



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN DE SORIA

Grado en Educación Infantil

TRABAJO FIN DE GRADO

Observación de un caso de Trastorno del Espectro Autista en Educación Infantil

Presentado por Sara Garrido Laguna

Tutelado por: Borja Romero González

Soria, 20 de julio de 2023

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Grado, aborda el estudio del autismo, un trastorno caracterizado por dificultades en la comunicación, interacción social y comportamientos repetitivos (ecolalias). Se ha llevado a cabo una investigación en la documentación científica que ha proporcionado fundamentos teóricos para comprender mejor el autismo con una fundamentación histórica. Se ha desarrollado un análisis cualitativo y una observación directa a un individuo, centrándonos en las características personales. Además de una entrevista con un familiar para obtener información detallada de la evolución y caso clínico. El propósito principal de este trabajo consiste en explorar y analizar los diferentes aspectos relacionados con el trastorno, para garantizar una mayor comprensión y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta condición.

Palabras clave: autismo, trastorno, diagnóstico, comunicación, interacción, ecolalias, concienciar, trastorno del Espectro Autista.

ABSTRACT

This Degree's Thesis addresses the study of autism, a disorder characterized by difficulties in communication, social interaction, and repetitive behaviors (echolalia). An investigation has been carried out using scientific literature, providing theoretical foundations to better understand autism from a historical perspective. A qualitative analysis and direct observation of an individual have been conducted, focusing on personal characteristics. Additionally, an interview with a family member was conducted to obtain detailed information about the individual's development and clinical case.

The main purpose of this work is to explore and analyze different aspects related to the disorder, aiming to ensure a deeper understanding and improve the quality of life for individuals living with this condition.

Keywords: autism, disorder, diagnostic, communication, interaction, echolalia, awareness, autism spectrum disorder

ÍNDICE:

| | |
|---|----|
| 1. RESUMEN..... | 1 |
| 2. INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 3. JUSTIFICACIÓN..... | 4 |
| 4. OBJETIVOS..... | 8 |
| 5. MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| 5.1. Definición, prevalencia y posibles causas..... | 8 |
| 5.2. Historia y evolución del TEA..... | 9 |
| 5.3. Posibles teorías explicativas..... | 14 |
| 5.4. Características..... | 17 |
| 5.5. Niveles de severidad..... | 18 |
| 5.6. Educación del alumnado TEA en el aula..... | 19 |
| 5.7. Ventajas e inconvenientes de la inclusión..... | 20 |
| 6. METODOLOGÍA..... | 21 |
| 6.1. Participante..... | 21 |
| 6.2. Instrumentos..... | 21 |
| 6.3. Procedimiento..... | 22 |
| 6.4. Análisis de datos..... | 23 |
| 7. RESULTADOS..... | 24 |
| 7.1. Historia clínica..... | 24 |
| 7.2. Análisis cualitativo del caso..... | 27 |
| 7.3. Observación y resultados..... | 29 |
| 8. DISCUSIÓN..... | 32 |
| 9. REFERENCIAS..... | 34 |
| 10. ANEXOS..... | 38 |
| 10.1. Anexo 1..... | 38 |

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen casos de niños con espectro autista en una amplia mayoría de los centros educativos. Aunque todavía queda mucho por aprender y dilucidar a nivel de investigación, el objetivo de este trabajo es entender en qué consiste el Trastorno del Espectro Autista (TEA), conocer su evolución a través del curso de la historia, explorar los desafíos específicos que enfrenta y además, incluir claves para su diagnóstico y las estrategias utilizadas para mejorar su bienestar y nivel de vida.

El trastorno autista que se suele diagnosticar durante la niñez, pero es algo de por vida, por ello la intervención es determinante y cuanto más temprana sea se obtienen mejores resultados de desarrollo.

En el ámbito social, el autismo plantea desafíos significativos para quienes lo experimentan, así como para su núcleo familiar y comunidades. La falta de comprensión, la estigmatización y las barreras a la inclusión son algunos de los obstáculos que deben afrontar las personas con autismo en su vida cotidiana. Por lo tanto, investigar y analizar el autismo desde diferentes enfoques puede contribuir a generar conocimientos y estrategias que promuevan la inclusión y mejoren la calidad de vida de las personas con TEA.

A través de un enfoque holístico y multidimensional, se examinan diversos aspectos de un caso específico, incluyendo la historia personal, el diagnóstico, las características clínicas, las fortalezas y las dificultades, así como las intervenciones aplicadas.

Se presentará la historia personal del individuo con autismo, proporcionando una descripción detallada de su evolución y experiencia a lo largo del tiempo.

JUSTIFICACIÓN

La elección del tema para este Trabajo Fin de Grado es el Trastorno del Espectro Autista, esto se debe a que durante los dos periodos de prácticas I y II formé parte de una clase con alumnos TEA, eso me produjo la necesidad de querer aprender y formarme más sobre estas necesidades educativas puesto que tenía que trabajar cada día con alumnado diagnosticado TEA y quería esforzarme para lograr ofrecer una educación de la mayor calidad posible.

En ese momento fui consciente de la poca formación que recibe el profesorado acerca de estos casos y que, yo misma, si no hubiera pasado por aquellas clases con estos alumnos sería una más de los docentes que carecen de información y conocimientos para trabajar con esa parte del alumnado. Sin duda desde ese momento vi la importancia de formarse, desarrollar aptitudes y estrategias necesarias y conocer los aspectos, características, síntomas y necesidades fundamentales de este trastorno.

Por otro lado, existe una creciente atención en la sociedad debido a que afecta con el paso del tiempo cada vez a un número creciente de individuos en todo el mundo y tener conocimiento sobre ello es de gran importancia para profesionales, familias y sociedad. Estudiar sobre el autismo puede conseguir aumentar el nivel de calidad y bienestar de vida de las personas TEA y mejorar su inclusión en la sociedad actual.

Sin duda en la actualidad hemos avanzado en muchos aspectos como sociedad, sin embargo aún queda por avanzar . Para ello debemos ser conscientes de la diversidad y la inclusión de todas las personas incluidas las personas con TEA. Este trabajo final de grado puede contribuir a la sensibilización y conciencia social al dar una explicación e información relevante de este trastorno, intentando lograr una mayor comprensión y aceptación del trastorno.

COMPETENCIAS

Por otro lado, a lo largo del grado de educación infantil deben adquirirse una serie de competencias para el reconocimiento del mismo. Estas competencias establecidas en el plan de estudios de la universidad de Valladolid, cumplen también con lo que plantea la ORDEN ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, que regula el título de maestro en educación infantil.

A lo largo de la actual investigación, se han trabajado las siguientes competencias generales:

1. Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio –la Educación- que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio. Esta competencia se concretará en el conocimiento y comprensión para la aplicación práctica de:

- d. Principios y procedimientos empleados en la práctica educativa
- e. Principales técnicas de enseñanza-aprendizaje

2. Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio –la Educación-. Esta competencia se concretará en el desarrollo de habilidades que formen a la persona titulada para:

- c. Ser capaz de integrar la información y los conocimientos necesarios para resolver problemas educativos, principalmente mediante procedimientos colaborativos.

3. Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos esenciales (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas esenciales de índole social, científica o ética. Esta competencia se concretará en el desarrollo de habilidades que formen a la persona titulada para:

- a. Ser capaz de interpretar datos derivados de las observaciones en contextos educativos para juzgar su relevancia en una adecuada praxis educativa.
- b. Ser capaz de reflexionar sobre el sentido y la finalidad de la praxis educativa.
- c. Ser capaz de utilizar procedimientos eficaces de búsqueda de información, tanto en fuentes de información primarias como secundarias, incluyendo el uso de recursos informáticos para búsquedas en línea.

5. Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía. La concreción de esta competencia implica el desarrollo de:

- c. El conocimiento, comprensión y dominio de metodologías y estrategias de autoaprendizaje.
- d. La capacidad para iniciarse en actividades de investigación
- e. El fomento del espíritu de iniciativa y de una actitud de innovación y creatividad en el ejercicio de su profesión.

6. Desarrollo de un compromiso ético en su configuración como profesional, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y responsables; garantizando la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal de las personas con discapacidad y los valores propios de una cultura de la paz y de los valores democráticos. El desarrollo de este compromiso se concretará en:

- a. El fomento de valores democráticos, con especial incidencia en los de tolerancia, solidaridad, de justicia y de no violencia y en el conocimiento y valoración de los derechos humanos.
- d. El conocimiento de medidas que garanticen y hagan efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.
- e. El desarrollo de la capacidad de analizar críticamente y reflexionar sobre la necesidad de eliminar toda forma de discriminación, directa o indirecta, en particular la discriminación racial, la discriminación contra la mujer, la derivada de la orientación sexual o la causada por una discapacidad.

Los estudiantes del Título de Grado Maestro en Educación Infantil deben adquirir durante sus estudios una relación de competencias específicas. En concreto, para otorgar el título citado serán exigibles las siguientes competencias que aparecen organizadas según los módulos y materias que aparecen en la ORDEN ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, que regula el Título de Maestro en Educación Infantil:

A. De Formación básica:

- 1. Comprender los procesos educativos y de aprendizaje en el periodo 0-6, en el contexto familiar, social y escolar.

