Intervención temprana en un paciente con trastorno del espectro autista y labio paladar hendido

Early intervention in a patient with autism spectrum disorder and cleft lip and palate

Jorge Luis Cossío García*[1] https://orcid.org/0000-0002-3680-441X
Luz María Cejas Leyva[1] https://orcid.org/0000-0003-1822-5606
Reyna Angélica Berumen Ruvalcaba[1] https://orcid.org/0000-0002-6748-1289
Jesús Abraham Soto Rivera[1] https://orcid.org/0000-0001-6688-2032

[1]Universidad Juárez del Estado de Durango
Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana
*cossio_tch@outlook.com

Sección: Artículos
Recibido: 12 de abril de 2025 / Aceptado: 15 de abril de 2025 / Publicado: 22 mayo 2025

Resumen

Este estudio de caso busca describir la implementación de una intervención temprana en un paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Labio Paladar Hendido (LPH). El objetivo: evaluar la efectividad de la intervención temprana multimodal en la mejora de las habilidades comunicativas en un paciente con trastorno del espectro autista y labio paladar hendido. La intervención se centró en el fomento de la comunicación funcional, el desarrollo del lenguaje y el apoyo emocional para fortalecer la interacción social, encontrándose después de trece meses de intervención resultados de un neurodesarrollo de veinte meses.

Palabras clave: Intervención temprana, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Labio Paladar Hendido (LPH)

Abstract

This case study aims to describe the implementation of an early intervention in a patient with Autism Spectrum Disorder (ASD) and Cleft Lip and Palate (CLP). The objective: to assess the effectiveness of a multimodal early intervention in improving communicative skills in a patient with autism spectrum disorder and cleft lip and palate. The intervention focused on promoting functional communication, language development, and emotional support to strengthen social interaction. After 13 months of intervention, results showed a neurodevelopmental age of 20 months.

Keywords: Early intervention, Autism Spectrum Disorder (ASD), Cleft Lip and Palate (CLP)

Jur Obaa!. Revista de Psicología, Terapia de la Comunicación y Desarrollo Humano, núm. 2, enero-diciembre de 2025, es una publicación electrónica anual editada por la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED) con domicilio en Constitución, núm. 404, colonia Centro, C.P. 34000, Durango, Durango, México. Teléfono 618-827-1295. Página web: *http://revistajo.ujed.mx, editorialujed@ujed.mx.* Editora responsable: Maura Antonia Lazcano Franco. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo número: 04-2024-011810281500-102, ISSN: 3061-8010, otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la actualización de este número: Oficina de la Editorial Universitaria UJED, Constitución, núm. 404, colonia Centro, C.P. 34000, Durango, Durango, México. Responsable de la última actualización: Manuel Rojas Villarreal. Fecha de última modificación, 11 de junio de 2025.

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) se define como un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la afectación en la comunicación, la interacción social en distintos contextos y la presencia en el comportamiento de patrones, intereses o actividades restrictivas y repetitivas (Torres y Roco, 2023, p. 1291).

Estas dificultades pueden convivir con otros trastornos o alteraciones como lo son la integración sensorial, la cual indica que las personas con TEA "suelen presentar dificultades en este proceso de integración sensorial, siendo ésta la causa explicativa de algunos de los problemas de aprendizaje y conducta que presentan" (Vives et al., 2022).

Añadamos comorbilidades, como la que se presenta en este estudio de caso, labio paladar hendido, el cual "es la malformación craneofacial congénita más frecuente y es producida por una falla en la fusión de procesos faciales durante periodos iniciales en el desarrollo embrionario" (Montaño et al., 2023, p. 171). Esta alteración perturba el desarrollo de la comunicación, el lenguaje, la articulación y la integración sensorial oral.

Por lo tanto, el labio paladar hendido (LPH) es una condición fisiológica, mientras que el TEA es una condición neurológica, pero al conjugarlas presentan desafíos únicos, principalmente en la comunicación, el lenguaje, la articulación y la integración sensorial oral; estos desafíos incluyen: adaptación, comunicación funcional, comprensión de entorno, adquisición de aprendizajes esperados conforme a su desarrollo, articulación de los sonidos del habla, entre otros, lo que dificulta el pronóstico, ya que para tratar ambas situaciones se requieren intervenciones diferentes, una de ellas supone incluso intervención quirúrgica.

Por ello, la presente investigación busca apoyar y demostrar que para el desarrollo de la persona es importante una intervención integral, multimodal, desde edades tempranas, debido a que puede tener un impacto significativo en el desarrollo general y la capacidad para superar desafíos que se asocian a ambas condiciones. Otros beneficios que se obtienen es crear conciencia sobre las familias para llevar a cabo una intervención a edades tempranas y no esperar años hasta que la sintomatología sea más elevada.

En el apartado de marco teórico se captura el material documental que busca dar sentido y sustentar el presente documento, en el cual se exponen los niveles de TEA y alteraciones en LPH; el presente documento es un estudio de caso de un paciente de un año once meses, que es cuando se recibe. Presentó labio paladar hendido, pero a los seis meses de nacido se realizó solo la reconstrucción de labio; posteriormente, al año, inició terapia de lenguaje y al año con cuatro meses fue diagnosticado con trastorno del espectro autista, modificando de esta manera su

intervención. La segunda intervención quirúrgica no fue llevada a cabo por la pandemia de covid-19.

Problema

Regularmente, las metodologías de intervención están centradas en una sola dinámica y son creadas para un grupo específico de personas, pero se pasan por alto otras necesidades previas, así como la cantidad de horas de terapias específicas a la semana –que hacen parecer imposible el cumplimiento de estas, aparentemente dejando de lado las relaciones familiares y la funcionalidad dentro de los demás contextos–, lo que complica el pronóstico por existir una comorbilidad y, adicionalmente, el tiempo que se deja pasar sin intervenir.

