



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Intervención en Trastorno de Estrés Postraumático
con personas con Trastorno del Espectro Autista**

Autor/a: Laura de la Fuente García

Director/a: Eva María Díaz Mesa

Madrid
2021/2022

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo cuyos síntomas principales son la dificultad en la comunicación social y en el comportamiento. Estos síntomas les convierten en personas especialmente vulnerables a convertirse en víctimas debido, entre otros factores, a la percepción que tienen los agresores de ellas. Esta vulnerabilidad les hace a su vez propensas a desarrollar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tras haber sufrido algún acontecimiento traumático, por lo que será necesario realizar una intervención psicológica con ellas centrada en el trauma. Tras la revisión realizada se concluye que a día de hoy no existen intervenciones específicas para personas con TEA que padezcan TEPT, pero que en algunos casos es posible adaptar las intervenciones existentes a las personas con TEA teniendo en cuenta sus síntomas y signos.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, TEA, Trastorno de Estrés Postraumático, TEPT, intervención.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder whose main symptoms are difficulty in social communication and behavior. These symptoms make them especially vulnerable to becoming victims due, among other factors, to the perception that their aggressors have of them. This vulnerability in turn makes them prone to developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) after having suffered some traumatic event, so it will be necessary to carry out a psychological intervention with them focused on the trauma. After the review carried out, it is concluded that today there are no specific interventions for people with ASD who suffer from PTSD, but that in some cases it is possible to adapt existing interventions to people with ASD taking into account their symptoms and signs.

Key Words: Autism Spectrum Disorder, ASD, Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD, intervention.

Índice

Introducción	5
<i>Justificación</i>	<i>5</i>
<i>Objetivos</i>	<i>6</i>
Trastorno del Espectro Autista	7
<i>Vulnerabilidad a convertirse en víctimas</i>	<i>9</i>
<i>Comorbilidad</i>	<i>10</i>
Trastorno de Estrés Postraumático	11
Intervenciones psicológicas	13
<i>Intervención psicológica en personas con TEA.....</i>	<i>13</i>
<i>Intervención psicológica en personas con TEPT.....</i>	<i>17</i>
<i>Intervención psicológica en personas con TEA y TEPT.....</i>	<i>20</i>
Conclusiones.....	23
Limitaciones y prospectivas	24
Referencias bibliográficas	26
ANEXOS.....	32

Introducción

Todo el mundo puede sufrir en algún momento de su vida algún suceso traumático que le haga convertirse en víctima, entendiendo como víctima a “toda persona física que haya sufrido un daño o perjuicio sobre su propia persona o patrimonio, en especial lesiones físicas o psíquicas, daños emocionales o perjuicios económicos directamente causados por la comisión de un delito” (Ley 4/2015, Artículo 2). Cuando la persona se ha convertido en víctima aumentan las probabilidades de padecer daños psicológicos, específicamente el Trastorno de Estrés Postraumático, cuya relación con los sucesos traumáticos supone una relación innegable (Freedly y Hobfoll, 1995).

Una población que presenta una especial vulnerabilidad a convertirse en víctima debido a los síntomas que sufre son las personas con Trastorno del Espectro Autista, para las que habría que idear una intervención especial que recogiese sus necesidades específicas y que evitase de esta manera que el Trastorno de Estrés Postraumático se volviese crónico aumentando así la gravedad de sus síntomas.

Justificación

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que sufren algunas personas a lo largo de su vida y cuyos síntomas y signos empiezan a ser destacables y diferenciables del desarrollo normal a partir de los dieciocho meses de edad (Muñoz et al., 2006). Los principales síntomas y signos de este trastorno son la dificultad en la interacción y comunicación social y la rigidez cognitiva. A día de hoy la prevalencia mundial de autismo se encuentra alrededor del 1%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (Bonilla y Chaskel, 2016) y teniendo en cuenta que los diagnósticos de autismo están aumentando en los últimos años.

Se denomina espectro debido a la gran variedad de formas de presentación de este trastorno, por lo que el trabajo clínico debe de ser igual de variado, centrándose en las características individuales que padezca la persona y al grado de severidad de sus síntomas. A la hora de la intervención habría que tener en cuenta otros aspectos como la comorbilidad con otros trastornos, especialmente los trastornos del estado de ánimo, en concreto depresión y ansiedad, ya que son los más frecuentes en esta población (Matson y Nebel-Schwalm, 2007). A su vez, los trastornos de ansiedad son un factor de riesgo para la presentación de otros trastornos como el Trastorno de Estrés Postraumático (Chapman et al., 2012), lo que se suma también a la vulnerabilidad de las personas que padecen TEA a convertirse en víctimas, especialmente de acoso escolar, debido a los síntomas que padecen.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que según el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales se presenta tras la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso traumático. Entre los síntomas que puede sufrir la persona con TEPT se encuentran los recuerdos intrusivos, las conductas de evitación, los cambios en el estado de ánimo y la hiperalerta (Carvajal, 2002). Alrededor de un 25-30% de la población general que ha experimentado en algún momento de su vida un suceso traumático desarrollará TEPT, siendo la tasa de prevalencia actualmente en Europa del 6,4-6,8% de la población, y de un 3,9% a nivel internacional (Crespo Generelo et al., 2019).

Algunos aspectos que influyen mucho en el buen pronóstico del TEPT son el apoyo social, la alta autoestima, la buena comunicación interpersonal que le permita a la persona hablar de lo ocurrido y tener un locus de control interno adecuado (Páramo, 2011). Esto también tiene relación con la vulnerabilidad de las personas con TEA a padecer este trastorno, ya que el hecho de tener dificultades en la comunicación e interacción social es un factor a tener en cuenta. Por ello, es necesario adaptar las intervenciones a este grupo poblacional, ya que debido a estos síntomas que padecen (como las dificultades en la comunicación o la inflexibilidad a la hora del cambio) las pautas de intervención ya propuestas para el TEPT no tendrían el mismo efecto, siendo necesario que se produzcan algunas variaciones de modo que se prevea un buen pronóstico.

Es muy importante dedicar esfuerzos a la intervención en personas con TEA que estén sufriendo TEPT, porque aunque pueda ser difícil de diagnosticar debido a que los síntomas se puedan confundir con los del autismo (insomnio, angustia constante, estereotipias) sufrir de estrés postraumático puede aumentar la intensidad de dichos síntomas, ya que algunos cuentan con una prodigiosa memoria que les lleva a recordar muy vívidamente el suceso traumático y con una poderosa sensorialidad que hace que capten todos los estímulos del entorno, llegando incluso a provocar que la persona se aparte de la sociedad para evitar la hiperestimulación.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar las intervenciones con personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que presenten Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Contando con una serie de objetivos específicos:

- Caracterizar el Trastorno del Espectro Autista.
- Explicar el Trastorno de Estrés Postraumático.
- Detallar las intervenciones con personas que presentan Trastorno del Espectro Autista.
- Especificar las intervenciones con personas que sufran Trastorno de Estrés Postraumático con las que se obtiene una buena evolución.

