



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Magisterio de Educación Primaria

El Trastorno del Espectro Autista: revisión bibliográfica del concepto de autismo y vinculación con el mundo de las emociones.

The Spectrum Driver Disorder: bibliographic review of the concept of autism and its link with the world of emotions

Autor/es

Amanda Adiego Trasobares

Director/es

Maria Pilar Villarocha

Eva Urbón

FACULTAD DE EDUCACIÓN DE ZARAGOZA

2021

Resumen:

El Trastorno de Espectro Autista es considerado como un trastorno del desarrollo caracterizado por la presencia de deficiencias persistentes en la comunicación, en la interacción social, y con patrones restrictivos y repetitivos de comprensión, intereses o actividades.

A lo largo del presente Trabajo de Fin de Grado, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica del concepto de autismo en base a los diferentes autores que han trabajado el tema. Comenzaremos con la evolución histórica del concepto, presentando las diferentes definiciones que han surgido a lo largo de la historia. También, se analiza la variada sintomatología del autismo, y se establecen diferentes comparaciones con trastornos muy similares a TEA.

Asimismo, se presentan una serie de razonamientos vinculados con las emociones en las personas con TEA, relacionándolos con las diferentes teorías explicativas del autismo, focalizadas en las mismas. Estos ayudan a profundizar en el tema de la inteligencia emocional aportando información muy relevante sobre la educación emocional de este alumnado.

Igualmente, se incorporan ciertas orientaciones y estrategias dirigidas a las familias y al profesorado de este tipo de alumnado, siempre apostando por una educación inclusiva, en la medida de lo posible.

Palabras clave:

Concepto de autismo, educación emocional, teorías explicativas, escuela inclusiva, intervenciones y estrategias.

Abstract

The Autism Spectrum Disorder is considered like a developmental disorder characterized by the presence of persistent deficiencies in communication, in social interaction and with restrictive and repetitive patterns of understanding, interests or activities.

Throughout this Final Degree Project, a bibliographic review of the concept of autism has been carried out based on the different authors who have worked on it. We will begin with the historical evolution of the autism concept, presenting the different definitions that have emerged throughout history. Also, the varied symptoms of autism are analyzed and different comparisons are made with disorders similar to ASD.

As well, a series of reasoning related to emotions in people with ASD are presented, related to the different explanatory theories of autism, focuses on emotions. In addition, this helps to go in depth in the subject of emotional intelligence contributing very important information on the emotional education of these students.

Likewise, certain guidelines and strategies are incorporated aimed at families and teachers of this kind of student, always betting on an inclusive education, as far as possible.

Keywords

Autism concept, emotional education, explanatory theories, inclusive school, interventions and strategies.

ÍNDICE

1.	Introducción/ Justificación.....	4
2.	Marco teórico.....	7
	A. Evolución histórica del concepto autismo.....	7
	B. Análisis del manual diagnóstico DSM-V.....	13
	C. Definición, características y necesidades educativas.....	16
	D. Comorbilidad y epidemiología del autismo.....	21
3.	Las emociones.....	25
	A. Definición de emoción.....	25
	B. Clasificación y funciones de las emociones.....	26
	C. Educación emocional: inteligencia emocional.....	27
	D. La percepción de emociones en autistas.....	29
4.	Teorías explicativas del autismo.....	31
5.	Escuela inclusiva: intervención educativa y terapéutica.....	40
6.	Orientaciones y estrategias.....	44
	A. Orientaciones y estrategias dirigidas al profesorado.....	44
	B. Orientaciones y estrategias dirigidas a familia.....	46
7.	Conclusión: reflexiones.....	48
8.	Bibliografía.....	52

1- INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

En el presente Trabajo de Fin de Grado se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica del concepto de Trastorno de Espectro Autista a lo largo de los años, y su estrecha vinculación al mundo de las emociones, ámbito en el que las personas con TEA demuestran sus mayores deficiencias.

Mi interés por estudiar e investigar acerca del Trastorno de Espectro Autista, surgió en mi último año del Grado de Magisterio en Educación Primaria. Me especialicé en la mención de Pedagogía Terapéutica por lo que, la mayoría de mis asignaturas estaban dirigidas al estudio de todos los trastornos existentes, de manera que, desde el primer momento sabía que mi Trabajo Fin de Grado iba a estar relacionado con todo ello.