De ahí nace la pregunta: ¿Cuál es el impacto de una intervención temprana multimodal en el desarrollo de habilidades comunicativas en un paciente con trastorno del espectro autista y labio paladar hendido?

Objetivo general

- Evaluar la efectividad de una intervención temprana multimodal en el desarrollo de habilidades comunicativas en un paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Labio Paladar Hendido (LPH).

Objetivos específicos

- Identificar las áreas clave de dificultad en la comunicación del paciente con TEA y LPH, mediante el uso de la prueba Brigance II y observaciones directas.
- Aplicar y monitorear una intervención temprana multimodal adaptada a las necesidades específicas del paciente, centrada en el fomento de la comunicación funcional y el desarrollo del lenguaje.
- Evaluar el progreso en las habilidades comunicativas del paciente después de un periodo de intervención.

Material y métodos

- Entrevista semiestructurada
- Herramienta de evaluación Brigance II
- Hojas de registro de evolución cualitativa
- Libro de anotaciones
-

Metodología

Este estudio es una investigación mixta, ya que se usaron tanto métodos cuantitativos como son hojas de registro en las intervención ABA y una prueba estandarizada que fue *Brigance II*; en cuanto a los métodos cualitativos se hizo uso de una entrevista semiestructurada, hojas de anotaciones e intervención directa y sondeo a la madre para evaluar la efectividad de la intervención temprana multi-

modal en un paciente con trastorno del espectro autista (TEA) y labio paladar hendido (LPH). La combinación de ambas metodologías permite no solo medir el progreso de las habilidades comunicativas del paciente a través de herramientas objetivas, sino también capturar los avances a través de los cuidadores y el investigador en los diversos contextos y del paciente durante el proceso de intervención.

Estudio de caso

En este apartado se describen las características del paciente que ha sido intervenido, se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada respondida por la madre, tomando datos personales, desarrollo y estilo de vida, para analizar y realizar la intervención temprana preferente a las necesidades del paciente con trastorno del espectro autista y labio superior.

Menor masculino de un año once meses de edad, producto de la primera gesta, nacido a término, a los dos meses de embarazo la madre presentó amenaza de aborto, fue parto por cesárea atendido en el hospital; el nivel de Apgar fue de 10, se observó afección de labio paladar hendido, recibió cuidados adicionales tanto en limpieza como alimentación. No ha tenido temperatura superior a los 40 °C ni presentado convulsiones; por otro lado, presenta una pupila más grande que otra, sin evaluación formal por oftalmólogo, audición dentro de parámetros normales.

Se mostró en el menor la sonrisa espontánea a los cuatro o cinco meses de nacido; sostuvo la cabeza y controló el cuello a los seis meses; dio inicio con el juego manual alrededor de los tres meses, se sentó solo a los siete meses; utilizó andadera, desarrollo de bipedestación dentro de las edades esperadas.

El menor no ha comido solo desde su nacimiento, sin embargo, su madre manifiesta que su habilidad manual es buena; no tolera ensuciarse. El infante presenta intención comunicativa primordialmente instrumental, según refiere la entrevistada, es decir, toma la mano de la madre y la guía hacia lo que quiere aventándosela hacia el objeto y ocasionalmente acercándose a lo que requiere sin tomarlo ni verlo, mientras que en otras ocasiones al no identificar el adulto lo que desea, el niño rompe en gritos, llantos o golpes.

Responde a su nombre o estímulos auditivos, mantiene contacto ocular repentino, reacciona a distintos tipos de voz y gestos; su desarrollo de lenguaje dio inicio a los tres meses con el balbuceo, emitió su primera palabra al año, verbalizando una "mamá"; no comprende instrucciones sencillas.

El menor usa biberón especial, lo sostiene sin ayuda, no come con utensilios, su alimentación está basada principalmente en agua y atole de masa, se le tienen restringidos los lácteos, azúcares y harinas. El horario de sueño es de 10:00 p. m. a

9:00 a. m.; su madre menciona que duerme con ella, siendo el primero en hacerlo; ocupa objetos para descansar como el biberón con leche; este mismo no se ve interrumpido ni se mueve al tenerlo. Por otra parte, su horario de alimentación es rutinario y manifiesta la madre que "tiene buen apetito".

Dispone de la casa y el patio para jugar, le gusta ensamblar aros, legos y pintar; sus primos son sus compañeros de juego en casa, principalmente uno más chico que él, al cual no se les acerca ni comparte objetos, solo el espacio donde se encuentran; por otra parte, coopera parcialmente en vestirse e intenta ponerse los zapatos, realizándolo de forma errónea.

Aun no se lava los dientes con independencia, requiriendo ayuda por la situación del paladar, muestra independencia para tomar objetos a la mano, sin embargo, no intenta lavar sus manos por sí solo. Referente a los límites en casa, el menor se molesta, no le agradan y termina manifestando rabietas por medio de llanto, gritos, aventar objetos y pegando.

En su nivel afectivo, la madre lo considera un niño cariñoso e inteligente, pero un poco distraído, ansioso y complicado de tratar; por otro lado, todavía no controla esfínteres y continúa utilizando pañal. Después de haber obtenido estos datos de la entrevista, se procedió a realizar la evaluación de habilidades por medio del instrumento Brigance II, donde los resultados fueron los siguientes.

El menor presenta habilidades motoras gruesas como su principal punto fuerte, evidenciando su conjugación de movimientos con sus extremidades para desplazarse y poder tomar objetos; logra coger objetos, soltándolos bajo decisión, sin embargo, todavía no se encuentra consolidada una conjugación ojo-mano para realizar ciertas actividades como ensartados.