2. Conocer los desarrollos de la psicología evolutiva de la infancia en los periodos 0-3 y 3-6.
7. Capacidad para identificar dificultades de aprendizaje, disfunciones cognitivas y las relacionadas con la atención.
8. Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro o maestra en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen.
9. Adquirir recursos para favorecer la integración educativa de estudiantes con dificultades.
10. Dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada alumno o alumna y con el conjunto de las familias.
21. Comprender las complejas interacciones entre la educación y sus contextos, y las relaciones con otras disciplinas y profesiones.
29. Comprender que la dinámica diaria en Educación Infantil es cambiante en función de cada alumno o alumna, grupo y situación y tener capacidad para ser flexible en el ejercicio de la función docente
34. Capacidad para saber atender las necesidades del alumnado y saber transmitir seguridad, tranquilidad y afecto.
36. Capacidad para comprender que la observación sistemática es un instrumento básico para poder reflexionar sobre la práctica y la realidad, así como contribuir a la innovación y a la mejora en educación infantil.
37. Capacidad para dominar las técnicas de observación y registro
39. Capacidad para analizar los datos obtenidos, comprender críticamente la realidad y elaborar un informe de conclusiones.
48. Asumir que el ejercicio de la función docente ha de ir perfeccionándose y adaptándose a los cambios científicos, pedagógicos y sociales a lo largo de la vida.

B. Didáctico disciplinar:

17. Conocer la evolución del lenguaje en la primera infancia, saber identificar posibles disfunciones y velar por su correcta evolución.

C. Prácticum y Trabajo Fin de Grado.

4. Ser capaces de relacionar teoría y práctica con la realidad del aula y del centro. .

OBJETIVOS

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado es:

Analizar y comprender un caso particular de una persona que padece TEA, investigando y describiendo sus características individuales, con el fin de contribuir al conocimiento y comprensión del autismo.

Los objetivos específicos son:

Investigar, analizar y profundizar en el Trastorno del Espectro Autista. Conocer su evolución histórica, sus causas y características principales y sus teorías explicativas.

Concienciar, sensibilizar y visibilizar cómo es la vida de las personas con TEA.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. DEFINICIÓN, PREVALENCIA Y POSIBLES CAUSAS

El término «autista» proviene del griego autos, que significa «sí mismo». Este término lo empleó por primera vez el psiquiatra suizo Bleuler, en 1911, cuando al describir enfermos esquizofrénicos hablaba de la evasión fuera de la realidad y el ensimismamiento interior (Asorey y Fernández, 2014).

Otra definición la aportaba Riviere (1997), que se refería a la persona autista como a aquella que vive mentalmente ausente y que percibe a las personas que le rodean como opacas e impredecibles.

Además, Frith (1995) manifestó que la soledad autista no tiene nada que ver con estar solo físicamente sino con estarlo mentalmente.

Dentro del contexto del autismo, es importante tener en cuenta su prevalencia, ya que afecta a una amplia cantidad de personas en todo el mundo.

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (2023), aproximadamente uno de cada 100 niños tiene TEA (trastorno del espectro autista). Esta estimación representa una cifra media que puede variar entre los diferentes estudios realizados y de

unos países a otros. La prevalencia del autismo continúa aumentando, si bien parte de este incremento se atribuye a una mejor detección y diagnóstico, este fenómeno no explica, por completo, el aumento observado (Dufault et al., 2012).

La investigación científica hasta el momento sugiere que las causas del trastorno del espectro autista pueden ser multifactoriales, incluyendo procesos genéticos, epigenéticos además de factores ambientales que desregulan y alteran el proceso de desarrollo neuronal (Grafodatskaya et al., 2010).

Por otra parte, a pesar de la preocupación generalizada existente entre la población, no hay evidencia científica de que las vacunas ni ninguno de sus componentes estén relacionados con el desarrollo del autismo. Un metaanálisis de los estudios epidemiológicos publicados concluyó que la vacuna triple vírica (rubéola, sarampión y paperas) no está asociada con una mayor incidencia de autismo entre la población vacunada (Taylor et al., 2014).

5.2. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL TEA

Aunque el interés por la investigación del autismo no fue determinante hasta los escritos de Leo Kanner en la década de los años 40, hubo anteriormente ciertos datos destacables que confirman que este trastorno ha existido a lo largo de los años de toda la historia pero sin un diagnóstico determinante, por lo que han pasado desapercibidos o valorados como cuadros psicopatológicos cercanos, incluso como retraso mental (Artigas-Pallarès y Paula 2012).

Posiblemente el primer registro escrito conocido es del siglo XVI, Johannes Mathesius (1504-1565), cronista del monje alemán Martin Lutero (1483-1546), narró la vida de un joven autista. Según la descripción del cronista, Lutero creía que el muchacho era una simple figura humana sin alma, controlado por fuerzas malignas, además de añadir como sugerencia que debía morir asfixiado (Arce et al., 2016).

Otro ejemplo histórico es el del santo Fray Junípero Serra, quien presentaba las características de personas con autismo: tenía dificultades para entender las señales sociales o el uso práctico del lenguaje, nula comprensión de la finalidad del comportamiento del resto, falta de adaptación a las normas sociales establecidas y dificultades para entender la comunicación no verbal. El conjunto de estos relatos están

narrados en el libro con autor anónimo “Las Florecillas de San Francisco” datado en el siglo XVII (Arce et al., 2016).

La incorporación del término “autismo” con su sentido actual y las primeras descripciones relevantes se remontan a 1943, cuando el médico Leo Kanner estudió a once niños diagnosticados de esquizofrenia con una presentación típica de trastorno de desarrollo y lo reflejó en su artículo “*Autistic disturbances of affective contact*” (trastornos autistas del contacto afectivo), en el que agrupaba unas características determinantes para no confundirlo con otros problemas (Kanner, 1943):

- Aislamiento o dificultad de relacionarse social y afectivamente con otras personas.
- Notables retrasos y dificultades en la adquisición y desarrollo del lenguaje.
- Fijación por la uniformidad y la repetición constante de actividades rutinarias en el entorno.
- Falta de imaginación.
- Destacable memoria (especialmente mecánica y visoespacial).
- Síntomas evidentes desde los primeros años de vida.

A pesar de las características mencionadas, resulta complejo diferenciar entre autismo y otros trastornos, en 1951 Kanner señaló como rasgo central del síndrome: la persistente obsesión por preservar la identidad, manifestada por un anhelo de vivir en un entorno inalterable, en el que se rechazan los cambios (Kanner, 1943).

Un año después, en 1944, Hans Asperger publicó observaciones semejantes a las de Kanner, sin tener conocimiento sobre ellas sorprendentemente . En su publicación recoge la historia de cuatro jóvenes con una presentación de conducta caracterizado por (Baron-Cohen, 2015):

- Ausencia de empatía.
- Ingenuidad.
- Limitada capacidad para establecer relaciones de amistad.
- Comunicación alterada por un lenguaje con repeticiones frecuentes.
- Muchas dificultades en la comunicación no verbal.
- Intenso interés por temas o áreas particulares.
- Escasas habilidades motoras y coordinación deficiente.

Uno de los elementos más destacables de las contribuciones de Asperger es la gran exactitud y detallismo de sus investigaciones. Por otro lado, la gran comprensión hacia los niños diagnosticados del síndrome descrito, quizás porque él mismo compartía características descritas con ellos.

En aquella época Asperger ya defendía una idea que en la actualidad a muchos profesionales del ámbito les resulta novedad, el aprendizaje de los niños y niñas que padecen el trastorno que él describe es mayor y mejor cuando es guiado por intereses específicos.

Indudablemente a lo largo de los años en casi todas las culturas se refleja la existencia de historias o mitos (mayoritariamente de género masculino) de comportamientos con características semejantes a lo que, en la actualidad, serían considerados rasgos autistas.

Durante los siglos XVIII y XIX, se acentúa el interés por estos comportamientos en los niños. la comunidad científica también buscaba la respuesta ante estas alteraciones de las habilidades de socialización y expresión de afecto, además el caso de Víctor “el niño salvaje” produjo diferentes opiniones ante la posibilidad de un caso de autismo.

Entrado el siglo XX, los científicos empiezan a evidenciar y etiquetar estos comportamientos: Sanctis utiliza el término “dementia praecocissima”, Heller usa “dementia infantilis” a lo que en la actualidad se conoce como “Síndrome de Heller” o “Trastorno desintegrativo infantil”, Earl nombra “catatonia primitiva” o “idiocidad” y por último, Bender utiliza el término “esquizofrenia infantil” (López et al, 2010).

Con el objetivo de estandarizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios de diagnóstico entre los expertos, se crearon los manuales diagnósticos, el ICD y la Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association, 1952).

A pesar de reconocerse popularmente el autismo como una entidad particular, sin embargo no se incluyó en la primera versión del manual DSM - I publicado en 1952. Los niños que presentaban rasgos relacionados como autismo eran identificados como “reacción esquizofrénica de tipo infantil” (APA, 1952).

El DSM-II , aparecido en 1968, seguía sin reconocer el autismo como un diagnóstico específico, sino más bien como un rasgo propio de la esquizofrenia infantil. Aunque reconoce que la condición puede manifestarse por comportamientos autistas, y también

el fracaso de crear identidad independiente de la madre. Incluye además como otro rasgo adicional, una posible relación con retraso mental (APA, 1968).

El DSM-III , en 1980, agregó el autismo como una categoría particular, como una entidad distintiva denominada “autismo infantil”. Para el diagnóstico era necesario cumplir seis aspectos (APA, 1980):

- A. Comienzo previo de los 30 meses.
- B. Dificultades generales en mostrar receptividad hacia los otros individuos.
- C. Significativas complicaciones en el desarrollo del lenguaje.
- D. En los casos en los que existe lenguaje, se observan patrones particulares como ecolalia inmediata o diferida, uso de lenguaje metafórico y pronombres invertidos.
- E. Respuestas inusuales ante diversos elementos del entorno, como la resistencia a los cambios, interés particular o apego a objetos.
- F. Falta de ideas delirantes, alucinaciones, conexiones poco claras o incoherentes, como ocurre en la esquizofrenia.