En concreto, decidí centrarme en el estudio del Trastorno de Espectro Autista, a raíz de mis prácticas de mención en el último año de carrera. Tuve el placer de trabajar con un niño que presentaba Síndrome X Frágil, un trastorno con una combinación de dificultades variadas, en concreto, este alumno presentaba rasgos autistas, moderada discapacidad intelectual e hiperactividad.

A partir de ello, comenzó mi interés por el trastorno autista, siendo una discapacidad desconocida por mí, de manera que, consideré muy importante la necesidad de informarme sobre los rasgos autistas, dificultades, etc. con el objetivo de encontrar respuestas educativas adecuadas para trabajar con este alumno, y el alumnado con autismo, en general.

El autismo es un trastorno del desarrollo con una sintomatología variada, pero focalizada en tres áreas problemáticas: en la adquisición de patrones lingüísticos, la falta de relaciones sociales y la inconsistencia en las reacciones conductuales. El diagnóstico es muy difícil debido a la heterogeneidad y similitud de los rasgos con otros trastornos, sin embargo, se puede realizar en la primera infancia utilizando los instrumentos necesarios.

Mi trabajo consta de varias partes que lo conforman, siguiendo una estructura concreta: resumen, introducción y justificación del tema elegido, un marco teórico del autismo, análisis de cómo se desarrollan las emociones en las personas con TEA, revisión de las teorías explicativas del autismo, orientaciones y estrategias dirigidas a la intervención educativa y al ámbito familiar, y para finalizar unas conclusiones.

El marco teórico está formado por varios subapartados, donde se ha analizado la evolución historia del concepto de autismo, presentando todas las definiciones existentes, así como, las características que presentan las personas con TEA y sus necesidades educativas. Asimismo, también se ha realizado una comparación del Trastorno de Espectro Autista con otros trastornos.

Por otro lado, las emociones son el núcleo fundamental de mi trabajo. En relación a mi experiencia, en las Prácticas escolares de la Universidad, la educación emocional se encuentra muy limitada en los centros educativos, no se trabaja apenas, en relación a otros aspectos o materias escolares.

Es en este ámbito donde los personas con autismo presentan mayores dificultades, en cuanto a la comunicación, expresión y comprensión emocional y social. De manera que, considero muy importante incluir información respecto a esta área, incluyendo un aspecto innovador, la educación emocional de los niños autistas, es decir, el desarrollo de la inteligencia emocional en las personas con TEA.

Numerosos autores consideran que el desarrollo emocional es fundamental, contribuye a mejorar el ambiente de la clase, así como, promueve las relaciones sociales positivas fomentando un trabajo cooperativo, formando alumnos con mayor autoestima y confianza en ellos mismos

En este sentido, la educación emocional es primordial y todavía más con los niños que poseen TEA, con el objetivo de que sean capaces de desarrollar y mejorar sus habilidades sociales fomentando la socialización con otros compañeros, y otras personas de su entorno.

Finalmente, se incluyen una serie de pautas y estrategias dirigidas al trabajado educativo con el alumnado, abogando en la medida de lo posible por un trabajo inclusivo. Así como, se incluye ciertas orientaciones dirigidas al ámbito familiar. Asimismo, también aparecen las conclusiones finales del trabajo.

Objetivos:

- Realizar una revisión bibliográfica del concepto de “autismo” mediante la recopilación de artículos científicos y estudios respecto a este tema.

- Reunir y plasmar toda la información y conocimientos suficientes sobre el tema del Trastorno de Espectro Autista en el presente trabajo, de manera que, pueda ser utilizado como recurso para profesionales y personas interesadas en el tema.
- Analizar la evolución histórica del concepto de “*autismo*”.
- Identificar los rasgos principales y necesidades de las personas con Trastorno de Espectro Autista.
- Estudiar la influencia de las emociones en el Trastorno de Espectro Autista, mediante un análisis de las teorías explicativas del autismo.
- Ofrecer orientaciones y estrategias dirigidas al profesorado y a las familias, para el trabajo y desarrollo con los niños que presentan TEA.

