a los padres. Esto frecuentemente hace que los padres se preocupen sobre la capacidad auditiva de su hijo.
- La mayoría de los niños puede señalar objetos deseados que están fuera de su alcance entre los 12 y 14 meses. El niño con un ASD, en cambio, puede tomar la mano de uno de sus padres y llevarlo hasta el objeto sin establecer contacto visual. En ocasiones, el niño incluso puede colocar la mano del padre sobre el objeto mismo.
- Entre los 14 y 16 meses de edad, la mayoría de los niños señala los objetos que le parecen interesantes. Los niños alternan la mirada entre un objeto y un padre para asegurarse de que el padre esté atento a lo que están mirando. El niño con un ASD solamente señalará un objeto porque desea que el padre se lo alcance y no porque desee que el padre disfrute de la observación conjunta.

Retrasos en el lenguaje

Casi todos los niños con ASD muestran retrasos en la comunicación no verbal y en el lenguaje oral. Pueden tener palabras que usan para clasificar las cosas pero nunca las piden. Pueden tener palabras poco frecuentes para su nivel lingüístico general, como decir las letras o los números cuando aún no tienen nombres que usan para los miembros de la familia. La mayoría de los niños pequeños pasan por una fase en la que repiten lo que escuchan. Los niños con ASD pueden repetir durante un período más largo, y repiten películas o conversaciones con el tono de voz en el que las escucharon. Aquellos niños a los que con posterioridad se les diagnostica síndrome de Asperger dan la impresión de haber obtenido logros lingüísticos durante sus primeros años, pero el uso del lenguaje puede ser anormal o demasiado sofisticado o maduro (pequeños profesores).

Regresión en los logros del desarrollo

Aproximadamente un 25% de los niños parece tener un desarrollo normal o casi normal hasta alrededor de los 18 meses de edad, después de lo cual gradual o abruptamente dejan de usar palabras que antes usaban y se vuelven más retraídos. Algunas familias recuerdan diferencias sutiles que podrían haber existido antes de la regresión, como el hecho de que el niño no se vuelva al escuchar su nombre.

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

El diagnóstico de los ASD puede ser complicado por muchas razones. No hay pruebas de laboratorio médicas específicas para diagnosticar un ASD, por lo que los médicos deben basarse en la información de los padres y en lo que se puede observar durante las visitas de control. La afección es compleja, y los síntomas son distintos para cada niño. Por eso la AAP recomienda que haya pruebas de detección de ASD durante determinadas visitas de control, además de vigilancia permanente durante el transcurso de la asistencia de control.

Evaluación

Cuando se sospecha que la causa de los retrasos lingüísticos y sociales es un ASD, el niño debe ser derivado *tanto* para servicios de EI como para una evaluación completa a fin de determinar si el diagnóstico correcto es un ASD. La evaluación puede ser realizada por un médico o psicólogo con pericia en el diagnóstico de ASD o, preferentemente, por un equipo de especialistas que puede incluir pediatras especializados en el desarrollo, neurólogos infantiles, psicólogos, patólogos del habla o del lenguaje, terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas, educadores y trabajadores sociales. Pueden realizarse evaluaciones en el ámbito del desarrollo durante los programas de EI o del sistema escolar.

Típicamente, una evaluación incluirá lo siguiente:

- Observación atenta de las interacciones durante el juego y con el cuidador del niño.
- Antecedentes y examen físico detallados.
- Evaluación del desarrollo de todas las destrezas (motoras, lingüísticas, sociales, de autoayuda, cognitivas). Se sospecha la existencia de ASD cuando el funcionamiento social y lingüístico del niño está mucho más afectado que el nivel general de las destrezas motoras, adaptativas y cognitivas.
- Prueba auditiva. Todos los niños con retrasos del habla o aquellos que se sospecha que tienen ASD deben someterse a una evaluación formal de la audición.
- Evaluación lingüística que proporciona puntajes estandarizados para el lenguaje expresivo (que incluye el habla) y receptivo, además de una evaluación del lenguaje pragmático (el uso social del lenguaje) y de la articulación (pronunciación).