En cuanto al trazo, aún no logra despegar el crayón de la hoja, sin embargo, tiene conciencia de no poder ejecutar la acción que desea de forma adecuada, por lo que opta por apoyarse con la otra mano para tener un mayor control; su habilidad en precálculo no se logra visualizar, no cuenta con seguimiento de instrucciones simples, tanto verbales como no verbales.

En cuanto a la habilidad previa a la lectoescritura, demuestra destrezas adecuadas para manipular páginas de distintos tipos de material, ya sean duras o semiduras. Sin embargo, al prestar atención a las imágenes, se observó que no establece contacto visual con la madre para compartir la información.

El menor no cuenta con los prerrequisitos básicos consolidados para precálculo o lectoescritura, pues su edad actual dentro del neurodesarrollo conforme a la evaluación aplicada es de cinco meses, sin embargo, tiene una asociación correspondiente a la estructura familiar y a las rutinas.

En cuanto al lenguaje, tanto receptivo como expresivo, se encuentra descendido. Sin embargo, es importante considerar que su aprendizaje está afectado por diversas condiciones, como el paladar hendido y la posible afectación en uno de sus ojos. Dentro del contexto terapéutico, se identificaron sus principales medios de comunicación, los cuales incluyen el llanto y la repetición de secuencias consonante-vocal (mamamama). Además, se observó el uso de estrategias de compensación, como emplear el cuerpo de otra persona como herramienta para obtener lo que desea.

Marco teórico

El trastorno del Espectro Autista (TEA) es clasificado tanto en el DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*) como en el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades 11) como un trastorno del neurodesarrollo, donde el manual de *American Psychiatric Association* indica que existen déficits en la comunicación e interacción social, así como patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas" (Association, 2013, p. 50), se clasifican los niveles en la Tabla 1.

Tabla 1

Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista y sus características

Nivel de gravedad	*Comunicación social*	*Comportamientos restringidos y repetitivos*
Nivel 1 Requiere apoyo	– Dificultades en la interacción social	– Comportamientos repetitivos que interfieren de manera leve con las actividades diarias.
	– Dificultad para adaptar el comportamiento social a diferentes contextos.	– Insistencia en la misma rutina, pero con flexibilidad limitada a ciertos cambios.
	– Pueden expresar intereses restringidos, pero no interfieren gravemente con la vida diaria.	– Intereses restringidos y repetitivos, pero generalmente no son excesivamente invasivos.
Nivel 2 Requiere apoyo sustancial	– Deficiencias en la comunicación social que limitan la participación en interacciones.	– Comportamientos repetitivos evidentes y constantes que interfieren en el funcionamiento diario.
	– Dificultades para iniciar y mantener conversaciones, con respuestas más limitadas o incompletas.	– Insistencia en la misma rutina y resistencia a cambios, con mayores dificultades para adaptarse a nuevas situaciones.
	– Intereses restringidos más intensos, que afectan la capacidad de interactuar con otros.	– Hiper o hiporreactividad a estímulos sensoriales, que puede afectar la conducta o interacción social.
Nivel 3 Requiere apoyo muy sustancial	– Comunicación extremadamente limitada; pocas palabras o sin comunicación verbal.	– Comportamientos repetitivos graves que interfieren significativamente en la vida diaria.
	– Dificultad extrema para interactuar con los demás, sin reciprocidad social y emocional.	– Insistencia en rutinas rígidas, con una angustia significativa ante cambios.
	– Poca o ninguna capacidad para adaptar el comportamiento social a contextos o situaciones.	– Intereses muy limitados y persistentes, acompañados de una necesidad compulsiva de realizar actividades repetitivas.

Nota: Adaptada del DSM-V (Association, 2013, p. 52).

En las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo refieren como "déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles" (2018).

Por otro lado, el Trastorno del Espectro Autista es una alteración del neurodesarrollo creciente; de acuerdo a las estadísticas publicadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (en inglés, *Centers for Disease Control and Prevention* [CDC]) en 2024 en Estados Unidos, indica que en el año 2018 la prevalencia estimada era de 1 entre 44 niños, mientras que en el 2020 la prevalencia fue de 1 entre 36 niños, por su parte, en México, la prevalencia es de 1 entre cada 115 niños, publicada en 2017.

Picazo y Rodríguez (2023) refieren que el LPH "es la malformación congénita más común, especialmente en México, donde se presentan diferentes incidencias y formas de esta condición" (p.111), en la Tabla 2 se exponen las clasificaciones.

Tabla 2

Clasificación de Victor Veau

Grupo	*Clasificación*	*Descripción*	*Características*
I	Hendiduras labiales aisladas	Involucra solo el labio; puede ser unilateral o bilateral.	Afecta únicamente el labio, sin involucrar el paladar.
II	Hendiduras labiales más Hendiduras palatinas del paladar duro únicamente	Afecta labio y paladar duro, dejando el paladar blando intacto.	Involucra tanto el labio como el paladar duro, pero no afecta el paladar blando.
III	Hendiduras palatinas del paladar duro y blando	Involucra el paladar duro y blando, puede afectar la función del habla.	Afecta ambos paladares, lo que puede dificultar la fonación y la deglución.
IV	Hendiduras que involucran el labio, paladar duro y blando (combinadas)	Afecta totalmente el labio y ambos paladares, complicando alimentación y fonación.	Involucra el labio y ambos paladares, lo que requiere tratamiento integral.
V	Hendiduras submucosas	Malformación oculta; no visible externamente, pero afecta la función palatina.	No es visible en la superficie, pero afecta las estructuras internas del paladar.

Nota: Adaptado de Palmero et al. (2023, p.113). Labio y paladar hendido.

Por tanto, al verse involucrada al ser una de las principales herramientas que se utiliza para la comunicación, las dificultades que se ven alteradas se muestran en la Tabla 3.