2- MARCO TEÓRICO

Para comenzar con el trabajo, en este apartado nos vamos a centrar en el análisis del concepto de Trastorno del Espectro Autista. Este ha sido revisado desde diversos puntos de estudio, teniendo en cuenta a diferentes autores, así como, asociaciones de nivel internacional tales como el DSM. Asimismo, introduciré las características propias de este trastorno, realizando un cuadro diferencial con otros trastornos similares, y analizaré la historia y evolución del término.

A. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE AUTISMO

Vamos a comenzar realizando un breve repaso histórico de la evolución del concepto del autismo. Según varios autores las primeras descripciones, consideradas como relevantes, sobre lo que actualmente denominamos trastornos del espectro autista (TEA) corresponden a las publicaciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944). Antes de comenzar, vamos a incluir la definición actual del mismo, según la Confederación Española del Autismo, (2010): *El autismo es una alteración que se da en el neurodesarrollo de competencias sociales, comunicativas y lingüísticas y, de las habilidades para la simbolización y la flexibilidad.*

Si bien es necesario destacar la existencia del autismo durante toda la vida, por ello se pueden rescatar las huellas de su paso por la historia.

La primera referencia data del siglo XVI Johannes Mathesius (1504-1565), cronista del monje alemán Martin Lutero (1483-1546). Este autor relató la historia de un muchacho de 12 años autista, siendo considerado como una persona con un espíritu sin alma. Afirmaban que estaba poseído por el diablo, y que debería morir asfixiado.

El término “*autismo*” en la literatura médica aparece por primera vez con el autor Eugen Bleuler en su monografía *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1857-1939) para el Tratado de Psiquiatría publicado en Viena en 1911. Bleuler considera este término como un conjunto de psicosis esquizofrénicas que comparten ciertos mecanismos psicopatológicos. Relacionando el autismo con un trastorno mental, la esquizofrenia, destacando la limitación de las relaciones con las personas y el mundo externo. Este término tiene una etimología griega que significa “encerrado en sí mismo” y se refiere a la expresión de “ausente o perdido”.

Fue empleado por primera vez por este autor en 1911, pretendiendo enfatizar la profunda soledad de la conducta de estos niños, estar encerrado en uno mismo, aislado socialmente.

Unos años después, en 1923, el psicólogo suizo Carl Gustav Jung introdujo los conceptos de personalidad extravertida e introvertida, lo que amplió el enfoque psicoanalítico de Sigmund Freud. En este sentido, la persona autista es un ser introvertido, se encuentra en su mudo interior disfrutando de la soledad. Además, esta introversión severa se asoció con algunas formas de esquizofrenia.

Finalmente, apareció el psiquiatra austriaco, Leo Kanner. El término *autismo* conocido actualmente fue acuñado, principalmente, por este autor. Consideraba que es la alteración social innata la característica principal del trastorno autista, incapacidad para relacionarse de manera normal con las personas y situaciones, para establecer vínculos afectivos adecuados desde su nacimiento.

Este autor publicó en 1943 "*Autistic disturbances of affective contact*", un artículo donde recogió la descripción de la conducta de once niños con ciertas peculiaridades, presentaba: incapacidad para relacionarse, para hablar, memoria repetitiva, ecolalia, temor al ruido y alteración del yo/tu. A partir de ello, describió el autismo como un síndrome comportamental con alteraciones del lenguaje (o comunicación), de las relaciones sociales y de los procesos cognitivos, dentro de los cuales se ha resaltado el trastorno de la flexibilidad, cuya gravedad depende del nivel de profundidad del espectro autista.

Estos niños tienen características comunes siendo, el rasgo fundamental del síndrome de autismo "*la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones*" (1943). Así como, dificultades y alteraciones en la comunicación y lenguaje. Además, presentan a necesaria excesiva adherencia a sus rutinas y la no interrupción de las mismas. Destacando el rasgo de inflexibilidad.

Asimismo, poseen varias dificultades: tienden a ignorar a las personas, no existe contacto visual, es decir, no miran a la cara de las personas, no responde cuando se dirigen a ellos, no se relacionan ni juegan con otros niños, etc. En este sentido, este autor lo considera como trastorno autista innato del contacto afectivo, cuyas características son: alteraciones sociales, dificultades comunicativas, alteraciones sensoriales y un deseo obsesivo por mantener todo igual, un entorno y rutinas invariables.