Trastorno del Espectro Autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por la presentación de un conjunto de síntomas, siendo los principales problemas en la comunicación y la presentación de comportamientos restrictivos y repetitivos. Como se presenta en la Tabla 1 los problemas en la comunicación se manifiestan como dificultades en las relaciones socioemocionales, así como en la comprensión y uso del lenguaje no verbal. Mientras que los comportamientos restrictivos y repetitivos se pueden manifestar desde el uso de estereotipias motrices o verbales, adhesión exagerada a rutinas o intereses fijos, hasta la hipo o hipersensibilidad a los estímulos ambientales (American Psychiatric Association, 2013).

Los primeros síntomas de este trastorno empiezan a percibirse a partir de los dieciocho meses de edad, aunque no se puede hacer un diagnóstico específico hasta los tres años, siendo necesario poner “sospecha de trastorno del espectro autista” cuando el diagnóstico se hace antes de dicha edad. La familia suele ser la primera en observar el problema, siendo la edad media de detección en torno a los veintidós meses, resaltando de manera significativa las dificultades en el área social y comunicativa. Para detectarlo hay que poner el foco en dos áreas: vigilancia del desarrollo (enfocado a vigilar que el desarrollo del niño sigue un proceso normal) y la detección temprana (si se observa que el niño no sigue un desarrollo normal y empieza a presentar síntomas se realizará un diagnóstico específico en función de la edad del niño). La detección a los doce meses es inusual porque los problemas se pueden deber a otras alteraciones como el retraso global del desarrollo, aunque a esa edad ya existen una serie de signos que pueden servir de alerta para los padres: poco contacto social, no responder a su nombre, no señalar o pedir objetos o contacto visual escaso (Muñoz Yunta et al., 2006).

El TEA es considerado un espectro debido a la gran diversidad y complejidad en sus síntomas, incluyendo en algunos casos dificultades en el lenguaje o falta de autonomía en

diversos grados. De acuerdo con el DSM-5 (2013) se clasifica según el nivel de asistencia requerido:

- Grado 1. “Necesita ayuda”. Su comunicación social se ve afectada, presentando dificultades en el inicio de interacciones sociales o a la hora de dar respuestas coherentes, pudiendo entender su comportamiento social como excéntrico. También presenta dificultades a la hora de flexibilizar su rutina y variar actividades, siendo difícil tener autonomía a la hora de organizarse y planificar.
- Grado 2. “Necesita ayuda notable”. En este grado las deficiencias en la comunicación social ya son más notables, afectando tanto al área verbal como no verbal, por lo que sus interacciones sociales se van más limitadas. Presentan mayor inflexibilidad a la hora de enfrentar los cambios o los comportamientos repetitivos, obstaculizando el funcionamiento en distintos contextos y generándole ansiedad cuando el cambio se produce.
- Grado 3. “Necesita ayuda muy notable”. Las interacciones en este grado ya se ven muy limitadas. El habla de la persona es inteligible y si se inicia una interacción es únicamente cuando esta se produce de manera directa. La extrema dificultad a la hora de establecer cambios afecta considerablemente a la persona en todas las áreas de su vida. La ansiedad cuando cambia el foco de atención ya es intensa.

A día de hoy todavía no se ha encontrado una causa concreta de la etiología del TEA, aunque cobran especial relevancia los factores genéticos. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el TEA tiene una heredabilidad del 90% (Freitag, 2007), aunque los factores genéticos relacionados todavía sean muy desconocidos debido a su complejidad. Esta complejidad genética está relacionada con los genes asociados al crecimiento y la conectividad neuronal, al metabolismo de los esteroides sexuales y a la respuesta socioemocional (Chakrabarti et al., 2009). Estos genes están muy relacionados con los factores ambientales en el desarrollo de los TEA. Entre estos factores ambientales se encuentran la prematuridad, el bajo peso al nacer, las infecciones virales durante la gestación o el consumo de sustancias de la madre durante el embarazo (Arberas y Ruggieri, 2013).

Vulnerabilidad a convertirse en víctimas

Las personas con TEA y, en general, con algún trastorno del neurodesarrollo son más propensas a ser víctimas de actos violentos o de abusos. Esto ocurre porque su sintomatología les convierte en personas más vulnerables, lo que a ojos del agresor hace que sean más accesibles y la agresión sea más fácil (Loinaz et al., 2011). En un estudio realizado por Teplin et al. (2005) se demostró que las mujeres con algún trastorno sufren más abusos sexuales (20,3%), mientras que los hombres sufren más agresiones físicas (34,1%). Esto se debe a que tienen mayor dificultad a la hora de identificar aquellas situaciones de riesgo y, por lo tanto, no son capaces de protegerse. Además, a día de hoy todavía existe mucho desconocimiento acerca de los trastornos mentales, por lo que las personas que los sufren son estigmatizadas y tratadas de forma despectiva por la sociedad. Estas percepciones negativas que tiene de ellas viéndolas como personas peligrosas e impredecibles los lleva a actuar de manera agresiva contra ellas. Muchas veces es el miedo el que lleva a la sociedad a mantener el estigma social debido al perfil que se representa de estas personas en los medios de comunicación (López et al., 2008).

El autismo se encuentra entre los trastornos con mayor probabilidad de sufrir maltrato o abuso sexual (Giardino et al., 2003), esto se debe a que el nivel de conciencia y de resistencia de la agresión en las personas con TEA está más limitado, al igual que las habilidades comunicativas, lo que disminuye las probabilidades del agresor de ser expuesto y aumentan sus probabilidades de salir impune (Loinaz et al., 2011). Además, las personas con TEA tienen dificultades en la interpretación de las relaciones sociales lo que provoca que sean más vulnerables a convertirse en víctimas (González et al., 2019). Esto puede provocar que se aislen de la sociedad, evitando toda relación social lo que actúa como un factor de riesgo de victimización, ya que a los agresores les será más fácil acercarse a ellos cuando están solos. Esto se suma al hecho de que los tutores no son capaces de identificar los síntomas del abuso sexual, entre los que se encuentran problemas de sueño, ataques de ira, conducta introvertida o sexualización precoz, ya que pueden ser confundidos con el trastorno (Pereda, 2009).

Giardino et al. (2003) realizaron un estudio en el que se le preguntaban a familias con niños con algún tipo de discapacidad una serie de preguntas relativas a abusos, ya sean sexuales o físicos. A las familias cuyos resultados habían mostrado que sus hijos eran víctimas de algún tipo de abuso se les recomendó ir al psicólogo, pero cuando llegó la revisión del caso solo un 48% había seguido las indicaciones. Estas situaciones sumadas al hecho de que no hayan sido atendidas pueden generar que los síntomas se cronifiquen

y desencadenen: ansiedad, agresividad, culpa, conductas sexualizadas, etc. (Verdugo et al., 2002). Esto puede provocar también que desarrolle otro tipo de trastornos como puede ser el trastorno ansioso, depresivo o estrés postraumático que sumado al TEA puede limitar aún más su vida. Asimismo, el abanico de situaciones que puede desencadenar estrés postraumático en las personas con TEA es muy diverso, llegando a encontrarse situaciones como el acoso escolar, la falta de apoyo social, el divorcio de los padres o la enfermedad de un familiar (Rumball et al., 2020).