Al encontrarse varias áreas que se ven afectadas por ambas alteraciones el pronóstico llega a ser complicado, así como su tratamiento se vuelve más específico y riguroso; en la Tabla 4 se exponen las similitudes principales en el que una de las dificultades afecta a la otra.

Tabla 3

Principales dificultades asociadas al labio y paladar hendido

Dificultad	*Descripción*
Alimentación	Dificultad para realizar un sellado oral efectivo, lo que puede causar regurgitación a través de las narinas y problemas de succión.
Crecimiento	Problemas en el aumento de peso y crecimiento adecuados debido a dificultades alimentarias.
Fonación	Producción de voz nasal debido a la falta de un piso nasal adecuado, lo que afecta la resonancia y puede causar dislalia.
Auditiva	Mayor riesgo de otitis media y problemas de audición debido a alteraciones en la trompa de Eustaquio, lo que puede ocasionar infecciones recurrentes.
Psicosocial	Afectaciones emocionales y de autoimagen, que pueden resultar en problemas de adaptación social y psicológica.

Nota: Adaptado de Palmero et al. (2023, pp. 109-115). Labio y paladar hendido.

Tabla 4

Comparación de cómo afecta el LPH sobre el TEA o viceversa

Dificultad	*Labio paladar hendido*	*Autismo*
Alimentación	Dificultad para succionar y regurgitación debido a la falta de sellado oral.	Dificultades con la alimentación debido a hipersensibilidad a ciertos alimentos.
Crecimiento	Problemas de aumento de peso por dificultades alimentarias.	Dificultad para mantener peso adecuado debido a selectividad alimentaria.
Fonación	Voz nasal por malformación en el paladar, afecta la resonancia y la articulación.	Dificultades con la claridad y entonación del habla.
Auditiva	Riesgo de infecciones auditivas debido a problemas en la trompa de Eustaquio.	Dificultades para procesar estímulos auditivos, hipersensibilidad auditiva.

Nota: Diseñada tomando el DSM-V, CIE-11 y de la adaptación de Palmero et al. (2023, pp. 109-115).

Así mismo, la mayoría de las intervenciones y modelos refieren una cantidad de horas de intervención terapéutica conforme a sus programas, tal como lo refiere Grañana (2022), mencionando que "lo habitual son intervenciones de 10 horas semanales…", mientras que lo óptimo son "12 horas semanales conductuales…, 11 horas de taller para padres, 10 horas de inclusión escolar…, más terapias complementarias…" (p. 416).

En el caso de labio paladar hendido no se encontró una cantidad estimada de número de sesiones de terapias a la semana, sin embargo, algunos profesionales refieren una intervención de dos a tres veces por semana.

Por otro lado, la prevalencia en LPH a nivel global es de 1 en 600 recién nacidos en el mundo (Pérez et. al., 2021) y en México para el 2017 la tasa era de 1.26 por cada 100 000 habitantes.

Metodologías utilizadas en la intervención

Como se ha venido mencionando el trabajo fue bajo un enfoque multimodal, lo que implica combinar varios métodos o estrategias para tratar las necesidades del paciente, todas ellas basadas en evidencias; a continuación se señalan los métodos utilizados y su implementación.

SAAC

Según Vitoria-Gasteiz (2022), "los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son formas de expresión diferentes del lenguaje hablado que tienen como objetivo aumentar el nivel de expresión" (p. 5).

Sin embargo, Fernández et al. (2016) señalan que el sistema Bliss es uno de los más utilizados. Este sistema se compone de símbolos gráficos que representan conceptos e ideas, los cuales se forman a partir de figuras básicas que pueden combinarse para generar nuevos significados (como se citó en Ipiales & Guamán, 2023, p. 98).

Para la presente investigación, se utilizó el sistema PECS, desarrollado en Estados Unidos en 1985 por Andy Bondy, PhD, y Lori Frost, MS, CCC-SLP. Inicialmente, este sistema fue aplicado con alumnos de preescolar diagnosticados con autismo en el *Delaware Autism Program* (Consultants, 2012). PECS consiste en la enseñanza de una comunicación funcional mediante el uso de imágenes.

Método Hanen

Se implementó con el propósito de capacitar a los padres en estrategias efectivas para fomentar el desarrollo del lenguaje, la atención conjunta y la comunicación en el entorno natural, promoviendo así la generalización de las habilidades comunicativas, debido a que este método se ajusta a los estilos y habilidades comunicativas, genera interacciones expresivas por turnos… utiliza el juego como mediador de los procesos del lenguaje, lo cual es una característica que garantiza los buenos resultados del método del lenguaje hacia contextos y frases (Guio, 2022, pp. 20-21).

Método ABA por ensayo discreto

Este enfoque se utilizó para brindar seguridad al menor, reducir comportamientos maladaptativos y apoyar el desarrollo de habilidades para la vida diaria. El método consiste en analizar las conductas del sujeto, las acciones que realiza él y los demás, el contexto donde se encuentra o cualquier variable significativa que indique que existe una relación entre una causa y un evento (Colonna & Albújar, 2024, p. 127).

La intervención se basa en las conductas sociales significativas, siendo fundamental la selección de la conducta adecuada para observar, cuantificar y que

genere un cambio significativo en la persona; los procedimientos son repetitivos a detalle y deben tener un impacto a nivel clínico o social, pero a su vez, generalizable (Colonna & Albújar, 2024, p. 128).

El modelo Denver

Se aplicó mediante un juego estructurado con la participación activa de los padres, favoreciendo la interacción, así como el desarrollo de habilidades sociales y lingüísticas, debido a que este método se basa en intervenciones naturalistas conductuales asentadas en el desarrollo y "diseñadas para niños pequeños de 12 a 48 meses de edad" (González, 2021, p.129).