En el año 1987, se publicó el DSM-III-R, y significó un ajuste radical tanto de los criterios como de la denominación. Se cambió el término autismo infantil por trastorno autista, relacionando el término trastorno con autismo (APA, 1987).

“Trastorno” es el término que se utiliza en los manuales para definir genéricamente los problemas mentales, marcando una distancia conceptual con la terminología propia de los problemas médicos de etiología y fisiopatología conocida total o parcialmente” (APA, 1987).

El DSM- III-R añadió a la antigua versión los criterios diagnósticos, descritos con gran detalle y marcando ejemplos específicos para considerar positivo un criterio.

En esta versión el autismo se entiende como una categoría particular, aunque aceptaba el diagnóstico de autismo no convencional para aquellos casos que no cumplían en su totalidad los criterios de autismo.

En el año 1994 se publicó el DSM-IV y más adelante en el año 2000 el DSM IV-TR. No tuvieron modificaciones importantes entre estos diagnósticos, sin embargo, supusieron un gran cambio.

Se establecieron cinco categorías de autismo, subtipos incluidos en el término trastornos generalizados del desarrollo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno no generalizado del desarrollo no específico (APA, 1994).

Además, se modificaron los criterios diagnósticos, reduciendo los 16 existentes en el DSM-III a simplemente 6. A raíz de esto destaca el espléndido aumento en el diagnóstico de autismo.

Al comienzo del siglo XXI aparece el DSM-V, que va a producir una consolidación conceptual del autismo, reemplazando la denominación existente de trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Existe una gran variedad de criterios y valoraciones, cada trastorno se adjunta con una identificación diagnóstica y un código estadístico (APA, 2013).

Existe un cambio real, como se puede observar en los trastornos generalizados del desarrollo mostrados en el DSM-IV-TR, aparece el trastorno de Rett, sin embargo, en la actualidad tenemos los conocimientos suficientes para demostrar que este trastorno no tiene más relación con el autismo que diversos síntomas casualmente.

El gran número de mejoras y modificaciones resultantes del DSM-V han generado un cambio conceptual y una nueva forma totalmente diferente de comprender e interpretar los trastornos mentales (APA, 2013). Como se puede observar en la Figura 1.

Figura 1.

Criterios para el diagnóstico del trastorno autista según el DSM V TM

TABLA 8.2

Criterios para el diagnóstico del trastorno autista según el DSM V TM (APA, 2013)

| |
|---|
| <p>a) Déficit persistentes en la interacción y comunicación social en múltiples contextos a través de la trayectoria e historia del sujeto.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit en reciprocidad socioemocional, distancia y aproximaciones sociales anómalas, problemas para el desarrollo normal de una conversación y el seguimiento del ritmo de ésta, problemas para compartir intereses, emociones o afectos y problemas para iniciar o responder a interacciones sociales. 2. Déficit en comportamientos de comunicación no verbal usados en la interacción social, que pueden presentarse con signos como ausencia o contacto visual anómalo y dificultades en la comprensión y uso de gestos e incluso pueden llegar a una falta total de expresión facial o comunicación no verbal. 3. Déficit en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, que pueden manifestarse en dificultades para ajustar la conducta a los contextos sociales o para compartir juegos y hacer amigos y hasta la ausencia de interés total por los iguales. <p>b) Patrones de conducta, intereses y actividades o acciones repetitivos y restringidos. Deben darse al menos dos de los siguientes signos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimientos motores estereotipados, manipulación de objetos o discurso repetitivo (por ejemplo, estereotipias motoras simples, golpeo de objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas). 2. Insistencia e inflexible adherencia a rutinas o patrones de conducta ritualizados tanto verbales como no verbales (por ejemplo, extremo malestar ante cambios de rutina o ambientales muy pequeños, dificultades con las transiciones o adaptaciones, patrones de pensamiento muy rígidos, necesidad de seguir las mismas rutas siempre o de comer los mismos alimentos a las mismas horas). 3. Elevada restricción e intereses fijos casi obsesivos que resultan anómalos por su intensidad y por su finalidad (fuerte apego y/o preocupación por objetos inusuales e insignificantes, interés perseverativo por una cosa que se repite a lo largo de los días). 4. Hiper o hiporreactividad a estímulos sensoriales, o inusual interés por aspectos o estímulos ambientales (por ejemplo, aparente indiferencia a la temperatura o al dolor, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, excesiva exploración o manipulación de los objetos, fascinación visual por luces o movimientos). <p>c) Los síntomas deben presentarse en el período temprano del desarrollo.</p> <p>d) Los síntomas causan un déficit clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional o de otras importantes áreas funcionales.</p> <p>e) Estos déficit no pueden ser explicados por deficiencia intelectual o retraso global del desarrollo. No obstante, la deficiencia intelectual y el autismo coexisten frecuentemente, y en estos casos, al realizar el diagnóstico, la comunicación social debería ser la esperada según el nivel de desarrollo general.</p> <p>Existen tres niveles de severidad (1, 2 y 3) del trastorno en función de dos criterios: el déficit en comunicación social y el déficit en comportamiento, bien por limitación, bien por patrón repetitivo de conducta.</p> |
|---|

Fuente: Extraídos de APA (2013)

5.3. POSIBLES TEORÍAS EXPLICATIVAS

No existe unanimidad en otorgar una respuesta a las posibles causas que aclaren el por qué se ocasiona el autismo infantil. Por lo que, en vez de una única causa específica, existen diversas y diferentes teorías explicativas que coexisten. Parte de ellas aparecen de líneas de investigación previas, y mientras que otras surgen de estudios de inicio que se tiene que continuar trabajando en el futuro (Navarro, 1989).

Para abordar las múltiples explicaciones, se comenzará por las más clásicas y antiguas que consideran causante del trastorno el trato parental recibido por el niño.

A continuación, se trata la hipótesis conductista, que ocurre por falta de reforzadores adquiridos, además de las hipótesis cognitivas las cuales afirman la presencia de variaciones en los procesos cognitivos como la disfunción ejecutiva, la coherencia central débil, la ceguera metal, etc.

Para terminar, se presenta la hipótesis fisiológica, que proporciona explicaciones en relación a diversos elementos biológicos como los genéticos, las estructuras cerebrales, las hormonas, etc. (Navarro, 1989).

Explicaciones clásicas: el 'trato parental

Siguiendo a Kanner, Hobson (1989) afirma que el trastorno autista tiene un origen sobre todo socio-afectivo, debido a la falta innata de las habilidades para interactuar emocionalmente con los demás. Por tanto, afecta a la capacidad de reconocer a los otros con sentimientos, pensamientos y deseos, además de dificultar la abstracción, los sentimientos y el pensamiento simbólico.

La hipótesis del trato parental como indicó Kanner (1943), puede surgir de un clima socioafectivo seco y distante proporcionado por los padres al niño. Sin embargo, estas hipótesis psicoanalistas carecen de apoyo científico y existen contradicciones en múltiples casos de autismo visibles desde el nacimiento en entornos no fríos o padres fríos con hijos sin trastorno autista.

Por tanto, se llega a la conclusión de que los padres de niños con TEA no presentaban diferencias en términos de personalidad e interacción social con los padres de niños sin trastorno o de niños con otros trastornos. Como se observa en los estudios de Schreibman y Charlot (1993), en los cuales no existen diferencias significativas en personalidad y habilidades de interacción social entre los padres con hijos TEA y padres con hijos sin TEA.

Explicaciones conductistas

Su explicación del autismo se basa en los principios del aprendizaje. Según Ferster (1961) el contexto temprano del niño no refuerza positivamente y de forma continua los comportamientos comunicativos y sociales, sino que fuerza los comportamientos negativos como rabietas. Por ende, se puede entender que el autismo es el resultado de un condicionamiento inadecuado. Aunque es cierto que sus argumentos no tienen validez empírica, han logrado analizar el autismo desde una perspectiva conductista y aplicar los principios de la teoría de aprendizaje en terapias.

Según los expertos en el tema, ha sido de gran valor la contribución en la evaluación y tratamiento del autismo.

Explicaciones cognitivas

La teoría cognitiva en la actualidad entiende que el autismo se genera en la dificultad para comprender los estados mentales de los demás, causado por un desarrollo incorrecto de la capacidad de entender estados mentales.

Sostiene que el autismo es el resultado de anomalías o deficiencias cognitivas, como problemas perceptivos y de atención.

En la teoría de la disfunción ejecutiva se plantea aclarar que los rasgos de las personas con autismo se deben a problemas en las funciones para el control, para planificar y realizar.

Puede que resulte que la corteza prefrontal no se haya desarrollado correctamente, aunque es cierto que no tiene pruebas que la verifiquen (Russell, 2000).

La teoría de la coherencia central débil sostiene que los que padecen el trastorno autista no logran integrar la información obtenida en su totalidad con sentido y de forma general.

La teoría de la mente explica diversos errores en varias de las funciones del cerebro social como son asignar estados mentales y emocionales. Implica la comprensión del mundo mental del niño, sobre qué piensan, de que son conscientes, si entienden las falsas creencias, etc. (Baron-Cohen, 2000).

La teoría de la empatía-sistematización, explica que las dificultades asociadas con el trastorno autista en el área social y comunicativa están relacionadas con un bajo nivel de empatía. Sin embargo, el ámbito de sistematización está muy desarrollado, esto proporciona las conductas estandarizadas, habituales y recurrentes. Esta capacidad de sistematizar se encuentra en niveles superiores a la población no afectada por el trastorno autista.

La teoría del cerebro masculino extremo continua en relación a la anterior teoría, la teoría de la empatía-sistematización, basada en los contrastes entre individuos de género masculino y femenino, en las que destacan los hombres en sistematización y las mujeres en empatía.