Durante las décadas de los años 50 y 60, se formó un fuerte debate entre la vinculación del autismo con la esquizofrenia y la interpretación psicodinámica. Kanner mantuvo en todo momento, el cuadro clínico que considera del autismo: aislamiento profundo, deseo obsesivo de preservar la identidad, relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa, y alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un lenguaje sin intención comunicativa. Este cuadro era tan concreto y específico que permitiría diferenciar el autismo de cualquier otro trastorno.

Esta concepción sufrió diversas reformulaciones y es en la década de los ochenta del siglo XX cuando se logró alcanzar un consenso en cuanto a la concepción del autismo como un síndrome conductual que afecta a determinadas áreas del desarrollo.

Kanner trató de estudiar el origen de estas dificultades para establecer vínculos afectivos, centrándose en ciertos rasgos de personalidad y tipo de interacción que los padres mantenían los padres con sus hijos. Publicó un escrito psicoanalítico: *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*, donde se centraba en los sentimientos hostiles dirigidos de los progenitores al niño en determinados períodos evolutivos.

Fueron muy necesarios varios años de investigación hasta que en 1980 fue reconocido oficialmente en la 3ª edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980).

La definición establecida tuvo en cuenta el trabajo realizado por el psiquiatra infantil Michael Rutter, quien consideraba que la alteración social y comunicativa es específica, no se puede explicar por la discapacidad intelectual que generalmente poseen estas personas. Este autor fue muy importante en la historia de la definición del autismo, considerando el autismo como alteraciones en el desarrollo del lenguaje.

Es en la década de los ochenta, del siglo XX donde se establece este consenso en su definición como un síndrome conductual que afecta a varias zonas del desarrollo, siendo considerado como un trastorno generalizado del desarrollo. (TGD). Así pues, los criterios diagnósticos que hoy día contempla el DSM-IV-TR para el autismo ya aparecían en ciertos artículos de Kanner. Este trastorno se denominó “*autismo infantil*” formando parte de los trastornos de inicio en la infancia, trastorno generalizado del desarrollo (TGD).

Un año después de la publicación del famoso artículo de Kanner, apareció el pediatra vienés Hans Asperger, quien realizó observaciones muy similares a las de Kanner. La publicación de Asperger hacía referencia a la historia de cuatro muchachos, identificados como autistas. Los pacientes mostraban un mismo patrón de conducta: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés exagerado por ciertos temas y torpeza motora y mala coordinación.

Pese a la relevancia de las publicaciones de Asperger, sus escritos eran en alemán lo que impidió su difusión y conocimiento por la psiquiatría y neurología de muchos países. Posteriormente, estas publicaciones fueron traducidas por Lorna Wing, y es a ella a quien se le atribuye el término “*Síndrome de Asperger*”, como personas autistas con buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje.

Siete años más tarde, el concepto de “*autismo infantil*” paso a denominarse “*trastorno autista*”, ya que, el autismo se produce desde el principio de la vida, aunque comience en la infancia se prolonga a lo largo de toda la vida. Asimismo, todos los TGD tenían los mismos criterios diagnósticos, en concreto dos: “*trastorno autista*” y “*TGD no especificado*”, para los trastornos con menor sintomatología (Volkmar y Klin, 2005).

Finalmente, con el objetivo de establecer el concepto de autismo, unificando todos los criterios diagnósticos presentados por los autores, se elaboraron los manuales diagnósticos, la OMS el International Classification of Diseases (ICD) y la American Psychiatric Association el Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM).

En definitiva, según Kanner en 1943 el autismo está presente en niños con dificultades en las relaciones sociales, en la comunicación, y en el lenguaje, así como, presentan inflexibilidad en sus rutinas. De esta manera, podemos diferenciar cinco épocas en el estudio del autismo, en relación con las publicaciones de los Manuales Diagnósticos DSM.

La primera etapa, previa a la definición aportada por Leo Kanner, incluye la descripción de personas autistas haciendo referencia a casos muy relevantes en la historia de este trastorno, siendo las descripciones más conocidas las de Haslam y la Itard.