Discusión

El caso que se presenta se relaciona con diversos estudios y enfoques de intervención, donde se pueden destacar varias relaciones y puntos de análisis, que se agrupan en función de la influencia de las condiciones médicas y el abordaje terapéutico que se llevó a cabo.

El menor presenta características propias de un niño con TEA, viéndose alteradas las áreas de comunicación, interacción social y patrones de comportamiento repetitivos. Al inicio de la intervención el paciente presentaba llanto desregulado, episodios de gritos, ausencia de atención conjunta, falta de seguimiento de indicaciones, impulsividad y una comunicación predominantemente instrumental, esto lo colocaría en un nivel de gravedad 3 según la tabla del DSM-V.

La situación clínica del niño es característica también con el CIE-11 (2018), donde el niño no responde a instrucciones sencillas (ven, dame, mira, vamos), presenta un lenguaje reducido, esto no solo por el TEA si no que se ve agravado por el LPH, por tanto, usa estrategias de compensación para comunicarse, como el uso del cuerpo de la madre para obtener lo que desea, el llanto para solicitar atención o para indicar disgusto.

La presencia de labio paladar hendido influye de manera significativa en las dificultades que enfrenta el niño, afectando no solo la alimentación y fonación, sino también el desarrollo social y comunicativo; la Tabla 3 (ajustada a Palmero et al. 2023, pp. 109-115) resalta las dificultades específicas asociadas al LPH, como problemas de alimentación debido a la falta de sellado oral, lo que puede haber influido gravemente en los retrasos en el desarrollo de habilidades lingüísticas del menor. Además, la dificultad en la articulación, debido a la malformación del paladar, puede estar directamente relacionada con la reducción en el lenguaje expresivo que presenta el niño.

En cuanto a las intervenciones, el método PECS (Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes), utilizado para "desarrollar habilidades de comunica-

ción funcional" (Consultants, 2012), es especialmente relevante en el caso presentado, dado que el niño muestra una limitación significativa en su capacidad de comunicarse verbalmente, como la madre lo refirió en la entrevista "a veces sé lo que quiere, porque toma mi mano y la guía hacia el objeto deseado, pero cuando no, grita, llora y pega"; por ello, el uso del PECS es adecuado para favorecer la expresión de sus necesidades y deseos, utilizando imágenes como sustituto de palabras.

Por otro lado, el Método ABA es otro enfoque terapéutico importante en este caso debido a que este método se centra en observar, cuantificar y modificar comportamientos sociales, y es especialmente útil en niños con TEA para reducir comportamientos maladaptativos y promover habilidades funcionales (Colonna & Albújar, 2024, pp.127-128).

En el caso del menor, el uso de este enfoque para mejorar sus habilidades motoras gruesas y habilidades de juego podría ser eficaz, ya que el niño muestra progreso en estas, aunque con algunas limitaciones (como en la manipulación de objetos).

La repetición y el análisis de las conductas en el contexto de ABA permiten generar cambios significativos en el comportamiento, y al practicar de manera constante sin realizar cambios inicialmente, brinda seguridad y genera anticipación; una de las actividades que se estuvo trabajando fue el lavado de manos, debido a que en la entrevista se informó que el niño aún no lo intentaba y al ser esta una actividad de la vida diaria permite el acceso a repetición de manera constante.

Mientras tanto, el Método Hanen, enfocado en la capacitación parental y utilizado para fomentar el desarrollo del lenguaje en entornos naturales (Guio, 2022, pp. 20-21), resulta relevante en este caso, debido a que el niño presenta una interacción limitada con su madre y otros miembros de la familia, como lo sugiere la mamá en la entrevista al responder las siguientes preguntas: Ante la pregunta "¿Tiene compañeros de juego?", su respuesta fue "sí". Al preguntarle "¿Quiénes son?", respondió "sus primos". Finalmente, al cuestionarla "¿Cómo juega?", contestó: "Están en el mismo cuarto, pero no se les acerca, no los ve ni intenta jugar con ellos; se aleja lo más posible". Por lo anterior, una intervención en casa que emplee estrategias basadas en el juego y la interacción podría ser fundamental para estimular las habilidades sociales y comunicativas del niño, tanto en el ámbito familiar como en contextos más amplios.

Para finalizar, el Modelo Denver, diseñado para fomentar el desarrollo de habilidades sociales y lingüísticas en niños pequeños (González, 2021, p. 129), destaca como una herramienta eficaz. Al implementar intervenciones naturalistas y con-

ductuales con la participación activa de los padres este modelo se adapta a las necesidades del menor; dado que el niño presenta interacciones sociales limitadas, la implicación de los padres podría promover mejoras significativas en su interacción y en el desarrollo de sus habilidades.

Ahora, comparando o asimilando las características de ambos diagnósticos clínicos, LPH y TEA se entrelazan de manera significativa. Las dificultades alimentarias debido a la falta de sellado oral, como se menciona en la Tabla 3, pueden agravar la situación de desarrollo de habilidades, ya que estas complicaciones afectan el crecimiento.

Por ende, el bienestar general del niño podría influir también en su disposición para interactuar y participar en actividades. Por otro lado, las dificultades auditivas asociadas al LPH también pueden interferir con la capacidad del niño para procesar estímulos auditivos, lo que podría agravar los desafíos en la comunicación y el lenguaje, áreas típicamente afectadas en el TEA; aunque la madre comentó que sí atendía a su nombre, ha quedado en evidencia que no atiende a su nombre, sino a algunos sonidos.