La teoría magnocelular se basa en disfunciones particulares en uno de los sistemas visuales del cerebro, pero se contradice con que de acuerdo con esta perspectiva, se

deberían evitar los estímulos en movimiento, pero por el contrario las personas con trastorno autista les prestan mucha atención.

Explicaciones biológicas

Tienen su base en los hallazgos obtenidos de investigaciones que certifican la existencia de anomalías genéticas, neurológicas y bioquímicas en niños con autismo.

Ciertos datos concluidos favorecen la idea de la alteración genética, como es que la incidencia del trastorno autista se duplica en chicos que en chicas.

Por otro lado, plantean las deficiencias neurológicas como causantes del autismo, indicando varias regiones del cerebro como responsables.

Por último, existen investigaciones sobre algunas hormonas, como las hormonas sexuales y sus receptores, que pueden jugar un papel en la susceptibilidad a desarrollar autismo (Castejón y Navas, 2011).

5.4. CARACTERÍSTICAS

Las características del autismo pueden diferir ampliamente entre individuos, sin embargo, según Asorey y Fernandez (2014), existen características principales en tres áreas fundamentales:

Área de comunicación

- Evita el contacto visual.
- No reacciona ante el contacto afectivo.
- Aparente falta de audición, ya que no muestra respuesta ante la llamada.
- Dificultades para expresar sus deseos o necesidades.
- No muestra gestos de saludo ni seña.
- Falta de habilidades de lenguaje verbal, mínimo o lo ha perdido.
- Si tiene lenguaje, su uso es inusual y repetitivo (ecolalia).
- Conductas que no tienen explicación.

Área social

- Muestra preferencia por jugar en solitario.
- Tendencia a aislarse o “a estar en su mundo”.

- Permanece insensible a su entorno.
- Escasas ocasiones existe contacto visual mantenido.
- Muestra desinterés hacia los demás.

Área conductual, exploración del entorno y juego

- Rabieta sin motivo específico aparente
- Muestra mucha actividad.
- No colabora y se resiste a seguir instrucciones.
- Repite con frecuencia los mismos comportamientos y muestra estereotipias.
- Anda de puntillas a menudo.
- Tiene una tendencia a organizar y clasificar en un orden particular.
- Tiene dependencia hacia algunos objetos.
- Tiene hipersensibilidad hacia los sonidos y texturas.
- Utiliza los juguetes de manera única y peculiar.
- Tiene preferencia a objetos específicos y los busca constantemente.

5.5. NIVELES DE SEVERIDAD

Según Murillo (2012), estos trastornos se incluyen dentro de todos los TGD (trastornos generales del desarrollo) conocidos en la actualidad, los trastornos del espectro autista se clasifican según la gravedad de sus manifestaciones. En un extremo se encuentran las alteraciones más leves, como el Síndrome de Asperger, y en el otro extremo, los casos más graves, como el autismo clásico (APA, 2013).

Los individuos con TEA tienen ciertas alteraciones en diferentes ámbitos. Con el objetivo de evaluar las dimensiones características de la persona con TEA se creó el Inventario de Espectro Austista (IDEA) según Freire (2003), que presenta las siguientes utilidades principales:

Establecer la gravedad de los rasgos autistas que muestra la persona, tanto en el inicio como en el proceso diagnóstico.

Colaborar en la elaboración de metas de intervención, tanto generales como específicas para cada individuo, en función de las puntuaciones resultantes en cada nivel.

Realizar una medida de las modificaciones a corto y largo plazo que ocurran debido al efecto de intervención o tratamiento, para conseguir valorar su eficacia y/o posibles cambios para su mejora.

Cada dimensión ofrece una escala de 0 a 8 puntos en intervalos de 2, en la que 8 es la máxima afectación y 0 el mínimo.

5.6. EDUCACIÓN DEL ALUMNADO TEA EN EL AULA

Para trabajar con alumnos con necesidades educativas especiales, en este caso trastorno del espectro autista (TEA), es necesario y fundamental tener una serie de pautas y recomendaciones a seguir, además de plantear unos objetivos y adaptarse a sus necesidades, entre ellas se encuentran las siguientes (Asorey y Fernandez, 2014):

- Facilitar y anticipar la organización de su entorno para que se sientan más cómodos y seguros en cada situación que ocurra.
- Respetar los turnos de comunicación y entender las necesidades.
- Usar lenguaje claro y pausado para facilitar la comprensión.
- Proporcionarles ayuda y guía para realizar las tareas de forma correcta.
- Dar órdenes claras, fáciles y breves y si es posible acompañadas de imágenes y pictogramas para facilitar.
- Evitar el lenguaje con exageraciones o ambigüedades.
- Respetar su espacio personal y no invadirlo.
- Mostrarles estrategias para un mayor autocontrol.
- Hacer las cosas lo más sencillas posibles y con un orden específico.
- Adaptarnos a su nivel y necesidades,
- Aceptarlos y comprenderlos en su totalidad.
- Fomentar la expresión de sus sentimientos y emociones para una mejor comunicación.
- Puede ocurrir que necesiten el apoyo de un Sistema Alternativo o aumentativo de comunicación.

5.7. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA INCLUSIÓN DEL ALUMNO TEA EN EL AULA

En los inicios de la década de los 80, tanto en los Estados Unidos como en Europa, se dió origen el concepto y la implementación de la educación inclusiva en contextos escolares. Inicialmente, se enfocaba en los estudiantes con discapacidad, marcando así el inicio de esta iniciativa (Fuchs y Fuchs, 1994; Lipsky y Gartner, 1996).

La inclusión persigue garantizar el derecho en igualdad de condiciones a la educación, con participación y garantía de todo el alumnado sin importar sus diferencias, respetando la diversidad, y valorando el potencial de cada individuo.

Un tema que abre muchos debates y opiniones diversas es la inclusión/integración escolar del alumnado TEA. Es cierto que cada niño tiene sus características y necesidades únicas por lo que generalizar en este aspecto puede no ser muy acertado. No siempre es favorecedor y recomendado, como en casos graves y severos.

Existen, según Rangel (2017), ventajas e inconvenientes que nos hacen tener una visión general de la situación:

Ventajas:

- La educativa especializada para el alumnado con autismo, contribuye a mejorar sus habilidades sociales y comunicativas.
- Las personas con TEA tienen habilidades sorprendentes y asombrosas como una excelente memoria visual, capacidad de ver pequeños detalles, talento en la música y el dibujo, y también grandiosas habilidades tecnológicas.
- La interacción con sus iguales adultos significativos es fundamental para el desarrollo evolutivo del estudiante con autismo, para formarlos con el papel de coterapeutas.
- La intervención pretende conseguir mejorar la comprensión social y habilidades comunicativas, y promover un comportamiento adaptado al entorno.
- La inclusión educativa aporta un perfeccionamiento cultural y educativo.
- Consigue una nueva ética y valores con base en la igualdad de oportunidades.
- Resalta la igualdad sobre la diferencia, enfocándose en construir comunidades inclusivas, y que reconozcan la diversidad.

Inconvenientes

- Es frecuente la falta de conocimientos sobre herramientas para trabajar con niños con TEA.
- La inclusión de un niño con autismo puede generar distintos sentimientos en el docente como temor, rechazo y desafío.
- La educación de estudiantes con autismo implica una doble tarea: porque tienen que promover un uso adecuado y generalizado de las habilidades.
- En el aula pueden mostrar conductas inusuales en la infancia: acciones masturbatorias, regurgitación, apego y dependencia al adulto y huidas de clase, que pueden obstaculizar el desarrollo de una estructura mental y dificultar la interacción con el entorno. Además, en ciertos casos pueden tener hipersensibilidad visual y auditiva.

6. METODOLOGÍA

6.1. PARTICIPANTE

El participante fue un niño de cinco años de edad, alumno de educación infantil en un colegio de Castilla y León. Se le diagnosticó autismo con tres años de edad, pero desde los 15 meses se le comenzaron a notar ciertas diferencias con sus iguales. Además, se le clasifica con un grado 3 de dependencia, es decir, el máximo grado de dependencia existente.

En todo momento se referirá al participante con el masculino genérico para respetar su privacidad.

6.2. INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo el Trabajo Fin de Grado se utilizaron dos instrumentos. El primero se trata de una entrevista semiestructurada con la madre del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Esta se llevó a cabo de forma individual y privada en la que se le preguntaron diferentes cuestiones sobre la historia clínica del caso, la realización de rutinas diarias y estructuradas, comportamientos que tiene, adaptación en el centro y profesorado y la

toma de medicación, son algunas de ellas. Con la finalidad de conseguir información relevante y contemplar el posible progreso.

Por otro lado, se evalúa la gravedad de los síntomas del autismo mediante la Escala de Evaluación del Autismo de Gilliam- Segunda Edición (GARS-2) (GARS; Gilliam, 1995) es una prueba para identificar a las personas que padecen autismo. Siguiendo el cuadernillo de la Escala de Evaluación del Autismo- Segunda edición (GARS-2), acentuando la atención en los ítems establecidos y evaluándolos en función de la frecuencia de aparición. Rodeando en el cuadernillo el número que más conveniente sea de las observaciones sobre la conducta típica del niño en situaciones normales. Estableciendo las siguientes orientaciones:

- 0- No se ha observado nunca. 2- Se ha observado algunas veces.
1- Se ha observado rara vez. 3- Se ha observado frecuentemente.

Existen tres subescalas: Conductas estereotipadas, comunicación e interacción social.

A medida que se va rodeando según se ajuste a la realidad, se obtiene una puntuación de cada subescala que determina una puntuación típica y un percentil siguiendo las instrucciones del GARS-2.