Comorbilidad

La comorbilidad hace referencia al “solapamiento o co-ocurrencia de síntomas pertenecientes a distintos trastornos en una misma persona” (de la Iglesia y Sixto, 2012). En el Trastorno del Espectro Autista es muy frecuente que se produzca esta comorbilidad con distintos trastornos como pueden ser los trastornos del comportamiento (TDAH, trastornos de ansiedad), trastornos médicos (epilepsia, distrofia muscular) u otros trastornos del neurodesarrollo (retraso mental, trastornos del habla y del lenguaje) (Espín Jaime et al., 2013). Alrededor del 70% de personas con autismo presentan síntomas compatibles con otros trastornos lo que deteriora aún más sus capacidades psicológicas, siendo los más comunes los retrasos mentales (NICE, 2011).

Las personas con autismo tienen más tendencia a padecer cualquier variación de ansiedad, ya sea social, generalizada o de separación, que el resto de la población general, lo que complica aún más su adaptación social. En un estudio realizado en 2011 por van Steensel et al. en el que evaluaron a 2.121 personas con autismo encontraron que el 39,7% de las personas sufrían algún trastorno de ansiedad, siendo los más comunes la fobia social (30%), el trastorno obsesivo-compulsivo (17%) y la agorafobia (17%). En relación a las causas, desde los años cuarenta se estudia su relación, especialmente con los síntomas de patrones de comportamiento e intereses restringidos, ya que pueden estar fomentados por la ansiedad que sufre la persona. En los años sesenta esta hipótesis cambió y se analizó la posibilidad de que los comportamientos e intereses restringidos actuaran como mecanismos contra la ansiedad (Pérez, 2013).

Mientras que, desde una perspectiva psicosocial se ha estudiado los efectos que producen las transiciones en los niños con TEA, siendo el paso a la adolescencia una fuente de retos, ya que van a tener que adaptarse a nuevas situaciones más complejas y se produce un cambio en la rutina que puede angustiarles (White et al., 2009). Además, esto

se suma al hecho de que van a experimentar cambios físicos, hormonales y sociales que supondrán otro desafío junto con las nuevas rutinas (Khouzam et al., 2004). La ansiedad generada por estos cambios puede llevarlos a aislarse socialmente lo que empeorará su déficit social (de la Iglesia y Sixto, 2013), y lo que puede provocar a su vez un trastorno depresivo.

Los síntomas del trastorno depresivo son difíciles de identificar debido a la dificultad en la comunicación emocional y de la expresión facial de las personas con TEA, por ello debe ponerse el foco en la aparición de irritabilidad, aumento de las conductas repetitivas, pérdida de interés en cosas que previamente les gustaba o en el aumento de la ansiedad por separación (Falconi et al., 2018).

Trastorno de Estrés Postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es uno de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). El criterio principal que tiene que darse para considerar que una persona puede sufrir estrés postraumático es que haya estado expuesta de manera directa o indirecta a una situación traumática o incluso conocer a alguien que haya vivido una situación traumática. Este trastorno está caracterizado por la presentación de distintos signos y síntomas entre los que se encuentran:

- La intrusión que hace referencia a la aparición de manera involuntaria de recuerdos asociados al hecho, así como sueños angustiosos y reacciones disociativas en las que la persona rememora el suceso.
- La evitación que tiene que ver con evitar recuerdos o pensamientos asociados al suceso traumático, además de aquellos aspectos externos, como lugares, personas o situaciones, que le hagan recordar lo ocurrido.
- Por último, la hipervigilancia es la perturbación de la alerta que aparece en forma de comportamientos irritables, imprudentes, respuestas de sobresalto exageradas o problemas de sueño.

Para que el conjunto de estos signos y síntomas puedan considerarse Trastorno de Estrés Postraumático tienen que estar presentes durante más de un mes (American Psychiatric Association, 2013).

Alrededor de un 50-90% de la población está expuesta a sucesos traumáticos en algún momento de su vida, pero solo en torno al 25-30% desarrollará estrés postraumático

(NICE, 2018). Todavía no se tiene clara la razón por la que algunas personas terminan desarrollando TEPT y otras no, aunque la hipótesis que más peso tiene es que existe cierta vulnerabilidad individual, ambiental y relacionada con el trauma (Crespo Generelo et al., 2013).

Entre los factores individuales los que más peso tienen son ser mujer, joven, la vulnerabilidad psicológica, haber sufrido algún trauma en la infancia (especialmente algún abuso sexual) o tener un cociente intelectual bajo. En relación a las diferencias en función del sexo: las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar TEPT, pese a que los hombres se ven más expuestos a situaciones traumáticas. Una de las razones de estas diferencias es que el suceso traumático y las características personales influyen en las posibilidades de padecer TEPT (Crespo Generelo et al., 2013), lo que podría explicar esta diferencia entre ambos sexos y es que uno de los sucesos que más causa TEPT es la violación o los abusos sexuales, siendo las mujeres más víctimas de ello que los hombres (Kessler, 1995).

Respecto a los factores genéticos juegan un papel importante las alteraciones neuroendocrinas, en concreto en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) lo que genera que se limite la secreción de cortisol y se segreguen más catecolaminas, afectando a la memoria y a la respuesta del miedo. También se producen alteraciones neuroanatómicas en la amígdala, implicada en los recuerdos relacionados con el miedo, y en el córtex, lo que limita que se active la respuesta de eliminación del miedo (Crespo Generelo et al., 2013).

En relación a los factores ambientales se encuentran tener bajo nivel socioeconómico, pertenecer a una minoría étnica o tener poco apoyo social. Finalmente, los factores relacionados con el trauma son la intensidad y la duración del suceso, porque cuanto más dure y más intenso sea, mayor probabilidad de desarrollar TEPT, así como la sensación de control que tenga sobre el suceso. Además, si el evento fue provocado por un ser humano las probabilidades de presentar TEPT y la sintomatología derivada del suceso aumentan (Crespo Generelo et al., 2013).

Contar con apoyo social y la posibilidad de acceder a ayuda psicológica tras la vivencia del suceso traumático actúan como factores de protección a la hora de desarrollar estrés postraumático. Es importante poder acceder a esta ayuda psicológica porque el estrés postraumático es un trastorno que tiende a cronificarse, de manera que únicamente el 50% de los pacientes se recupera tras dos años, siendo lo común presentar síntomas hasta quince años después del suceso. Si la persona puede recibir atención psicológica el tiempo

medio de remisión de los síntomas es de treinta y cinco meses para las mujeres y nueve meses para los hombres. A la hora de hablar de recuperación es importante tener en cuenta si la persona estuvo expuesta a alguna situación traumática durante su infancia, ya que además de actuar como factor de riesgo a la hora de desarrollar TEPT en la adultez, la reacción que tuvo en ese momento se convertirá en su mecanismo de afrontamiento para situaciones futuras y será necesario conocerla para orientar la terapia (Palacios y Heinze, 2002).

El Trastorno de Estrés Postraumático está muy relacionado con otras patologías, siendo común que se den de manera simultánea. El 75% de las personas que padecen TEPT desarrollan otro tipo de trastorno, siendo los más comunes ansiedad, depresión, trastorno por uso de sustancias o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Crespo Generelo et al., 2013). Es importante conocer la comorbilidad, ya que muchas veces está relacionada con la cronicidad del trastorno, así como con la resistencia en los tratamientos (Palacios y Heinze, 2002).