La Tabla 4 resalta cómo los déficits en la alimentación y la fonación, causados por el LPH, pueden agravar la situación del niño con TEA, cuya capacidad de comunicación ya se ve comprometida; la combinación de ambos trastornos afecta múltiples dimensiones del desarrollo, lo que hace que la intervención sea más compleja y específica, la importancia de un tratamiento integral que aborde tanto el TEA como las complicaciones del LPH es crucial para mejorar el pronóstico del niño.

Resultados

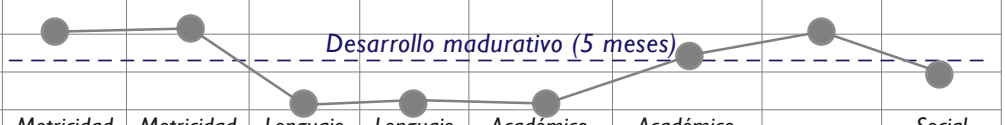
En la Tabla 5 se observa la evaluación inicial, donde el paciente, con una edad cronológica de 1 año y 11 meses, presentaba una edad de neurodesarrollo de 5 meses. En contraste, en la Tabla 6, correspondiente a una evaluación posterior, su edad cronológica es de 3 años y 1 mes, mientras que su edad de neurodesarrollo es de 25 meses.

En el periodo de un año ha desarrollado habilidades motrices, sociales, cognitivas y comunicativas, su desarrollo se ha visto favorecido con la intervención terapéutica y el apoyo familiar como se muestran en las Tablas 7 y 8, varias de las subhabilidades evaluadas en la prueba localizan al menor dentro de su edad correspondiente, como la construcción con bloques, caminar, correr, subir escaleras, objetos en receptivo, conocimientos de colores, contar de memoria y habilidades de trabajo, mientras que otras han continuado un desarrollo de igual manera favorable, posicionándolo con una edad madurativa de 2 años o superior.

Tabla 5

Evaluación inicial

Edad cronológica: 1 año 11 meses									
Edad									
7 años	*84 meses*								
	78 meses								
6 años	*72 meses*								
	66 meses								
5 años	*60 meses*								
	54 meses								
4 años	*48 meses*								
	42 meses								
3 años	*36 meses*								
	30 meses								
2 años	*24 meses*								
	18 meses								
1 año	*12 meses*								
	6 meses								
	0 meses								
		Motricidad fina	*Motricidad gruesa*	*Lenguaje receptivo*	*Lenguaje expresivo*	*Académico matemáticos*	*Académico lectoescritura*	*Vida diaria*	*Social emocional*



Nota: Se presentan los resultados obtenidos por medio de la herramienta Brigance II.

Tabla 6

Primera revaloración

Edad cronológica: 3 años 1 mes									
Edad		*24 m*	*34 m*	*24 m*	*6 m*	*38 m*	*24 m*	*25 m*	*24 m*
7 años	*84 meses*								
	78 meses								
6 años	*72 meses*								
	66 meses								
5 años	*60 meses*								
	54 meses								
4 años	*48 meses*								
	42 meses								
3 años	*36 meses*								
	30 meses								
2 años	*24 meses*								
	18 meses								
1 año	*12 meses*								
	6 meses								
	0 meses								
		Motricidad fina	*Motricidad gruesa*	*Lenguaje receptivo*	*Lenguaje expresivo*	*Académico matemáticos*	*Académico lectoescritura*	*Vida diaria*	*Social emocional*



Su principal punto débil actualmente es el lenguaje expresivo, debido a que la prueba está basada en el análisis del lenguaje oral, nos arroja una edad expresiva de 6 meses, mientras que en el área de receptiva tiene una edad de 24 meses, así como la madre lo confirma en la Tabla 8, indicando que ha empezado a intentar hacer sonidos de animales y su capacidad para relacionar diversas palabras con el significado.

Adicionalmente, a la condición de autismo, cuenta con un trastorno del habla de tipo orgánico y, aunque ya se realizó el cierre labial, es importante seguir favoreciendo con actividades de imitación para que los sonidos sean integrados antes de pasar a palabras, así mismo, seguir favoreciendo la comunicación a través de los pictogramas.

El menor a este tiempo comenzó a emitir ciertos fonemas bilabiales. Además, ha iniciado la emulación de actividades realizadas por el terapeuta. En su vida diaria, identifica y reconoce dinámicas, lo que le ha permitido participar activamente en ellas, asimismo, su interacción social ha mejorado. Según la madre, el menor ha comenzado a acercarse a sus pares, intenta emular canciones, trata de realizar acciones de la vida diaria acordes a su edad, como querer cocinar, realizar juegos funcionales. También muestra una mayor apertura para aceptar el acompañamiento de otras personas, además de su terapeuta o madre.

Tabla 7

Observaciones dentro del entorno terapéutico

Método	*Categoría* *Edad reportada*	*Informe 2: edad 2 años 6 meses* *2 años y 6 meses*	*Informe 1: edad 3 años 1 mes* *3 años y 1 mes*
Hanen	*Tiempo de atención*	10 minutos con estructura, luego evasión; con dinamismo puede continuar.	Mejora con conteo de actividades para marcar inicio y fin.
	Atención conjunta	Señala objetos a corta / larga distancia; dificultad con triangulación.	Logra triangulación visual entre objeto-persona-objeto. Comienza a realizar sonidos.
ABA	*Imitación con bloques*	Arma hasta cinco bloques bajo instrucción, pero abandona si falla.	Arma torre de 8 bloques en imitación.
	Identificación de partes del cuerpo	Integra cabeza y pies, usa modelado para otras.	Integra varias partes del cuerpo (cabeza, pies, panza, etc.).
	Colores	Distingue amarillo y azul, necesita generalizar.	Reconoce varios colores, trabaja integración del color café.
	Conducta	Reducción de berrinches; evasión de actividades no deseadas persiste.	Permanece en sesión sin retirarse.
Denver	*Instrucciones receptivas*	Sigue algunas instrucciones básicas (siéntate, ven, etc.), en proceso.	Sigue instrucciones básicas y algunas complejas.
	Imitación no verbal	Imita acciones (servir agua, usar martillo) sin instrucciones verbales.	Imita acciones como aplaudir, patear pelota, subir manos.
SAAC	*Uso de pictogramas*	No consolidado aún, lo entrega de manera esporádica.	Entrega pictograma para solicitar algo, pero necesita apoyo ocasional.