6.3. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se solicitaron los permisos necesarios al centro y la familia del niño para poder realizar este trabajo. Seguidamente, se comenzó con una observación sistemática directa del niño durante varias semanas a lo largo de la jornada lectiva en el centro educativo. Tanto dentro del aula ordinaria con sus compañeros presentes como en la hora del recreo en el patio. Además de seguir con la observación en sus clases individuales con la especialista, en las que se trabajó y se hicieron visibles sus capacidades con mayor detalle.

Durante esta observación se recopilaron datos sobre diferentes comportamientos o ítems relacionados con el autismo, otorgándoles a cada uno un valor del 0 al 3, de menor gravedad a mayor gravedad respectivamente.

Por otro lado, tras la observación y evaluación con el GARS-2, se procede a comunicarse con la familia del niño para poder obtener una mayor información. Se acepta una entrevista con la madre y de forma oral e individual se le realizan una serie

de preguntas acerca de la evolución y el transcurso del tiempo desde la aparición de irregulares en el desarrollo hasta el día de hoy y todo lo que ello influye. Sin duda la familia colabora con el centro y el investigador sin problemas ,y explica con detalles las respuestas.

6.4. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis cualitativo de la entrevista realizada con la madre del niño con TEA. Se procedió a elegir tres categorías relevantes y que pudieran estar afectadas por el autismo. Estas categorías se eligieron con base en los aspectos más significativos y detallados mencionados por la madre durante la entrevista, además de ser las categorías que se trabajaron durante la observación.

En el momento que se tuvieron identificadas las categorías, se clasificó la información relevante de cada una de ellas. Lo que permitió organizar y agrupar la información de forma coherente y facilitar el análisis de los datos.

Además del análisis cualitativo de la entrevista, se llevó a cabo una observación directa. Durante esta observación, se recopilaron datos sobre diferentes comportamientos y/o características relacionadas con el trastorno. Estos datos, con ayuda del manual GARS 2, se utilizaron para calcular el índice de severidad del autismo, una medida que permite evaluar el grado de afectación y la intensidad de los síntomas en las diferentes categorías (conductas estereotipadas, comunicación e interacción social).

Mediante esta evaluación, se pudo cuantificar el nivel de gravedad del trastorno y obtener una visión más objetiva de su situación. En su caso, con gravedad notablemente mayor en dos áreas, conductas estereotipadas e interacción social, en comparación con los resultados obtenidos del área de comunicación.

La combinación del análisis cualitativo de la entrevista y la observación directa del niño ha permitido adquirir una perspectiva y comprensión amplia y detallada sobre el caso de TEA estudiado.

7. RESULTADOS

7.1. HISTORIA CLÍNICA

A continuación, se explica la historia clínica del niño y su evolución desde el nacimiento hasta la actualidad desde el punto de vista de la familia del niño. Dicha entrevista se adjunta en el Anexo 1.

Desde el nacimiento hasta los 15 meses no se percibían indicios de TEA, ya que realizaba las acciones comunes de esas edades.

“Con 15 meses, él te miraba, tú le pedías dame esto y te lo daba, todo. “

En un periodo corto de tiempo, empezó a dejar de hacer acciones que hasta ese momento realizaba y ese fue un punto de inflexión.

“Empezamos a notar que dejó de atender cuando le llamábamos, no nos miraba a los ojos, no atendía órdenes.”

Entonces fue el momento de comentárselo al pediatra y valorarlo mediante una breve evaluación, en la que salieron varios ítems marcados.

“Entonces se lo comenté al pediatra para ver qué le pasaba. Y le hacen una pequeña evaluación y varios aspectos sí que salían ahí”

El siguiente paso era acudir a un especialista para la realización de las pruebas pertinentes para descartar o verificar posibles dudas.

“Nos derivaron al neuropediatra y se le hace en primer lugar la prueba del oído porque no contesta a la llamada, pero nos dicen que escucha perfectamente, con lo cual es una buena noticia, pero es una mala noticia. “Una prueba para saber si puede tener epilepsia porque se puede tener epilepsia con ataques, pero también con desvanecimientos, y no eres consciente de ello”.

Poco antes de cumplir los dos años empezó la escuela infantil y fue bastante difícil por lo que pronto se reúne orientación del centro con la familia para comentarles, por las diferentes situaciones ocurridas, la posibilidad de tener algún problema y recomiendan el centro base.

“Con 20 meses comenzó la escuela infantil y fue muy complicado, al mes nos reunieron con el departamento de orientación y consideraban que podía tener algún problema y nos aconsejaron ir al centro base.”

El centro base consiste en un servicio que se ofrece a niños con algún tipo de problema y no ha cumplido la edad de 3 años. Allí los especialistas explican que padece TEA.

“Decidimos sacarlo de la escuela infantil y llevarlo a una ludoteca con servicio de guardería a la mañana con pocos niños. Allí estaba fenomenal, volvió a decir palabras, a mirar a los ojos.”

En ese momento llegó la pandemia mundial COVID y permanecer en casa.

“Después de estar tres meses encerrados lo poco que había avanzado en la ludoteca desapareció.”

Durante el periodo post cuarentena hasta comenzar el nuevo curso escolar en septiembre no acude a ningún especialista ni centro.

“Hasta ese momento solo tenía reconocido retraso madurativo con dos años y medio y en ese momento me ofrecen una discapacidad.”

Se realizaron los informes correspondientes para obtener las ayudas en el colegio.

“Mientras con el retraso madurativo reconocido ya nos daban algunas ayudas en el colegio pero con la discapacidad se podían acceder a más ayudas, por lo que tuvimos que hacer unos trámites.”

“El empezar el colegio fue complicado, después de la pandemia, con mascarilla, con todas las puertas abiertas”. “El primer año el objetivo era lograr que él se mantuviera en clase.”

“Nos vuelven a reunir en el colegio y nos comentan que creen que tiene autismo, cuando ya te vas acercando a los tres años ya vas notando más diferencias.”

A la edad de 3 años se le diagnostica de forma oficial TEA, pero sin el grado correspondiente.

“Voy a ver al neuropediatra y con tres años o tres años y un mes ya se hace el diagnóstico de trastorno del espectro autista” “Se nos informa que tiene acceso a tener una discapacidad y una dependencia. “

Ya diagnosticado el trastorno, acude a diversos especialistas y terapias privadas.

“Con cuatro años ya pedimos la discapacidad y tiene un 34% de discapacidad, hay tres grados y él tiene el máximo grado.

Las terapias a las que acude actualmente son de 45 minutos, de logopedia y terapia ocupacional y además hay un servicio de respiro.

“Después de la terapia, juegan durante una hora más y está durante todo el año y cuando no hay cole hay respiro y en verano está el campamento inclusivo o sus terapias y respiro. Así los meses que no hay cole está cubierto para tener un poco de tratamientos.”

Hay ciertas frases que demuestran la complejidad de la situación de padecer TEA desde un punto de vista del núcleo familiar:

- *“Es lo peor del autismo, porque yo tenía un niño y ese niño murió, ese niño ya no existe.”*
- *“Hay cosas para las que no estás preparada.”*
- *“Es muy pequeño, no ves tanta diferencia con los otros niños.”*
- *“Todo el mundo te pregunta y estas preguntas las he contestado frecuentemente y ahora te las puedo contestar, pero hace dos años me ponía a llorar y no podía ni hablar.”*
- *“Son cosas que te vas enterando, pero no terminas de aprender.”*
- *“Yo se que a veces le pasan cosas, pero no sabes que puede ser.”*
- *“Yo he tenido dos años de negación y otros dos de aceptación.”*

Otros aspectos importantes:

- *“Luego en septiembre nos hablan de una asociación, en la que trabajan con terapias más económicas, que es algo que hay que tener también en cuenta ya que todo esto es muy costoso.”*
- *“Es prácticamente imposible compaginar el trabajo con el cuidado de una persona con grado dependencia 3, no hay ayudas ni adaptaciones de horario, eso no existe.”*
- *“Yo valoro que me haya ocurrido esta situación en la actualidad y no hace 30/40 años que no había nada de información, que igual hubieran pensado que es un niño desobediente.”*

- *“Todas estas pruebas se hacen en Burgos porque en Soria no hay, por lo que tenemos que desplazarnos constantemente.”*
- *“Queda mucho por hacer porque al final si llora por la calle, todo el mundo te mira, te señala, te critica, y comentan que es maleducado. Y no tengo que ir contándole a todos que tiene autismo; y a veces no sabes lo que decir. Sin duda todavía queda muchísimo por hacer.”*

7.2 ANÁLISIS CUALITATIVO DEL CASO

A continuación, se presenta la información proporcionada por la madre en frases textuales, clasificadas según tres categorías afectadas por el autismo:

7.2.1. CONDUCTAS ESTEREOTIPADAS

- Incapacidad de mantenerse quieta en el aula. *“Con todas las puertas abiertas y se escapaba corriendo del aula.” “El objetivo era lograr que él se mantuviera en clase.”*
- Seguir rutinas diarias *“Es muy beneficioso el tener rutinas fijas y yo las sigo muy estrictas. ”“Aunque no lleve reloj lleva mejor el horario que alguien que sí.”*
- Abrir los cajones repetidamente. *“Abría todos los cajones sin parar”*
- Comer alimentos específicos. *“Es cierto que tiene restricciones en la comida, les pasa a una mayoría de niños con autismo.”*
- Meterse en la boca objetos no comestibles. *“Se mete todo lo que encontraba a la boca.”*
- Movimientos repetitivos como dar vueltas o correr *“Se escapaba corriendo del aula.”*
- Manías de orden *“Tiene manía con tener cosas colocadas en su lugar y si algo se mueve o desaparece se enfada.”*

7.2.2. COMUNICACIÓN

- Alguna vez se ha comunicado a través de palabras *“Él dice mamá, tata, papá, pero muy pocas veces.”*
- Dice palabras momentáneamente y no vuelve a repetir las más *“ A veces dice una palabra y ya no la vuelve a decir nunca más. Muchas veces son ecolalias”.*