Cuando la persona padece TEPT, la mayoría de las ocasiones termina desarrollando un trastorno de ansiedad o depresivo, limitando aún más su funcionalidad. Además, el hecho de sufrir ansiedad o depresión actúa como un factor de riesgo a la hora de padecer TEPT. Por ello, es muy importante saber distinguir los trastornos, ya que los tres están muy relacionados con sintomatología ansiosa y de activación, así como con reexperimentación e intrusión. Algunos aspectos que pueden ayudar en la diferenciación de los tres trastornos son:

- En el TEPT es fundamental tener en cuenta el curso sintomatológico, poniendo el foco en el evento traumático y siendo la reexperimentación el síntoma principal.
- En la depresión aparece la rumiación depresiva que puede confundirse con el recuerdo intrusivo. La diferencia entre ambos es que la rumiación depresiva tiene más que ver con sentimientos de nostalgia, relacionado con una amplia gama de situaciones. Mientras que en el TEPT el recuerdo intrusivo está enfocado únicamente en el evento traumático (Crespo Generelo et al., 2013).

Intervenciones psicológicas

Intervención psicológica en personas con TEA

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno crónico para el que no existe una cura, pero es fundamental la rehabilitación y el tratamiento, ya que ayudará a mejorar el

pronóstico de este. El TEA presenta una gran heterogeneidad de síntomas lo que dificulta determinar qué tratamiento es el más adecuado, aunque se ha llegado al consenso de que debe estar enfocado en lo clínico y psicoeducativo, así como ser individualizado, utilizando técnicas adaptadas a la persona, intensivo y centrado en todas las áreas del paciente, necesitando para ello la participación de todas las personas que formen parte de la vida del menor (padres, familiares, profesores, etc.) (Sánchez-Raya et al., 2015).

En los trastornos del neurodesarrollo y en especial en el TEA es necesaria la detección e intervención temprana. Aunque este hecho pueda suponer una dificultad debido a que se pueden ir produciendo cambios en el comportamiento del niño, llevando incluso al profesional a tener que modificar su diagnóstico original, la intervención temprana es un aspecto fundamental, ya que aumenta las posibilidades de mejora del trastorno al intervenir durante las primeras etapas del desarrollo donde el sistema nervioso del menor todavía se puede modificar (Sánchez-Raya et al., 2015).

Se ha puesto el foco en la intervención temprana debido a que en esas edades todavía hay neuroplasticidad cerebral, por lo que trabajar la comunicación y la atención social puede generar una mejora en el funcionamiento cerebral (Zalaquett et al., 2015). La atención temprana consiste en aplicar una serie de intervenciones clínicas y educativas a niños de entre 0 y 6 años y a sus familias. Se busca establecer un conjunto de actividades que ayuden al menor a desarrollar su maduración, así como a alcanzar el desarrollo personal y la integración social mediante pautas que trabajen las capacidades cognitivas y autorregulatorias del niño. Estas actividades tienen que estar enfocadas en que el niño participe en el medio, se estimule ambientalmente y se den una serie de interacciones socio-afectivas adecuadas a la maduración de su sistema nervioso.

Una de las principales características de la atención temprana es que debe ser multidimensional, es decir tiene que estar formado por equipos interdisciplinarios en función de las necesidades del niño y su familia (Sánchez-Raya et al., 2015). En la atención temprana se trabaja también con la familia ayudándoles a asimilar el trastorno del niño mediante el trabajo emocional individual y familiar y brindándoles una serie de recursos y pautas para el funcionamiento familiar (Zalaquett et al., 2015). Una vez se haya detectado el trastorno y se haya llevado a cabo una intervención temprana durante los primeros años de vida, se podrán empezar a aplicar los tratamientos más eficaces.

El Análisis Conductual Aplicado (ABA por Applied Behavioral Analysis) es uno de los tratamientos más usados a día de hoy en el Trastorno del Espectro Autista tanto en adultos como en niños, aunque la edad recomendada de inicio es entre los dos y tres años

(Elba Aldaba, 2015). Consiste en aplicar los principios de la teoría del aprendizaje buscando mejorar las habilidades humanas que son necesarias para la interacción social. Se centra especialmente en la relación entre el entorno y la conducta, específicamente la conducta estereotipada de las personas con TEA, sosteniendo que si se varían estos elementos se producirá un cambio en la conducta. Mediante el análisis conductual se entiende la relación entre las conductas, de manera que los cambios que se produzcan tengan consecuencias positivas y evite así que al cambiar ciertas conductas se den efectos negativos (Alessandri et al., 2005). Es importante que una vez se logren cambiar estas conductas se siga una programación de mantenimiento en el que se involucre a los padres para verificar que ese comportamiento ha desaparecido y se ha instaurado el nuevo. Esta terapia es especialmente significativa, ya que busca reducir la dependencia que se puede establecer entre el niño y el terapeuta, así como aumentar la adaptación al medio, para ello trabaja con el castigo y el reforzamiento positivo (Valencia-Cifuentes y Becerra, 2019). Dentro de este modelo aparecen métodos concretos que ayudan en la adquisición de habilidades sociales y disminuyen las conductas repetitivas. Entre estos métodos se encuentran la DTT (Discrete Trial Training), la VB (Análisis de la conducta verbal) y el PRT (Pivotal Response Training):

- La DTT consiste en una intervención temprana e intensiva en la que se destaca el análisis de tareas, las instrucciones, la práctica repetida y el entrenamiento en diferenciación y generalización. Está enfocada a la mejora de distintas áreas como la cognición o las habilidades sociales y comunicativas (Alessandri et al., 2005). Una de las actividades básicas de este método consiste en descomponer acciones en pequeños pasos para que la persona sea capaz de aprenderlo poco a poco. En un primer momento el psicólogo le presenta un estímulo que en la mayoría de las ocasiones irá seguido de un refuerzo. El niño responderá y en función de si lo hace de manera correcta o incorrecta se proporcionará otro refuerzo o una corrección (Mulas et al., 2010).
- La VB pone el foco en el lenguaje a la hora de realizar la intervención, siendo fundamentales los mandos, los tactos, las ecoicas y las intraverbales. Cobra mucha importancia en estas terapias el intercambio verbal que se produce entre el niño y el terapeuta. Los mandos actuarán como reclamos que le hace el niño al psicólogo relacionados con algo que quiere, se busca que el niño exprese una necesidad para que el terapeuta pueda dársela. Las ecoicas consisten en la repetición verbal de lo que diga el terapeuta, ya que la imitación es considerada una forma esencial de

aprendizaje. Los tactos tienen que ver con la relación entre observar-ver, se le mostrará una imagen al niño y este tendrá que expresar qué está viendo. Por último, las intraverbales están relacionadas con las preguntas, el psicólogo le realizará una pregunta al menor y este tendrá que responderla (Alessandri et al., 2005).

- Por último, el PRT se basa en el análisis conductual aplicado, en el que se establecen conductas primordiales como objetivo del tratamiento. Estas conductas están relacionadas con elementos importantes del funcionamiento y tienen que estar relacionadas con conductas secundarias, de manera que si logramos cambiar estas conductas centrales podremos cambiar a su vez las secundarias. La motivación del niño es un aspecto importante en esta técnica a la hora de llevar a cabo las actividades relacionadas con el juego, el lenguaje y la interacción social. Además, únicamente si se cuenta con la motivación del menor se podrán incorporar en su vida para que se generalicen y se mantengan las nuevas conductas adquiridas. Se ha demostrado que el PRT es muy eficaz en la mejoría de la comunicación y de las habilidades sociales (Alessandri et al., 2005).