Nota: Se presentan los resultados obtenidos por medio de la observación dentro del entorno terapéutico en dos cortes de seis meses.

Tabla 8

Observaciones por parte de la madre al aplicar las metodologías en casa

Área	*1 año 11 meses*	*3 años 1 mes*
Motricidad gruesa	– No camina de lado ni hacia atrás. – Baja escaleras con apoyo, sin alternar pies. – Sube con ayuda alternando.	– Sube y baja escaleras sin ayuda. – Camina y corre solo sin perder el equilibrio. – Comienza a caminar de lado.
Lenguaje	– Solo usa llanto, sonidos guturales. – Responde sonidos cubriéndose los oídos, anticipa comida al ver el plato.	– No articula palabras, pero emite sonidos tratando asemejarse a algunos animales. – Usa señalamientos y pictogramas para comunicarse. – Observa más el rostro al interactuar. – Relaciona varias palabras básicas de uso común como (vamos, tienda, galletas, comida, refri).
Habilidades de vida diaria	– En proceso de coordinación para uso de cubiertos. – No intenta lavarse las manos. – Coopera ocasionalmente para vestirse/desvestirse (alza brazos solamente) pero necesita ayuda constante.	– Se lava las manos solo. – Participa en poner la mesa. – Intenta ponerse calcetines, playera y tenis por sí mismo.
Social y emocional	– Explora el ambiente con curiosidad. – Imitación limitada. – No sigue personas con la mirada. – Llanto como principal forma de llamar la atención.	– Disminuyen conductas maladaptativas. – Intenta comunicarse con otros niños con señalamiento y sonidos. – Imita acciones de otros niños con mayor frecuencia.

Nota: Se presentan las observaciones por parte de la madre más significativas dentro del familiar y social antes de que iniciara la intervención y cómo se encuentra luego de la intervención.

Conclusión

El tratamiento de un niño con diagnóstico dual de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Labio Paladar Hendido (LPH) presenta una serie de desafíos únicos, los cuales requieren una intervención cuidadosa, especializada y adaptada a sus necesidades específicas.

A lo largo de este análisis, se ha evidenciado cómo diversas metodologías terapéuticas como el Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS), el Método Hanen, el Análisis Conductual Aplicado (ABA) y el Modelo Denver pueden ser aprovechadas de manera conjunta para lograr avances significativos en áreas clave del desarrollo del niño, tales como la comunicación, las habilidades motoras y las interacciones sociales.

Uno de los aspectos más relevantes de este caso es la interacción entre los diagnósticos de TEA y LPH, que tienen un impacto considerable en las habilidades comunicativas y sociales del niño. El Labio Paladar Hendido no solo afecta la fonación y la articulación verbal, sino que también tiene repercusiones en la alimentación, lo que influye directamente en el bienestar general del niño y en su capacidad para participar activamente en su entorno; adicionalmente agravan las alteraciones sensoriales, donde las personas con autismo presentan selectividad alimenticia.

Las dificultades auditivas debido a infecciones asociadas al LPH también agravan la situación al interferir con la capacidad de procesar estímulos auditivos, lo cual es fundamental en el desarrollo de la comunicación, especialmente en los niños con TEA, quienes ya tienen dificultades para procesar el lenguaje verbal.

La combinación de estos dos trastornos hace que la intervención terapéutica sea más compleja, ya que se deben considerar y tratar ambos diagnósticos simultáneamente, sin embargo, la implementación de una intervención multidisciplinaria ha demostrado ser clave para maximizar el potencial del niño; el uso del PECS ha sido crucial para suplir la falta de comunicación verbal, proporcionando un medio alternativo y efectivo para que el niño exprese sus deseos y necesidades. Este sistema visual es particularmente útil para niños con TEA, ya que les permite superar barreras comunicativas y favorecer una comunicación más funcional.

El Método ABA ha sido fundamental para promover el desarrollo de habilidades funcionales y reducir comportamientos maladaptativos a través de la repetición, el refuerzo positivo y la modificación de conductas en el contexto natural. El Método Hanen y el Modelo Denver, al centrarse en la participación activa de los padres, han sido vitales para garantizar que las habilidades adquiridas en el entorno terapéutico se generalicen en el hogar y en otros contextos naturales.

Por otro lado, la capacitación parental, al mismo tiempo que se promueve la interacción lúdica y espontánea con el niño, ha permitido mejorar sus habilidades sociales y comunicativas de manera más sostenida y eficaz.

La intervención ha sido efectiva, no solo por la aplicación de estas metodologías, sino también por la integración de todos los actores involucrados en el proceso terapéutico: terapeutas, padres y otros miembros de la familia. La participación activa en el proceso de intervención ha sido crucial para la generalización de las habilidades adquiridas en el entorno terapéutico hacia la vida cotidiana del niño.

Esta sinergia ha mostrado resultados positivos, como el inicio de la emisión de fonemas bilabiales, la mayor disposición a interactuar con otros niños y adultos, y una mayor implicación en actividades de la vida diaria. Además, la intervención también ha resaltado la importancia de no solo abordar las dimensiones cognitivas y conductuales del niño, sino también de considerar su bienestar físico y emocional.