- Dejó de realizar acciones *“Él te miraba, tú le pedías dame esto y te lo daba, todo. Empezamos a notar que dejó de atender cuando le llamábamos, no nos miraba a los ojos, no atendía órdenes.”*
- Comunicación a través de pictogramas de los demás a ella, ella no los usa para comunicarse con los demás. *“Para comunicarle a él es muy sencillo pero que él se comunique con pictogramas es muy difícil” “ Si quiere una naranja no coje el pictograma sino que la coje del frutero.”*
- Se está trabajando la comunicación con pictogramas con la app DICTA PICTO *“Cuando salgo fuera de casa utilizo la app dicta picto, con pictogramas” “Y de esta forma generar una secuencia en la app con los pictogramas.”*
- Para conseguir algo, te guía hacia el lugar correspondiente. *“Si se ha hecho pis, te lleva al baño de la mano y llora.”*

7. 2.3. INTERACCIÓN SOCIAL

- Ignorar a los iguales. *“La gran mayoría de niños autistas a los iguales los ignoran, no le llaman la atención, los admite, pero no los busca mucho aunque los tolera que es bastante.” “Con su hermano sí que interacciona más socialmente que con otros niños.”*
- Evitar el contacto visual *“Dejó de atender cuando le llamábamos, no nos miraba a los ojos.”*
- En edades avanzadas dificultad para socializar *“Cuando son más mayores he leído niños que quieren socializar y no lo consiguen y otros que prefieren estar solos.”*
- Preferencia hacia los adultos. *“Pero él se lleva mucho mejor con los mayores.”*
- La clase actual del colegio lo normaliza *“Sus compañeros de clase que han crecido con él lo ven super normal, un niño que no le conozca le cuesta más comprenderlo.”*
- Los demás niños no comprenden el por qué él actúa diferente mientras juegan. *“Yo lo veo cuando estamos en el parque y otros niños le dicen “juega conmigo”, “por qué no me hablas” o “por qué llora”.”*

7.3 OBSERVACIÓN DEL CASO Y RESULTADOS GARS 2

La observación tuvo lugar durante un periodo de cuatro meses durante la jornada escolar. Mediante el cuadernillo de Resumen/Respuesta de la Escala de Evaluación del Autismo de Gilliam- 2 Edición (GARS; Gilliam, 1995), comprendido por tres subescalas de 14 ítems cada una, de base en la definición de autismo por la Autism Society of America (2003).

Se observan dos escalas con una mayor puntuación: conductas estereotipadas e interacción social; y una tercera subescala notablemente menos afectada, comunicación.

Estas subescalas contienen unos ítems evaluables del 0 al 3, siendo el mínimo el 0, no se ha observado nunca; el 1, se ha observado rara vez; el 2, se ha observado algunas veces y el máximo el 3, se ha observado frecuentemente.

En la subescala de Conductas Estereotipadas podemos observar que la gran parte de ítems está, en el cuadernillo de respuestas, marcado por la máxima puntuación o similares. Y una minoría muy escasa en la puntuación mínima, como puede ser el chasqueo de dedos frente a los ojos, ya que no se ha observado en ningún momento.

En la subescala de Comunicación, podemos evidenciar que una gran cantidad de los ítems está, en el cuadernillo de respuestas, marcado por la mínima puntuación, como son ejemplos de repetición de palabras. Otra parte de los ítems, aunque menor cantidad, está puntuada con la máxima puntuación y un mínimo de los ítems están descritos por las puntuaciones intermedias. Es decir, la mayoría de los ítems evaluados se encuentra en los extremos, máxima puntuación o mínima.

En la subescala de Interacción Social podemos observar que la gran mayoría de ítems está, en el cuadernillo de respuestas, marcado por la máxima puntuación o similares. Y una minoría muy escasa en la puntuación mínima, como puede ser comportamientos asustadizos o temerosos. Se puede observar el resumen de las puntuaciones en la Tabla 1.

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas en el GARS-II.

| Sección II. Resumen de las Puntuaciones | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|-----------|------------|
| Subescalas | Puntuación Directa | Puntuación Típica | % | SEM |
| Conductas Estereotipadas | <u>28</u> | <u>13</u> | <u>84</u> | 1 |
| Comunicación | <u>17</u> | <u>9</u> | <u>37</u> | 1 |
| Interacción Social | <u>32</u> | <u>13</u> | <u>84</u> | 1 |
| Suma de las Puntuaciones Típicas | | <u>35</u> | | |
| Índice de Autismo | | 111 | 77 | 4 |

Para obtener las puntuaciones directas del GARS-2 se consiguen sumando los valores de los círculos rodeados (0,1,2 o 3).

La puntuación directa Total en Conductas Estereotipadas es 28.

La puntuación directa Total en Comunicación es 17.

La puntuación directa Total en Interacción Social es 32.

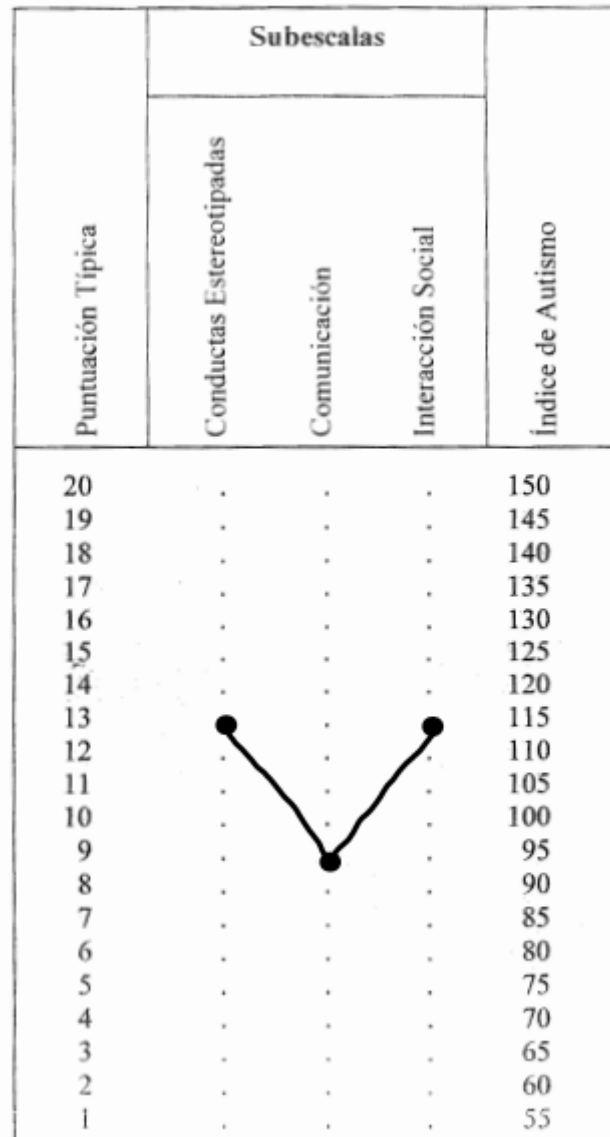
La puntuación directa de una subescala puede convertirse a una puntuación típica y a un rango de percentil. En este caso las puntuaciones típicas son 13 en conductas estereotipadas, 9 en comunicación y 13 en interacción social. Y los percentiles son 84% en conductas estereotipadas, 37 en comunicación y 84 en interacción social.

Por otro lado, para determinar el Índice de Autismo y su percentil, se consigue con la suma de las puntuaciones típicas. En este caso la suma de las puntuaciones típicas es 35, por lo que el Índice de Autismo es 11 y su percentil es 77.

Para visualizar el perfil de las puntuaciones se evidencia en la Figura 2.

Figura 2.

Perfil de puntuaciones del participante.



Se trata de una representación gráfica de los resultados y muestra la relación de las puntuaciones entre sí. Las puntuaciones mínimas significan síntomas mínimos de la conducta autista y estarán en la base. Cuánto más aumenta la magnitud de la puntuación, mayor posibilidad de TEA.

En este caso, la comunicación es la subescala menos afectada, por el contrario, las conductas estereotipadas y la interacción social, tienen una puntuación bastante elevada y afectada.

8. DISCUSIÓN

En este trabajo, se analizan las conductas alteradas del niño con TEA en estudio. Se detectaron deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social, aspectos de la definición del TEA según el DSM-5 (APA, 2013). Estas dificultades y los problemas derivados de ellas han sido explicadas en la literatura científica por diferentes autores (Lord et al., 2000) ,que trataban la prevalencia y la gravedad de estas alteraciones en niños con TEA (Gillberg, 1991).

Estas conductas pueden derivar en consecuencias, que podemos clasificar en diferentes niveles, para realizar un análisis de cada uno de ellos: nivel personal individual, nivel familiar y nivel escolar.

A nivel individual, resalta el desarrollo del niño, en las áreas fundamentales de comunicación, interacción y comprensión del entorno. Son aspectos fundamentales para el crecimiento y bienestar del niño, porque influyen de forma directa en su capacidad para interactuar socialmente con los demás y comprender el mundo que le rodea.

Según las investigaciones de March-Miguez (2018) estos niños pueden presentar dificultades para entender y comprender las intenciones y emociones de los demás, por lo tanto, puede afectar a su capacidad de adaptarse a diferentes situaciones sociales.

A nivel familiar, se observa que las conductas alteradas del niño con TEA pueden concluir en desafíos adicionales para su entorno más cerrado. Una adaptación a las necesidades y búsqueda de información y ayudas de apoyo especializado puede desestabilizar la dinámica familiar (Bailey et al., 2000; Estes et al., 2009).