El modelo Lovaas consiste en la utilización de técnicas operantes en una intervención temprana e intensiva (cuarenta horas semanales) en los distintos contextos del niño (Arróniz-Pérez y Bencomo-Pérez, 2018). Entre las distintas técnicas utilizadas destacan los registros observacionales de conducta, el entrenamiento por ensayos discretos y el análisis funcional. El análisis funcional se basa en recoger los estímulos previos a la conducta, la conducta en sí y las consecuencias que han generado, buscando conocer las motivaciones del niño para realizar dichas conductas. Para ello es fundamental realizar una observación directa del niño en un ambiente controlado, como su casa, o en un ambiente no controlado, como el parque. Tras realizar la observación se iniciará la técnica de ensayos discretos consistente en dar una orden al niño seguida de reforzamiento, ya sea positivo o negativo, buscando que se produzca un porcentaje de eficacia elevado en la realización de esa conducta durante varios días (Elba Aldaba, 2015).

El método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) tiene en cuenta las fortalezas y dificultades de las personas con TEA, siendo un método muy eficaz en el ámbito educativo (Rojas et al., 2019). En este método se busca trabajar las dificultades que presente la persona utilizando sus puntos fuertes: la aptitud visual, la memoria o la atención a los detalles, de manera que se adapte el entorno a la persona y no al revés. Para ello se realizarán imágenes con

las tareas a realizar y los pasos a seguir, horarios visuales o cualquier tipo de apoyo visual, como los pictogramas, que ayude a la persona a comprender el entorno (Alessandri et al., 2005). En este método también se tiene muy en cuenta a los padres involucrándoles en la realización de las actividades. Esta estructuración en el ambiente del menor mejora las motricidades, la comunicación, la imitación y la adaptación (Arróniz-Pérez y Bencomo-Pérez, 2018). Además, mejorará la independencia de la persona, siendo posible utilizar estos métodos hasta la adultez (Elba Aldaba, 2015).

En relación al tratamiento farmacológico no existe uno específico para el autismo, si no que ha estado más enfocado en ciertos síntomas secundarios que pueden padecer como los problemas de sueño, las conductas disruptivas, la ansiedad o la hiperactividad, siendo los fármacos principales los inhibidores de la recaptación de serotonina, el haloperidol o la naltrexona (Sánchez-Raya et al., 2015). Es importante tener en cuenta la posible necesidad de un tratamiento farmacológico que facilite la consolidación de la intervención psicológica (Arróniz-Pérez y Bencomo-Pérez, 2018).

Intervención psicológica en personas con TEPT

Tras un acontecimiento traumático es recomendable empezar cuanto antes el tratamiento psicológico para evitar que se desarrolle un TEPT crónico que a largo plazo sea más difícil de tratar. Es importante apoyar a la persona en su proceso, ofreciéndole un espacio seguro en el que pueda hablar de lo que le ocurrió a su ritmo, sin presiones y en el que se le presenten los distintos mecanismos de afrontamiento del problema (Crespo Generelo et al., 2013). Existen diferentes tratamientos cuya efectividad se ha demostrado, pero a la hora de elegir el mejor hay que tener en cuenta la edad y el acontecimiento traumático vivido por la persona.

La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es una terapia estructurada para trabajar con personas a partir de los tres años en la que participa la familia y consiste en sesiones semanales de cincuenta minutos, siendo necesarias entre ocho y veinticinco sesiones (Kanter y Pereda, 2020). Tiene que ser realizada por un psicólogo experto que seguirá ocho pasos con el paciente, consistentes en: psicoeducación (P), en el que se enseña al menor a normalizar las respuestas ante lo ocurrido y a fortalecer los mecanismos de afrontamiento; relajación (R), buscando ayudarle a reducir su ansiedad a lo largo del tratamiento; aprendizaje emocional (A), para que pueda expresar sus emociones asertivamente; conectar pensamientos y emociones (C), se le enseñará el modelo de ABC de Ellis para que pueda darse cuenta de cómo los pensamientos equivocados están

afectando a su forma de comportarse; narrativa del trauma (T), solo de esta manera el niño podrá hacer frente al trauma y se realizará una reestructuración cognitiva; exposición gradual in vivo (I), exponiéndole gradualmente a los estímulos que evita será capaz de ver que las respuestas aversivas que se dieron tras el suceso traumático ya no están presentes, disminuyendo así su evitación; sesiones familiares (C), en las que se le darán pautas a los padres para que puedan ayudar a sus hijos a hacer frente a la situación y a mantener los mecanismos adecuados de afrontamiento; y desarrollo del futuro (A), consiste en finalizar adecuadamente la terapia proporcionándole al menor la sensación de seguridad y de capacidad propia. Es una terapia flexible que se adapta a cada familia y cultura, así como al evento traumático vivido por el menor. Juega un papel fundamental la relación terapéutica establecida con los participantes (Guerra y Barrera, 2017). Es muy eficaz a la hora de tratar los síntomas postraumáticos y en la mejora del estado de ánimo, además de en el trabajo con las distorsiones relacionadas con la culpa, la confianza y la seguridad (Kanter y Pereda, 2020).

Dentro de esta terapia es muy significativa la reestructuración cognitiva en la que se identifican los pensamientos distorsionados que está teniendo la persona y que mantienen los síntomas postraumáticos y se reemplazan por pensamientos más objetivos que ayudan a reconstruir la narración del trauma. Para ello es efectivo la contrastación de hipótesis consistente en presentarle al paciente datos en función de los pensamiento distorsionados, de manera que si los datos apoyan el pensamiento este será realista, mientras que si los datos desmienten el pensamiento habrá que cambiarlo basándose en la evidencia (Mingote Adán et al., 2019).

La inoculación del estrés es una técnica que ayuda a la persona a desarrollar estrategias de afrontamiento para la situación traumática y para posibles problemas futuros. Es un tratamiento cognitivo-conductual que cuenta con una parte de psicoeducación acerca del estrés y entrenamiento y práctica de habilidades. En la fase de psicoeducación se enseña a la persona los componentes cognitivos, fisiológicos y motores que desencadenan la respuesta de estrés buscando que sea capaz de modificar sus pensamientos distorsionados a otros más adaptativos, así como hacerle consciente de que son esas distorsiones las que mantienen el problema y afectan a su comportamiento. Luego se le proporcionarán técnicas para trabajar las habilidades necesarias para afrontar el estrés y de las que en ese momento él carece. Algunas técnicas eficaces para ello son la exposición en imaginación, la relajación (que ayudará a la persona a disminuir su nivel de activación recuperando su estado de calma) o la reestructuración cognitiva. Para comprobar que la persona ha

asentado bien estas técnicas será necesario ponerlas en práctica en su vida diaria, de manera que se observe si las técnicas elegidas son las correctas o si hay que hacer alguna variación buscando adaptarlas. Con esta técnica los pacientes serán capaces de poner en marcha otros modos de actuación ante el estrés, aprendiendo a actuar en los momentos en los que sientan que el estrés les consume, así como ser capaces de sustituir las distorsiones cognitivas por pensamientos más adaptativos (Soto-Zentella et al., 2022).