El diagnóstico de un ASD se realiza aplicando los criterios del *DSM* y utilizando toda la información obtenida en los antecedentes, la observación y las evaluaciones. (Consulte la sección “¿Cuáles son los distintos tipos de ASD?”).

Pruebas médicas

Los ASD pueden estar asociados a un síndrome o una afección médica conocidos. Las pruebas más modernas y sensibles han determinado una causa subyacente de un ASD en muchos más niños de lo que se creía previamente. Se pueden indicar pruebas de laboratorio para descartar otras posibles afecciones médicas que podrían causar síntomas de autismo de acuerdo con los antecedentes y el examen físico del niño. Si está indicado, el niño puede ser derivado a otros especialistas, como un genetista o un neurólogo pediátrico, para ayudar a diagnosticar afecciones médicas que podrían causar o estar asociadas a los síntomas de los ASD.

- **Análisis genéticos.** Se recomienda que a las familias se les ofrezcan análisis genéticos, como la prueba de micromatrices citogenéticas. En la actualidad, las pruebas de micromatrices citogenéticas permiten identificar anomalías en los cromosomas de un 10% a un 20% como máximo de niños con ASD. El síndrome de X frágil puede estar presente en hasta el 2% de los varones con ASD, por lo que también debe considerarse la prueba para detectar este síndrome. Se puede considerar el uso de la prueba de detección del síndrome de Rett en niñas con síntomas de ASD en función de los antecedentes y el

examen físico de las mismas. Las pruebas genéticas deben considerarse seriamente si un niño tiene rasgos físicos atípicos o retrasos del desarrollo, o si hay antecedentes familiares de síndrome de X frágil o discapacidad intelectual (anteriormente conocidos como retraso mental) sin causa conocida. En determinados casos, tal vez sea necesario realizar otras pruebas genéticas. Las recomendaciones de pruebas genéticas pueden cambiar a medida que se desarrollen nuevas pruebas.

- **Prueba de nivel de plomo.** La detección de niveles de plomo es un componente importante de la asistencia primaria. Si un niño vive en un entorno de alto riesgo, como edificios antiguos, o continúa llevándose cosas a la boca, debe realizarse una prueba de niveles de plomo.
- **Otras pruebas.** Según los antecedentes médicos y el examen físico del niño, se puede indicar un electroencefalograma (EEG), una exploración mediante resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) o pruebas de detección de trastornos metabólicos. Los niños con ASD pueden ser selectivos con respecto a los alimentos, por lo que el pediatra de su hijo puede recomendar que se busque evidencia de deficiencias de hierro o vitaminas (especialmente vitamina D).

Nota: No existe suficiente evidencia clínica para recomendar ninguna de las pruebas siguientes específicamente para el autismo: análisis del cabello, medición de rutina de los niveles de vitaminas o nutrientes múltiples, estudios de permeabilidad intestinal, análisis de heces, péptidos urinarios, o medición del mercurio u otros metales pesados.

Cómo convivir con los ASD

Existen muchas estrategias y técnicas distintas para ayudar a los niños con ASD a aprender a interactuar con otros y a adquirir nuevas destrezas posiblemente vez los ayuden a hablar, jugar, participar en la escuela y satisfacer sus necesidades.

Según un panel de expertos que escribe para la National Academy of Sciences, los programas educativos eficaces diseñados para los niños con ASD desde el nacimiento hasta los 8 años de edad deben:

- **Ofrecer opciones.** El programa debe ofrecer una variedad de estrategias sociales, cognitivas, de comportamiento, de lenguaje y de juego que sean personalizadas para el niño. De ser posible, el niño también debe recibir terapia del habla, ocupacional y física directa, según su necesidad individual.
- **Tener objetivos claros.** Un plan personalizado debe incluir objetivos específicos, observables y mensurables en cada área de desarrollo y comportamiento de la intervención.
- **Ser intensivos.** El programa debe ser intensivo, con un objetivo de 20 a 25 horas de intervención o instrucción planificada por semana. Debe ofrecerse durante todo el año. La mayoría de los niños se beneficia con una proporción de personal de 1 a 1 o 1 a 2 con un adulto en las intervenciones iniciales.
- **Alentar a los padres para que se involucren plenamente.** Los hermanos y pares también deben ser incluidos en el programa. Con frecuencia, los niños aprenden mejor imitando a los niños con desarrollo típico en entornos inclusivos. La familia debe contar con el apoyo del equipo terapéutico para poder promover destrezas sociales, comunicación funcional y un comportamiento adecuado en el hogar.
- **Ocurrir en los entornos cotidianos.** Para promover la generalización de las destrezas recientemente adquiridas, las intervenciones deben ocurrir en los entornos cotidianos. Jugar y aprender con niños sin ASD puede ayudar a los niños con ASD a aprender destrezas sociales y lingüísticas.
- **Tratar los problemas de comportamiento.** Se debe realizar un análisis funcional del comportamiento cuando hay problemas de comportamiento. La información obtenida debe utilizarse para diseñar un plan de manejo del

comportamiento. La familia debe involucrarse para poder trabajar también en las necesidades de comportamiento del niño.

- **Controlar el progreso frecuentemente.** Si no se están logrando las metas y los objetivos en un período razonable, el programa debe ser evaluado y revisado según sea necesario.

Los tipos y la calidad de los servicios pueden variar en función del lugar donde viva una familia. Se están realizando esfuerzos a nivel nacional para aumentar la financiación y la capacitación, de modo que los profesionales puedan satisfacer las necesidades de los niños con ASD en entornos médicos y educativos. Si bien los recursos pueden variar en las distintas comunidades, una combinación de intervenciones con padres y profesionales puede mejorar el desarrollo de los niños con ASD.

Los niños deben ser derivados a un programa adecuado apenas se sospeche que existe un retraso. Los padres no deben esperar hasta tener un diagnóstico definitivo de un ASD porque esto puede llevar algún tiempo. Por ejemplo, la evaluación y el tratamiento con terapia del habla deben comenzar apenas se identifique un retraso en la comunicación.

Una vez que se tenga el diagnóstico definitivo de un ASD u otra discapacidad del desarrollo, el programa específico se puede cambiar para satisfacer las necesidades del niño y su familia más adecuadamente. Recuerde que el diagnóstico puede ser un proceso continuo a medida que se manifiestan signos y síntomas adicionales u otros mejoran.

Si bien *todos* los niños con ASD necesitarán servicios educativos y la mayoría necesitará terapia e intervenciones del comportamiento, solamente algunos niños pueden necesitar medicamentos. Posiblemente se utilicen medicamentos para ayudar a reducir los comportamientos que pudiesen interferir en el aprendizaje o la interacción con otros, como la agresividad, las obsesiones o la hiperactividad.

Se sugiere a los padres que aprendan todo lo que puedan sobre toda la variedad de tratamientos disponibles. El tratamiento debe enfocarse en apoyar al niño para que tenga éxito en el mundo real.

El futuro

Los niños con ASD se ven afectados por muchos factores que forjarán su futuro. En general, los desenlaces a largo plazo para los niños con ASD han mejorado. Generalmente, cuanto antes se identifique un ASD, antes se podrán comenzar los programas de intervención adecuados. Si bien creemos que los niños obtienen beneficios de desarrollo significativos con la intervención temprana e intensa, algunos niños pueden progresar lentamente dependiendo de su inteligencia, la gravedad de sus síntomas de ASD, y si tienen problemas médicos asociados como convulsiones o trastornos del comportamiento significativos.

Los niños cuya inteligencia se encuentra dentro del rango típico y que tienen síntomas más leves de ASD tienen mayores probabilidades de completar los programas académicos en la escuela y de tener más éxito en sus empleos en la comunidad cuando sean adultos.

El objetivo de todos los padres, ya sea que sus hijos tengan desarrollo típico o una discapacidad, es ayudar a sus hijos a que logren su máximo potencial con la ayuda de todos los recursos disponibles.