A nivel escolar, sus habilidades sociales y de comunicación pueden afectar al rendimiento académico del niño. Además de solventar las necesidades que deriven del trastorno con atención educativa personalizada. También es un reto la inclusión del niño en el entorno escolar y con el resto de los participantes de la comunidad educativa (Odom et al., 1999).

A través de este trabajo, se han observado los desafíos que se enfrentan las personas que experimentan TEA y su entorno más cercano en su día a día. Sin embargo, con los conocimientos necesarios, el respeto y la empatía podemos contribuir a crear una sociedad más inclusiva y comprensiva, donde cada individuo sea valorado y respetado. Para conseguir esa aceptación de la diversidad es fundamental realizar campañas de sensibilización e integración en la sociedad. Ya que la inclusión es esencial para crear entornos accesibles y respetuosos que permitan a las personas con TEA y otros trastornos puedan participar plenamente en la comunidad. Con el apoyo y compromiso de todos nosotros podemos construir un futuro más solidario y enriquecedor para todo tipo de personas.

Por otro lado, es importante y necesario reconocer las limitaciones de este estudio, que se centró en un único participante con autismo. Aunque se proporcionó una investigación detallada y profunda de su evolución y experiencia, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a toda la población de individuos TEA. Para lograr conclusiones más sólidas y representativas sería necesario realizar la investigación a gran escala, con una muestra más amplia y diversa de participantes.

En conclusión, este TFG ha proporcionado una exploración profunda y un análisis de las características y la evolución del individuo estudiado. El análisis detallado ha permitido identificar patrones y tendencias significativas en las características del individuo. Además, la entrevista realizada con la madre ha sido fundamental en este estudio, debido a que a través de sus relatos y aportaciones se ha identificado aspectos clave de las dificultades con las que se enfrenta el niño en el día a día. Finalmente, los resultados obtenidos en este estudio han evidenciado las alteraciones y características estudiadas otorgándoles un valor significativo.

9. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (APA). (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for Psychologists. *American Psychologist*, 58(5), 377–402.
- Arce, C, Mora, L. Mora, G. (2016). Trastornos del espectro autista. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.*, 73(621),773-779.

- Artigas-Pallarès, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Asorey, M. J. F., y Fernández, P. F. (2014). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo*. Ediciones Pirámide.
- Bailey Jr, D. B., Skinner, D., Hatton, D., y Roberts, J. (2000). Family experiences and factors associated with the diagnosis of fragile X syndrome. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21(5), 315-321.
- Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DJ. (2000) *Understanding others minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S. (2015). Leo Kanner, Hans Asperger, and the discovery of autism. *The Lancet*, 386(10001), 1329-1330.
- Castejón, J. L., y Navas, L. (2011). *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria*. Editorial Club Universitario 453-481.
- Dufault, R., Lukiw, W.J., Crider, R. *et al.* (2012). A macroepigenetic approach to identify factors responsible for the autism epidemic in the United States. *Clinical Epigenetics* 4(1), 1-12 .
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., y Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.
- Ferster, C. B., y DeMyer, M. K. (1961). The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment. *Journal of chronic Diseases*, 13(4), 312-345.
- Freire, S. (2003). EL IDEA: inventario de espectro autista. In *Intervención psicoeducativa en niños con trastornos generalizados del desarrollo* 53-63. Pirámide.
- Fuchs, D., y Fuchs, L. S. (1994). Inclusive schools movement and the radicalization of special education reform. *Exceptional children*, 60(4), 294-309.

- Gilliam, J., (1995). *GARS. Escala de Evaluación de Autistas de Gilliam. 2º Edición.*
- Grafodatskaya, D., Chung, B., Szatmari, P., y Weksberg, R. (2010). Autism spectrum disorders and epigenetics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(8), 794-809.
- Frith, U. (1995). Dyslexia: can we have a shared theoretical framework? *Educational and Child Psychology, 12*, 6-17.
- Gillberg, C. (1991). Clinical and neurobiological aspects of Asperger syndrome in six family studies. *Autism and Asperger syndrome, 122-146.*
- Hobson, R. P. (1989). *Beyond cognition: A theory of autism.* In G. Dawson (Ed.), *Autism: Nature, diagnosis, and treatment* (pp. 22–48). The Guilford Press.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child, 2*(3), 217-250.
- Lipsky, D. K., y Gartner, A. (1996). Inclusion, school restructuring, and the remaking of American society. *Harvard Educational Review, 66*(4), 762-797.
- López, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2010). Historia del trastorno autista. *Apuntes de Psicología, 28*, 51-64.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., ... y Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of autism and developmental disorders, 30*, 205-223.
- March-Miguez, I., Montagut-Asunción, M., Pastor-Cerezuela, G., y Fernández-Andrés, M. I. (2018). Intervención en habilidades sociales de los niños con trastorno de espectro autista: una revisión bibliográfica. *Papeles del psicólogo, 39*(2), 140-149.
- Murillo, M. J. (2012). Autismo: bases neurobiológicas y genéticas. *Revista de Neurología, 32*(Suppl 1), S31-S35.
- Navarro, J (1989). Bases biológicas del autismo infantil. *Revista de psicología general y aplicada, 42* (2), 261-270.

- Odom, S. L., McConnell, S. R., McEvoy, M. A., Peterson, C., Ostrosky, M., Chandler, L. K., ... y Favazza, P. C. (1999). Relative effects of interventions supporting the social competence of young children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 19*(2), 75-91.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023) *Autismo*.
- Rangel, A. (2017). Orientaciones pedagógicas para la inclusión de niños con autismo en el aula regular. Un apoyo para el docente. *Telos, 19*(1), 81-102.
- Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y Autismo (1/2). *Universidad autónoma de Madrid*.
- Russell, J. (2000). *El autismo como trastorno de la función ejecutiva*. Ed. Médica Panamericana.
- Schreibman, L., Charlop, M. H., y Milstein, J. P. (1993). Autism: Behavioral treatment. *Handbook for behavior therapy and pharmacotherapy for children: a comprehensive analysis*, 149-170.
- Taylor, L. E., Swerdfeger, A. L., y Eslick, G. D. (2014). Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine, 32*(29), 3623-3629.

10. ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1- ¿Cómo os enterasteis?

Con 15 meses, ya que cuando nace en principio es un niño normal, él te miraba, tú le pedías dame esto y te lo daba, todo. Empezamos a notar que dejó de atender cuando le llamábamos, no nos miraba a los ojos, no atendía órdenes... como en retroceso.

Es lo peor del autismo, porque yo tenía un niño y ese niño murió, ese niño ya no existe. Entonces se lo comenté a la pediatra porque hablando entre nosotros dijimos no puede ser, que le pasa. Y te hacen una pequeña encuesta/ evaluación y si que es verdad que varias cosas salían ahí, entonces me dijo te voy a derivar con el neuropediatra. Ya en el neuropediatra se empieza a hacer una prueba del oído porque tu le llamas y él no te contesta pero nos dicen que escucha perfectamente, con lo cual es una buena noticia pero es una mala noticia.

Todo eso se hace en Burgos porque en Soria no hay

Se le hace un electroencefalograma, se le ponen muchos diodos por toda la cabeza y hay que intentar que se quede dormido y se le hace esa prueba, se analiza cómo es él cuando duerme y también se le pone una serie de flashes y todo esto es para saber si él puede tener epilepsia. Porque hay niños que tienen epilepsia que tienen ataques pero hay otros que se desvanecen. Y tú no lo sabes. Y esos ataques de epilepsia generan retraso madurativo entre otras cosas. Sobre los 15 meses nos dimos cuenta que algo pasaba y sobre los 18 meses fuimos a la pediatra y se le comenzaron a hacer las pruebas.

Luego en septiembre con 20 meses comenzó la guardería y fue complicado, por ejemplo, abría todos los cajones sin parar, se metía todo lo que encontraba a la boca y al mes nos reunieron con el departamento de orientación y nos dijeron que consideraban que podía tener algún problema y nos aconsejaron ir al centro base. Cuando los niños tienen algún problema, bien porque hayan nacido o porque ha habido algún problema en el parto, se activan protocolos. Es un servicio que se da porque cuando un niño con problemas está en la guardería, no hay ayudas hasta que no entra al cole. En el centro base tenía una hora a la semana y la iban evaluando. Y allí te dicen que tiene autismo y

hay cosas para las que no estás preparada, es muy pequeño, no ves tanta diferencia entre los otros niños.

Decidimos sacarlo de la guardería y llevarlo a una ludoteca con servicio de guardería a la mañana con pocos niños y allá estaba fenomenal, volvió a decir palabras, a mirar a los ojos... entonces llegó la pandemia del Covid.

Después de estar tres meses encerrados lo poco que había avanzado en la ludoteca desapareció. De hecho yo creo que de la pandemia se ha recuperado hace poco. En la pandemia otra vez otro retroceso. Hasta que no entra al cole con 3 años, no va ni a la guardería ni va al centro base ni a nada. En el centro base le dan el alta porque es solo hasta los 3 años. De ahí me ofrecen una discapacidad, hasta ese momento solo tenía reconocido retraso madurativo con dos años y medio. Para que entrase con ayudas en el colegio tuvimos que hacer unos trámites. Durante ese periodo todo el mundo te pregunta y estas preguntas que me haces las he contestado frecuentemente y ahora te las puedo contestar pero hace dos años me ponía a llorar y no podía ni hablar.

Entonces tuvimos que ir a la Junta de Castilla y León al departamento de evaluación psicopedagoga para que valorarán e hicieron un informe para que entrara con esas ayudas al colegio. Mientras con el retraso madurativo reconocido ya nos daban algunas ayudas en el colegio pero con la discapacidad se podían acceder a más ayudas.