La exposición prolongada ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de TEPT, especialmente en la reducción de síntomas como la hiperactivación, la reexperimentación, la ansiedad o los problemas de sueño. Se cree que esta es una técnica que funciona especialmente bien porque al exponer a la persona al estímulo temido y no obtener la respuesta esperada disminuye el condicionamiento generado, además se considera que el afrontamiento proactivo es el mejor medio para superar el miedo (Mingote Adán et al., 2019). A través de esta exposición la persona aprende que los estímulos asociados al trauma no le generan daño por sí mismos y que cuando recuerda el trauma no significa revivir la amenaza. También aprende que cuando más ansiedad siente es cuando está próximo a los estímulos asociados al trauma y que sentir ansiedad no siempre va asociado a una pérdida de control. Este aprendizaje lleva a la persona a habituarse a la ansiedad y a darse cuenta de que la exposición al estímulo no supone una amenaza (Báguena Puigcerver, 2001).

En los últimos años ha ganado protagonismo la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (DRMO, en inglés EMDR), una técnica consistente en la exposición en imaginación con movimientos oculares sacádicos (Báguena Puigcerver, 2001). Los movimientos de ojos rápidos y simultáneos a los lados reducen la ansiedad relacionada con los pensamientos de situaciones traumáticas. Esta técnica tiene unos objetivos principales que consisten en disminuir de manera rápida los pensamientos negativos y el estrés provocados por el acontecimiento traumático, de manera que se pueda generar una actitud más adaptativa que permita a la persona afrontar el acontecimiento traumático (Gil Lemus, 2008).

Para implementar esta técnica hay que seguir una serie de pasos, el primero es la guía en movimientos oculares sacádicos, que simulan el movimiento de ojos que se produce en la fase REM del sueño estimulando bilateralmente el cerebro y buscando modificar los pensamientos negativos, de manera que se module e integre la información facilitándole a la persona un equilibrio mental (Navas Torrejano, 2011). Para ello hay que seleccionar la imagen que mejor represente el suceso de manera que la persona pueda imaginarla

mientras se lleva a cabo la técnica. Se realizará una reestructuración cognitiva de los pensamientos acerca de la vivencia, reajustando las creencias asociadas a ella. Un aspecto positivo de esta técnica es que se prepara previamente al paciente para enfrentarse a los estímulos temidos y la exposición se hará de forma imaginada y breve, pudiendo parar en cualquier momento (Gil Lemus, 2008). Este proceso hay que llevarlo a cabo todas las veces que sea necesario hasta que se haya expuesto la persona a todos los estímulos condicionados que se hayan dado durante el evento, evitando así que en el presente y futuro se puedan volver a desencadenar estos síntomas (Navas Torrejano, 2011).

Por último, el tratamiento farmacológico más utilizado para el TEPT son los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), así como los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, siendo especialmente eficaces en la reducción de los síntomas de irritabilidad, pensamientos intrusivos, ansiedad e hipervigilancia. Este fármaco ha demostrado ser eficaz y tolerable en la mayoría de las personas, con pocos efectos secundarios, así como seguro, ya que hay que tener en cuenta que muchos pacientes con TEPT podrán realizar un intento de suicidio mediante una sobredosis (Crespo Generelo, Camarillo Gutiérrez y de Diego Ruiz, 2019).

Intervención psicológica en personas con TEA y TEPT

Es importante elaborar una intervención para personas con TEA que en algún momento de su vida puedan sufrir TEPT debido a su vulnerabilidad y a la diversidad de situaciones que pueden generarles TEPT. Si no se realiza una intervención temprana en la que se aborden los síntomas del estrés postraumático estos se cronificarán y terminarán afectando a su vez a los síntomas del TEA que han mejorado con el progreso realizado. Para ello es necesario conocer los síntomas que pueden mostrar si están experimentando TEPT, que pueden consistir en la regresión de las habilidades conseguidas, somatización del malestar psicológico a través de dolores de cabeza o de estómago o la necesidad de estimulación constante que reduzca el malestar que sienten.

También es importante tener en cuenta los distintos grados de TEA a la hora de establecer el marco de actuación, teniendo en cuenta que seguramente un TEA en grado 3 tenga menos probabilidades de padecer TEPT debido a las dificultades cognitivas que presenta, ya que no podrá relacionar el evento traumático con el malestar que siente. Es decir, que para presuponer que una persona con autismo está sufriendo de estrés postraumático tenemos que asegurarnos que la persona ha sido capaz de realizar el ABC de Ellis en el que la situación vivida genera unos sentimientos (A) que en función del

procesamiento cognitivo (B) que se realice desencadenará una conducta (C) desadaptativa (Oathamshaw y Haddock, 2006).

Antes de iniciar la terapia es muy importante tener en cuenta que establecer el vínculo terapéutico con las personas con TEA es fundamental, especialmente para asegurarnos la permanencia en el tratamiento. Para ello, se tiene que tomar en consideración las siguientes pautas de actuación: mantener un horario fijo, en el que se establezcan las horas exactas de inicio y finalización de las sesiones y que estas sean los mismos días y a las mismas horas; utilizar pictogramas, ya que facilitará el entendimiento del niño y se aprovecharán sus fortalezas; utilizar objetos, ya sean del paciente o del terapeuta que faciliten el desarrollo de las sesiones; si es posible disminuir la duración de las sesiones y aumentar la duración de la terapia, ya que es común que el nivel de concentración de las personas con TEA no sea muy elevado, por lo que es mejor estar juntos poco tiempo, pero que esté enganchado toda la sesión; e interesarse por los gustos y aficiones del menor, hablando de ello y preguntándole al inicio de las sesiones (King y Desaulnier, 2011).

Una vez determinados estos elementos se podrá poner en marcha el tratamiento psicológico, siendo el más recomendado la Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el trauma, a la que será necesaria hacerle una serie de adaptaciones para el menor con TEA. Se suele tener la creencia de que las personas con TEA no son capaces de realizar insights o reflexionar sobre lo ocurrido y las relaciones creadas, pero no es así, son igual de capaces de reconocer sus emociones, así como relacionarlas con las situaciones y entender el modo de actuación de su pensamiento (King y Desaulnier, 2011), por lo que será posible aplicar la Terapia Cognitiva Conductual con ellos. Esta terapia suele durar alrededor de doce sesiones, siendo necesaria una semanal de cincuenta minutos aproximadamente. En el caso de los menores con TEA se tendrán que adaptar estas intervenciones aumentando el número de sesiones, ya que será necesario disminuir el tiempo de cada sesión porque para estos niños será muy difícil concentrarse los cincuenta minutos, por lo que sería recomendable tener sesiones de treinta minutos teniendo en total alrededor de veinte sesiones. Las sesiones se podrán mantener semanalmente, siempre y cuando se pueda asegurar a la familia que el día y la hora se mantendrá. Un aspecto muy positivo de esta terapia que comparte con los modelos utilizados en la intervención con TEA es la participación de la familia, elemento esencial en los niños con TEA para que les ayuden en el mantenimiento de las habilidades adquiridas durante la intervención.