El trabajo conjunto de distintos enfoques terapéuticos, como la comunicación visual a través de PECS, la modificación de conductas con ABA, el desarrollo de habilidades lingüísticas y sociales con el Modelo Denver y Hanen, y el apoyo médico para tratar las complicaciones del LPH, ha permitido que el niño logre

avances significativos en su desarrollo. Aunque aún existen áreas de mejora, especialmente en el lenguaje expresivo, los resultados obtenidos hasta ahora son prometedores y reflejan un progreso importante en su capacidad para interactuar, comunicarse y participar en actividades cotidianas.

Sin embargo, es necesario destacar que el desarrollo de niños con condiciones complejas como el TEA y el LPH es un proceso continuo, y el tratamiento debe mantenerse de manera flexible, adaptándose a las necesidades cambiantes del niño. A medida que el niño crece y sus habilidades se desarrollan, será esencial revisar y ajustar las intervenciones terapéuticas, asegurándose de que continúen siendo apropiadas para su evolución.

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba *Brigance II* y observaciones directas, se identificaron las principales áreas de dificultad del paciente, destacando un desarrollo limitado de la comunicación funcional y del lenguaje expresivo. La evaluación inicial evidenció un retraso significativo de 18 meses en su neurodesarrollo.

Después de 13 meses de intervención, se observó un progreso significativo, el niño mostró avances en el lenguaje receptivo y expresivo, no solo notándose en el desarrollo, sino también en el contexto de su vida diaria como le refleja la madre, haciéndose una comparación en la Tabla 8 de cómo lo percibía antes de la intervención y como lo observa posteriormente, como comenzando a emitir sonidos, onomatopeyas y a imitar actividades realizadas por el terapeuta u otros pares. Además, mejoró su capacidad para participar en actividades cotidianas e inició interacciones con personas fuera del entorno terapéutico, lo que refleja un desarrollo positivo en su comunicación social.

Este caso subraya la importancia de un enfoque terapéutico multidisciplinario y personalizado que no solo trate los síntomas del TEA y LPH, sino que también promueva el desarrollo integral del niño, abarcando sus necesidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales. La colaboración entre los profesionales de la salud, la educación y la familia es esencial para lograr resultados óptimos. El tratamiento temprano, la intervención integral y la participación activa de los padres son factores claves para garantizar un desarrollo positivo y una mejora continua en la calidad de vida del niño.

Referencias

Association, A. P. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Panamericana.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2023, marzo 23). Prevalencia del autismo más alta, según los datos de 11 comunidades de la Red de ADDM. https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_autismo_032323.html

Colonna, S. A., & Albújar, S. P. (2024). Metodologías de enseñanza basadas en análisis conductual aplicado en niños con trastorno del espectro autista. *Ciencia y Psique*, *3*(4), 123-141. https://doi.org/10.59885/cienciaypsique.2024.v3n4.05

Consultants, P. E. (2012). *PEC´S*. https://PECS-spain.com/el-sistema-de-comunicacion-por-el-intercambio-de-imagenes-PECS/

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2017, abril 2). Gobierno del Estado de México. https://www.gob.mx/conadis/articulos/dia-mundial-de-concienciacion-sobre-el-autismo?idiom=es#:~:text=Se%20estima%20que%20en%20M%C3%A9xico%201%20de%20cada%20115%20ni%C3%B1os%20tiene%20autismo&text=El%20autismo%20no%20es%20una,Contesta%20nuestra%20encuesta%

González, L. D. (2021). Intervención vía telesalud basada en el modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, *21*(1), 127-134. https://doi.org/10.5354/0719-5346.2021.60414

Grañana, N. (2022). Espectro autista: una propuesta de intervención a la medida, basada en la evidencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *33*(4), 414-423. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.006

Guio, M. L. (2022). *Experiencia de enseñanza del Método Hanen para el desarrollo del lenguaje 1 dirigida a docentes de preescolar de un colegio privado de la ciudad de Villavicencio, Meta en el año 2021*. [Tesis de maestría en Desarrollo Infantil, Universidad de La Sabana.] http://hdl.handle.net/10818/53118

Ipiales, J. M., & Guamán, P. D. (2023). Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación para estimular la interacción en niños autistas dentro del aula de clases. *Uisrael*, *10*(3), 171-187. https://doi.org/10.35290/rcui.v10n3.2023.825

Montaño, Á. P., Nonaka, N. A., & Gutiérrez, R. J. (2023). Uso del modelador nasolabial (NAM) como tratamiento ortopédico prequirúrgico de paciente con labio y paladar hendido. *Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana*, *80*(3), 171-174. https://doi.org/10.35366/111436

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Clasificación internacional de enfermedades*. http://id.who.int/icd/entity/437815624

Pérez, A., Lavielle, P., Clark, P., Tusie, M. T., & Palafox, D. (2021). Factores de riesgo en pacientes con fisura de labio y paladar en México. Estudio en 209 pacientes. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, *47*(4), 389-394. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922021000400389

Pons, A., P.-B. L., Hidalgo, M. S., & Sosa, F. C. (2017). Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, *74*(2), 107-121. https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2016.11.008

Picazo, J. P., & Rodríguez, G. M. (2023). Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. *Acta Medica Ga.*, *21*(1), 109-116. https://doi.org/10.35366/109574

Torres, B. V., & Roco, V. Á. (2023). Prosodia del español en personas con trastorno del espectro autista. Una revisión de alcance. *Medisur, 21*(6), 1297. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000601290

Vives, V. J., Ruiz, B. P., & García, G. A. (2022). La integración sensorial y su importancia en el aprendizaje de los niños con trastorno de espectro autista. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *30*(2988). https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR22662988

Vitoria-Gasteiz. (2022). *Protocolo para la implementación de los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) en el sistema educativo*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 1-30. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/inn_edu_inc_neapoyoeducativo/es_def/adjuntos/Protocolo_SAACS_c.pdf