El empezar el colegio fue complicado, después de la pandemia, con mascarilla, con todas las puertas abiertas y se escapaba del aula. El primer año el objetivo era lograr que él se mantuviera en clase. Empezó yendo dos horas y hasta diciembre fue con el periodo de adaptación.

Nos vuelven a reunir en el colegio y nos comentan que creen que él tiene autismo, cuando ya te vas acercando a los tres años ya vas notando más diferencias. Voy a ver al neuropediatra y con tres años o tres años y un mes ya se hace el diagnóstico de trastorno del espectro autista. En el informe solo pone trastorno del espectro autista, no pone ni grados ni nada pero si existen diferentes pruebas para ver el grado que tiene, pero no se le hace.

Nos aconsejan ir a la asociación del autismo, pero empezó a ir a terapias privadas, logopedia y terapia ocupacional con perros.

Se nos informa que tiene acceso a tener una discapacidad y una dependencia. Yo he tenido dos años de negación y otros dos de aceptación.

Con cuatro años ya pedimos la discapacidad y tiene un 34% de discapacidad y para solicitar la dependencia se hace a través de servicios sociales, hay tres grados y él tiene el máximo grado .

Luego en septiembre nos hablan de una asociación, en la que trabajan con terapias más económicas, que es algo que hay que tener también en cuenta ya que todo esto es muy costoso.

Las terapias son 45 minutos, de logopedia y terapia ocupacional y además hay un servicio de respiro, después de la terapia, juegan durante una hora más y está durante todo el año y cuando no hay cole hay respiro y en verano está el campamento inclusivo o sus terapias y respiro. Así los meses que no hay cole está cubierto para tener un poco de tratamientos

2. Información previa

Yo creo que nadie sabe nada a menos que lo vivas en primera mano, a mi me frustraba mucho porque de las señales de autismo que hay, algunas de ellas las cumple y otras que no. Entonces pensaba que esto no lo hace y esto tampoco. Y me decían que eso daba igual, el problema para comunicarse y socializar lo tiene igual.

Entonces, es verdad que eso te cuesta un poco aceptarlo, yo al principio pensaba que podía tener problemas de atención TDH o hiperactividad, ya que era muy pequeño para saberlo.

Yo se que desde el primer momento que el pediatra lo vio sabía perfectamente lo que tenía, otra cosa es que no me lo quería decir en ese momento , ahora lo veo, pero en ese entonces yo no lo veía tan claro.

Información hay muy poca. Información de internet, grupos de padres, grupos de whatsapp, ves muchos casos de niños con autismo que tienen otros problemas que él no tiene, problemas para dormir, problemas de conducta grave, otros tienen que ir con cascos porque no soportan el ruido, otros no soportan ni llevar ropa prácticamente.

Te vas enterando de cosas que no las cumple y otras que sí.

Es cierto que tiene restricciones de la comida, les pasa a una mayoría de niños con autismo, además hay dos tipos, suelen comer muy poca comida además gran parte de ellos no soportan los sólidos y hasta los diez años solo comen puré.

Son cosas que te vas enterando, pero no terminas de aprender. Otro día, vi a un adulto que le acababan de diagnosticarle autismo con mediana edad

Que había escrito un libro y que sentía la ducha como alfileres. Otros comentaban que sentían telarañas en su cara, otros talco...

Yo se que a veces le pasan cosas pero no sabes que puede ser. Hay veces que le peino y no se queja y otras que no he empezado y no lo tolera.

Como el tema del baño que hay veces que lo soporta bien y hay veces que le es insoportable, pero claro no lo sabemos.

Tiene manía con tener cosas colocadas en su lugar y si algo se mueve o desaparece se enfada. Cada día es una historia nueva.

3- Comportamiento con otros niños y adultos

La gran mayoría de niños autistas a los iguales los ignoran, cuando son más mayores he leído niños que quieren socializar y no lo consiguen y otros que prefieren estar solos. Pero él se lleva mucho mejor con los mayores. Los niños no le llaman la atención, los ignora, los admite pero no los busca mucho aunque los tolera que es bastante.

4- Situación familiar y con hermanos

Cuando me dieron el diagnóstico, fue quien me consoló, se llevan cuatro años. Los niños lo normalizan todo mucho, igual que sus compañeros de clase que han crecido con él lo ven super normal, un niño que no le conozca le cuesta más comprenderlo. Yo lo veo cuando estamos en el parque y otros niños le dicen “juega conmigo”, “por que no me hablas” o “por que llora”.

Su hermano lo normalizó desde siempre y me ayuda en todo, está muy volcado. Con su hermano si que interacciona más socialmente que con otros niños.

5- Apoyo externo del colegio.

Actualmente acude a Logopedia y Terapia ocupacional. Y en la asociación acude a terapias y respiro.

6- Formación docente

No estaban muy preparados y se esforzaron mucho. Se lo han tomado como un reto, tomando cursos y preparándose muchos materiales porque estos niños aprenden mediante una metodología manipulativa. Todo es informarse y ponerse las pilas. Explicarle los pictogramas y ponerse al día, igual que yo.

7- Pronóstico

En principio no te dan nada, actualmente están apareciendo bastantes casos de gente adulta. Y han pasado toda su vida sin conocimientos sobre lo que tenían.

Por lo que no se puede saber y si te dicen algo es un error, porque no puedes saber cómo va a ir realmente .

Con seis/siete años se valora si tiene algo de lenguaje con sentido y no lo dice por repetir. Él dice mamá, tata, papá, pero muy pocas veces. A veces dice una palabra y ya no la vuelve a decir nunca más. Muchas veces son ecolalias. Ellos pueden repetir cosas que ven o que escuchan pero no logro asociarlo a nada de esto.

8- Rutinas diarias

Las rutinas tienes que llevarlas muy estructuradas, si son las ocho y media y siempre cenamos a las ocho y media, él te lo pide. Aunque no lleve reloj lleva mejor el horario que alguien que sí. Es muy beneficioso el tener rutinas fijas y yo las sigo muy estrictas. Para comunicarle a él es muy sencillo pero que él se comunique con pictogramas es muy difícil y es lo que desde el colegio se está intentando.

Tenemos una carpeta que están intentando que desde el colegio y la asociación unificarla en lugar de tener diferentes en cada sitio.

Entonces cuando me iba a pedir algo iba a por la carpeta y mientras iba a por ella, se enfadaba porque no le atendía. Si quiere una naranja no coje el pictograma sino que la coje del frutero, no es malo, pero llegará algún día que quiera algo y no lo pueda alcanzar. Si se ha hecho pis, te lleva al baño de la mano y llora.

Cuando salgo fuera de casa utilizo la app dicta picto, con pictogramas sacados de arasaac, organizado en nuestro caso por tres apartados: familia, ocio y cole. Puedes añadir fotos para que lo relacione.

Por ejemplo si pongo vamos al parque él piensa en el que está cerca de casa y si no vamos a ese le voy añadiendo fotos de los diferentes parques a los que vamos para

anticiparle las situaciones que van a ocurrir. Y de esta forma generar una secuencia en la app con los pictogramas

Eso me viene muy bien. Me falta quizás que él los usará más, que es lo que me dicen del colegio, pero a mi me cuesta muchísimo. Él entiende los pictogramas muy bien pero no los usa. Es un trabajo muy arduo y muy complicado

9- Medicación

El neuropediatra me dijo que para el autismo como tal no existe ninguna medicación. Es un fastidio, ya que para el déficit de atención y para la hiperactividad por ejemplo si hay medicación.

Lo que sí hay tratamiento es asociado para las comorbilidades, casi todo el que tiene autismo tiene más enfermedades asociadas por lo que se medica lo que necesite si por ejemplo tiene problemas para dormir pues para ello.

Por ahora estamos sin medicación. De cara a septiembre nos ha comentado que hay una medicación que se da para los problemas de atención, que a él le podría servir. Que hay un pequeño margen de niños con autismo que le sirve para mejorar en clase, para que estén más ratos sentados, más concentrados y puedan dar mas de si. Que dura 7-8 horas, las horas lectivas. Quizás lo probamos y no hay manera de dárselo. Aunque si podemos seguir sin medicación intentaremos seguir así el máximo tiempo posible. Pero si esta medicación es útil, no tiene muchos efectos secundarios y es para que él esté todavía mejor y le va bien, pues se valorará.

10- Algo más que añadir

Es un niño que no hace juego simbólico, ni sabes que juegos comprarle ni sabes cómo entretenerlo, cuando era más pequeño era más difícil gestionar el tiempo en casa pero ahora está más tranquilo. En casa no asocia el trabajo, pero intentamos trabajar los días que no hay colegio.

Es prácticamente imposible compaginar el trabajo con el cuidado de una persona con grado dependencia 3, no hay ayudas ni adaptaciones de horario, eso no existe.

Yo valoro que me haya ocurrido esta situación en la actualidad y no hace 30/40 años que no había nada de información, que igual hubieran pensado que es un niño desobediente.

Queda mucho por hacer porque al final si llora por la calle, todo el mundo te mira, te señala, te critica, y comentan que es maleducado. Y no tengo que ir contándole a todos que tiene autismo y a veces no sabes lo que decir. Sin duda todavía queda muchísimo por hacer.

Es verdad que hay ciertos niños con ciertas necesidades que no pueden estar en colegios ordinarios y que los colegios especiales son maravillosos también. Entonces es muy pequeño para saber y depende de cómo evolucione, no estamos cerrados a un sitio u otro. Nuestra idea es que esté en el colegio todo lo que se pueda, porque igual más adelante evoluciona. A veces algunos niños hacen una educación combinada o mixta, dos y tres días en cada uno. Estamos abiertos a todo y conforme el colegio nos vaya indicando. Pero es cierto que cuantos menos cambios haya creo que es mejor.