En relación a los pasos a seguir en la Terapia Cognitivo Conductual, la fase de psicoeducación se podría mantener igual, buscando conocer las respuestas que ha tenido el menor a la hora de afrontar el trauma, así como los mecanismos de afrontamiento que presenta la familia. Para ello es necesario conocer las habilidades verbales del menor, siendo necesario a lo mejor la utilización de juguetes o tarjetas con imágenes que permitan al niño expresarse, además de hablar con la familia para conocer su postura. Respecto al segundo paso, entrenamiento en técnicas de relajación, hay que tener en cuenta que las personas con autismo, y especialmente los menores, tienen tendencia a la activación motora realizando comportamientos repetitivos, por lo que en este caso la técnica de relajación de Jacobson no sería recomendable. A cambio se podrían utilizar estrategias de relajación propias del menor como pueden ser la música, la expresión artística o la terapia asistida con animales para rebajar los niveles de ansiedad.

En la fase de aprendizaje emocional pueden utilizarse pictogramas para que el menor identifique las distintas emociones y nos cuenta si él las ha sentido en algún momento tras el evento traumático, además de preguntarle cómo reacciona ante esos sentimientos. Esto se puede unir con el siguiente paso de conectar emociones y pensamientos, en el que tras enseñarle el pictograma con la emoción y preguntar qué hace él cuando siente eso, se le puede preguntar también qué piensa, siendo también positivo contar con tarjetas con imágenes que puedan representar estos pensamientos. Para la narrativa del trauma puede ayudar al menor a expresar lo ocurrido la utilización de juguetes con los que pueda interpretar el suceso o proporcionarle pinturas y papel para que pueda dibujar lo ocurrido, eso se tendrá que valorar tras conocer las características del menor. Esta narrativa del trauma puede actuar también como una forma de exposición del menor al trauma, ya que para poder contarlo será necesario que lo recuerde y ordene en su cabeza. Además, el menor será capaz de expresar todo el malestar que ha estado acumulando tras el suceso traumático, siendo capaz de exteriorizarlo mediante el juego o el dibujo libre (Portillo Cárdenas, 2004).

Para la exposición gradual in vivo también se pueden utilizar tarjetas con imágenes asociadas al suceso traumático aprovechando la habilidad visual de estas personas. De esta manera se le asegura al menor que se encuentra en un espacio controlado, por lo que si en algún momento sentimos que la situación está aumentando de intensidad podremos finalizarla. En las sesiones con los familiares se les expondrá todo lo conseguido durante las sesiones anteriores y se les informará de las pautas de afrontamiento a las que se han llegado buscando que puedan ayudar al menor a mantenerlas. Por último, la fase de

seguridad hacia el futuro será especialmente importante en los niños con TEA, ya que las sesiones han pasado a formar parte de su rutina, por lo que la finalización sería conveniente que se realizará de manera gradual. Además, es especialmente importante que el psicólogo se asegure de que el entrenamiento en habilidades se ha fijado adecuadamente y de que el menor es capaz de hacerlo independientemente.

Conclusiones

Teniendo en cuenta todo lo comentado, se puede observar que el Trastorno del Espectro Autista es un trastorno que se encuentra cada vez más presente en nuestra sociedad. Este trastorno genera una serie de factores de riesgo en las personas que lo padecen, siendo uno de ellos la vulnerabilidad a sufrir acontecimientos traumáticos y por ello desarrollar Trastorno de Estrés Postraumático. Es importante tener presente que para estas personas las situaciones que pueden generarle TEPT no son las mismas que para el resto, siendo más propensos a verse afectados por situaciones que pueden entenderse como cotidianas. Por ello, es necesario tener un plan de actuación para poder intervenir cuando sufran de estrés postraumático teniendo en cuenta los signos y síntomas de su trastorno primario.

En conclusión, relacionado con el objetivo general las intervenciones existentes para personas con TEA que presenten TEPT son muy escasas, aunque en los casos de TEA leve será posible adaptar las intervenciones de TEPT a sus dificultades. Para ello es importante conocer cuáles son las limitaciones de las personas con TEA y a su vez dominar las intervenciones con TEPT, conociendo los puntos de la intervención que son necesarios modificar.

En relación al objetivo específico de caracterización del TEA cabe destacar que el Trastorno del Espectro Autista viene recogido de manera íntegra y bien explicado en el DSM-5. Este se entiende como un trastorno del neurodesarrollo con una gran diversidad y complejidad en sus síntomas, estando clasificado en diferentes grados en función de su nivel de asistencia. Debido a esta complejidad en sus síntomas las personas con TEA también son más vulnerables a la comorbilidad con otros trastornos, especialmente con los trastornos depresivos y ansiosos.

Por su parte, respecto al objetivo específico relacionado con la explicación del Trastorno de Estrés Postraumático, este es un trastorno relacionado con el trauma, siendo su principal criterio la exposición a un evento traumático. Se manifiesta a través de

diversos síntomas entre los que se encuentran la evitación, la hipervigilancia o las alteraciones del estado de ánimo, siendo necesario que estén presentes más de un mes. Existen muchos factores de riesgo que predisponen a la persona a sufrir TEPT entre los que se encuentran como factores significativos la comorbilidad con otros trastornos.

Respecto al objetivo referente a las intervenciones con personas con TEA estas son diversas y de gran eficacia, siendo primordial que se realice una atención temprana en cada una de ellas, ya que, aunque la desaparición del trastorno es improbable, se podrá producir una mejora en los síntomas. Todas estas intervenciones están centradas en la mejora de los síntomas centrales del TEA: las habilidades humanas y comunicativas y el funcionamiento cognitivo. Para ello, es positivo involucrar a los padres para que ayuden en el mantenimiento de las mejoras conseguidas y utilizar las fortalezas de las personas en la intervención.

Por último, en la intervención en TEPT también se recomienda que esta sea lo más inmediata posible de cara a evitar una cronificación de la sintomatología. La mayoría de las intervenciones están centradas en modificar las distorsiones cognitivas generadas a raíz del acontecimiento para cambiar el comportamiento del individuo. Un aspecto importante de las intervenciones es la exposición a los estímulos temidos para que la persona vea que la respuesta aversiva ya no se da. Se busca ayudar al individuo a adquirir habilidades de afrontamiento contra los pensamientos intrusivos y la activación emocional.

Limitaciones y prospectivas

Una limitación importante encontrada en la realización del trabajo es la falta de actualización de los datos en las órganos oficiales de estadísticas, como es el caso del INE (Instituto Nacional de Estadística), siendo la última estadística de la prevalencia del TEA de hace más de doce años.

Otra limitación encontrada es que las intervenciones para personas con TEA están principalmente enfocadas a la infancia, por lo que no se tienen muchos datos acerca de cómo tiene que ser la intervención cuando estas personas alcancen la adolescencia o la adultez.

Respecto a la bibliografía utilizada ha sido especialmente difícil encontrar artículos y libros que relacionen el TEA y el trauma, estando todos muy centrados en el bullying y dejando de lado otros acontecimientos que pueden suponer un trauma para esta población.

Este trabajo aporta un nuevo aspecto a tener en cuenta respecto a las personas con TEA y es su vulnerabilidad a sufrir eventos traumáticos y, por consiguiente, a poder desarrollar TEPT, de ahí la importancia de realizar una intervención para esta población. De cara al futuro será necesario plantearse dicha posibilidad, por lo que hay que desarrollar planes de tratamiento para personas con TEA que puedan sufrir TEPT ajustadas a las limitaciones y a los signos que pueden presentar. A su vez, es importante valorar la eficacia de dichas intervenciones y seguir ajustándolas hasta conseguir resultados positivos.