Recursos

Libros

- Attwood T. *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. London, England: Jessica Kingsley Publishers; 2007
- Baker J. Preparing for Life: *The Complete Guide for Transitioning to Adulthood for those with Autism and Asperger's Syndrome*. Arlington, TX: Future Horizons; 2005
- Bashe PR, Kirby BL. *The OASIS Guide to Asperger Syndrome: Advice, Support, Insight, and Inspiration*. Rev ed. New York, NY: Crown Publishers; 2005
- Coplan J. *Making Sense of Autistic Spectrum Disorders: Create the Brightest Future for Your Child With the Best Treatment Options*. New York, NY: Bantam Books; 2010
- Glasberg BA. *Functional Behavior Assessment for People with Autism: Making Sense of Seemingly Senseless Behavior*. Bethesda, MD: Woodbine House; 2006
- Gray C. *The New Social Story Book*. Arlington, TX: Future Horizons; 2010
- Harris SL, Weiss MJ. *Right from the Start: Behavioral Intervention for Young Children with Autism*. 2nd ed. Bethesda, MD: Woodbine House; 2007
- Hodgdon LA. *Visual Strategies for Improving Communication: Practical Supports for School and Home*. Troy, MI: QuirkRoberts Publishing; 2000
- Kluth P, Shouse J. *The Autism Checklist: A Practical Reference for Parents and Teachers*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009
- McClannahan LE, Krantz PJ. *Activity Schedules for Children with Autism: Teaching Independent Behavior*. 2nd ed. Bethesda, MD: Woodbine House; 2010
- Moor J. *Playing, Laughing and Learning with Children on the Autism Spectrum: A Practical Resource of Play Ideas for Parents and Carers*. 2nd ed. London, England: Jessica Kingsley Publishers; 2008
- Notbohm E. *Ten Things Every Child With Autism Wishes You Knew*. Arlington, TX: Future Horizons; 2005
- Notbohm E, Zysik V. *1001 Great Ideas for Teaching & Raising Children with Autism or Asperger's*. Rev ed. Arlington, TX: Future Horizons; 2010
- Simpson RL. *Autism Spectrum Disorders: Interventions and Treatments for Children and Youth*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2005
- Thompson T. *Making Sense of Autism*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co; 2007
- Volkmar FR, Wiesner LA. *A Practical Guide to Autism: What Every Parent, Family Member, and Teacher Needs to Know*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009
- Wiseman ND. *Could It Be Autism? A Parent's Guide to the First Signs and Next Steps*. New York, NY: Random House; 2006

Sítios web

American Academy of Pediatrics

www.aap.org

www.aap.org/autism (Council on Children With Disabilities Autism Subcommittee)

www.HealthyChildren.org (sitio web oficial de la AAP para padres)

www.medicalhomeinfo.org (National Center for Medical Home Implementation)

Autism Science Foundation

www.autismsciencefoundation.org

Autism Speaks

www.autismspeaks.org

Centers for Disease Control and Prevention

www.cdc.gov/autism

Easter Seals

www.easterseals.com/autism

National Institute of Mental Health

www.nimh.nih.gov

La inclusión de recursos no implica que American Academy of Pediatrics (AAP) los respalde. AAP no se hace responsable del contenido de los recursos mencionados en esta publicación. Las direcciones de los sitios web están lo más actualizadas posible, pero pueden cambiar en cualquier momento.

La información incluida en esta publicación no debe usarse como reemplazo de la atención médica y los consejos de su pediatra. Es posible que haya variaciones en el tratamiento que su pediatra pueda recomendar de acuerdo a hechos y circunstancias individuales.

Desarrollado por AAP Council on Children With Disabilities Autism Subcommittee.

De parte de su médico

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

American Academy of Pediatrics es una organización que cuenta con 60.000 pediatras de atención primaria, subespecialistas pediátricos y especialistas en cirugía pediátrica dedicados a la salud, la seguridad y el bienestar de bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes.

American Academy of Pediatrics
Sitio web: www.HealthyChildren.org

Derechos de autor ©2012
American Academy of Pediatrics
Todos los derechos reservados.