Referencias bibliográficas

- Aldaba Sarmiento, C.E. (2015). Modelo de intervención para personas con autismo: Fundamentos teóricos e implementación. *Neurodesarrollo infantil: Diversas aproximaciones teóricas y aplicativas* (pp. 213-236). Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P. y Tuchman R. F. (2005). ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. *Revista Neurológica*, 40(1), 131-136.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. APA.
- Arberas, C. y Ruggieri, V. (2013). Autismo y epigenética. Un modelo de explicación para la comprensión de la génesis en los trastornos del espectro autista. *Medicina*, 73(1), 20-29.
- Arróniz-Pérez, M. L. y Bencomo-Pérez, R. (2018). Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: una revisión bibliográfica entre 200 y 2016. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 5(1), 23-31.
- Báguena Puigcerver, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicotherma*, 13(3), 479-492.
- Bonilla, M. F. y Chaskel, R. (2016). Trastorno del Espectro Autista. *CCAP*, 15(1), 19-29.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Chakrabarti, B., Dudbridge, E., Kent, L., Wheelwright, S., Hill-Cawthorne, G., Allison, C., Banerjee-Basu, S. y Baron-Cohen, S. (2009). Genes related to sex steroids, neural growth, and social-emotional behavior are associated with autistic traits, empathy, and Asperger syndrome. *Autism Research*, 2(3), 157-177. <https://doi.org/10.1002/aur.80>

- Chapman, C., Mills, K., Slade, T., McFarlane, A. C., Bryant, R. A., Creamer, M., Silove, D. y Teesson, M. (2012). Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 42(8), 1695-1703.
- Crespo Generelo, T., Camarillo Gutiérrez, L. y de Diego Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine*, 12(84), 4918-28.
- De la Iglesia, M. y Sixto Olivar, J. (2013). Revisión de estudios e investigaciones relacionadas con la comorbilidad diagnóstica de los Trastornos del Espectro del Autismo de Alto Funcionamiento (TEA-AF) y los trastornos de ansiedad. *Anales de psicología*, 28(3), 823-833. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.124881>
- Espín Jaime, J. C., del Valle Cerezo Navarro, M. y Espín Jaime, F. (2013). Lo que es Trastorno del Espectro Autista y lo que no es. *Anales de Pediatría Continuada*, 11(6), 333-341.
- Falconi Valderrama, C., García Tellez, J. M. y Flores Ortiz, F. (9-20 de abril de 2018). Abordaje de las comorbilidades en el trastorno del espectro autista (TEA). *Interpsiquis. XIX Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- Falla, D. y Ortega-Ruiz, R. (2019). Los escolares diagnosticados con trastorno del espectro autista y víctimas de acoso escolar: una revisión sistemática. *Psicología Educativa*, 25, 77-90. <https://doi.org/10.5093/psed2019a6>
- Freedy, J.R. y Hobfoll, S.E. (Eds.) (1995). *Traumatic stress: From theory to practice*. Plenum Press.
- Freitag, C. M. (2007). The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literatura. *Molecular Psychiatry*, 12, 2-22. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001896>
- Giardino, A. P., Hudson, K. M. y Marsh, J. (2003). Providing medical evaluations for possible child maltreatment to children with special health care needs. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1179-1186.

- Gil Lemus, L. M. (2008). Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 206-215.
- Guerra, C. y Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología*, 26(2).
- Kanter, B. y Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>
- Kessler, R. C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Khouzam, H. R., El-Gabalawi, F., Pirwani, N. y Priest, F. (2004). Asperger's disorder: A review of its diagnosis and treatment. *Comprehensive Psychiatry* 45(3), 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.02.004>
- King, R. y Desaulnier, C. L. (2011). Commentary: Complex Post-Traumatic Stress Disorder. Implications for Individuals with Autism Spectrum Disorders—Part II. *Journal on Developmental Disabilities*, 17(1), 47-59.
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. Número 101. 28 de abril de 2015. BOE-A-2015-4606.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. e Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual*, 19(2), 421-438.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 28(1).

- Matson, J. y Nebel-Schwalm, L. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 341–352.
- Mingote Adán, J. C., Menjón Beltrán, F. y Mingote Bernad, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II. Aperturas Psicoanalíticas, 62(2), 1-18
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L. y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurológica*, 50(3), 77-84.
- Muñoz Yunta, J. A, Palau, M., Salvadó, B. y Valls, A. (2006). Autismo: identificación e intervención temprana. *Acta Neurología Colombia*, 22(2), 97-105.
- Navas Torrejano, D. S. (2011). Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR): una terapéutica para el estrés postraumático. *Revistas ciencias biomédicas*, 2(1), 158-162.
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence (2011). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. Clinical guideline. www.nice.org.uk/guidance/cg128
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder. Clinical guideline. www.nice.org.uk/guidance/ng116
- Palacios, L. y Heinze, G. (2002). Trastorno por Estrés Postraumático: Una revisión del tema (primera parte). *Salud mental*, 25(3), 19-26.
- Páramo, M. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- Pereda Beltrán, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.

- Pérez, I. P. (2013). Coocurrencia entre ansiedad y autismo. Las hipótesis del error social y de la carga alostática. *Revista de Neurología*, 56(1), 45-59.
- Portillo Cárdenas, R. (2004). Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual. *Bienestar y Protección Infantil*, 3(2), 61-84.
- Rojas, V., Rivera, A. y Nilo, N. (2019). Actualización en diagnóstico e intervención temprana del Trastorno del Espectro Autista. *Revista chilena de pediatría*, 90(5). <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i5.1294>
- Rumball, F., Happé, F. y Grey, N. (2020). Experience of Trauma and PTSD Symptoms in Autistic Adults: Risk of PTSD Development Following DSM-5 and Non-DSM-5 Traumatic Life Events. *Autism Research*, 13(12), 2122-2132. <https://doi.org/10.1002/aur.2306>
- Sánchez-Raya, M. A., Martínez-Gual, E., Moriana Elvira, J. A., Luque Salas, B. y Alós Cívico, F. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa*, 21(1), 55-63. doi:10.1016/j.pse.2014.04.001
- Soto-Zentella, W. G., Zarco-Cárdenas, D. I. López-Martínez, S. M., Guzmán-Díaz, G. y Cisneros-Herrera, J. (2022). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual de inoculación al estrés para la disminución de TEPT en mujeres víctimas de abuso sexual en Hidalgo. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(1), 1-10.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M. Abram, K. M. y Weiner, D. A. (2005). Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 911-921. doi:10.1001/archpsyc.62.8.911
- Valencia-Cifuentes, V. y Becerra, L. (2019). Terapias ABA en autismo: ¿Solución única a un problema múltiple? *Salutem Scientia Spiritus*, 5(1), 50-53.
- Van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M. y Perrin, S. (2011). Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(302).

- Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. y Aguado, A. L. (2002). Abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14(supl.), 124-129.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T. y Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review* 29(3), 216–229 <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.003>
- Zalaquett, D., Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C. y Moyano A. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 86(2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025>

ANEXOS

Tabla 1.

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno del Espectro Autista

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (por ejemplo, estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (por ejemplo, gran angustia frente a pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (por ejemplo, fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (por ejemplo, indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento habitual).

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global de desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.