La segunda etapa, abarca desde 1943 hasta 1963. El autismo es considerado como un trastorno emocional, debido a la falta de afectividad, por pautas de crianza

inadecuadas. Se consideraba que este trastorno podía deberse a una interacción inadecuada entre el niño y sus figuras de apego. Todo ello requiere terapias psicodinámicas que sean capaces de restablecer lazos emocionales correctos y sanos. Esta teoría ha sido sometida a muchas críticas debido a la incapacidad de demostrar que los padres sean los causantes de la alteración en sus hijos, así como, no se ha podido demostrar la eficacia de las terapias.

Durante estos años tuvo lugar la publicación del DSM-I en 1952, donde se afirmaba que las personas con características propias del autismo eran diagnosticadas con “*reacción esquizofrénica de tipo infantil*”. Al mismo tiempo, en el año 1968 se publicó el DSM-II donde se continuaba defendiendo la hipótesis del DSM anterior, no se contemplaba el autismo como un diagnóstico específico, sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil. Consideraba que las personas con autismo fracasaban en el desarrollo de una identidad. Los criterios diagnósticos del DSM-I y del DSM-II son expuestos en la tabla I. (Véase anexo I)

La tercera etapa, abarca desde 1963 hasta 1983, la hipótesis de trastorno emocional es abandonada. En este periodo el autismo pasó a considerarse como una alteración cognitiva en el niño apoyada en teorías explicativas basadas en alteraciones neurobiológicas. El autismo podría explicarse desde un origen cognitivo, causante de las dificultades en las relaciones interpersonales, en el lenguaje y la comunicación, así como, podría explicar ciertas conductas de las personas autistas. Como señala Rivière (1997) las intervenciones terapéuticas deben centrarse en las áreas alteradas del niño, mediante el desarrollo de procedimientos de modificación de conducta, así como, mediante la creación de centros educativos dedicados específicamente al autismo.

Es en el año 1980 donde tiene lugar la publicación del tercer Manual Diagnósticos, el DSM-III. Siendo relevante en la historia del “*autismo*”, ya que, a partir de esta fecha se incorpora el autismo como categoría diagnóstica específica, siendo denominada “*autismo infantil*”. Los criterios diagnósticos del DSM-III son expuestos en la tabla II. (Véase anexo II).

El cuarto periodo, desde 1983 hasta finales del siglo XX. A partir de estos años, el autismo pasó a considerarse un trastorno del desarrollo, eliminando el carácter irreversible que poseía, siendo estudiado desde una perspectiva evolutiva. Es en el año 1987 cuando se publica el DSM III-R, suponiendo una modificación total tanto del concepto de autismo como de sus criterios diagnósticos.

La denominación de “*autismo infantil*” pasó a conocerse como “*trastorno autista*”, siendo incorporado a la categoría de “*trastorno*”. Los criterios aparecían descritos y explicados detalladamente incluyendo ejemplos concretos de cada uno de ellos, estos son expuestos en la tabla III. (Véase anexo III)

Finalmente, el quinto periodo, desde los inicios del siglo XXI hasta nuestros días. Los manuales diagnósticos del DSM-IV y DSM IV-TR se publicaron en el año 1994 y 2000, respectivamente. Realizaron cambios fundamentales, incorporando el término “*Trastornos Generalizados del Desarrollo*”, para englobar todos los subtipos de autismo. Este DSM incluye cinco categorías de autismo: *trastorno autista*, *trastorno de Asperger*, *trastorno de Rett*, *trastorno desintegrativo infantil* y *trastorno generalizado del desarrollo no especificado*.

Los criterios diagnósticos fueron reducidos de 16 en el DSM-III a 6 en este DSM-IV, lo que favoreció el establecimiento de un diagnóstico menos restringido.

Asimismo, podemos destacar el Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista, constituido en 2002 gracias al apoyo de la Confederación Autismo España, FESPAU y a la Asociación Asperger España, con ayuda financiera de otras instituciones.

Finalmente, el 18 de mayo de 2013 se publicó el DSM- V, que reemplazó al DSM IV-TR. El DSM-V: consolida la definición del autismo, sustituyendo la denominación de “*Trastornos Generalizados del Desarrollo*” por la de “*Trastorno del Espectro Autista*” (TEA).

Así pues, en los trastornos del desarrollo que aparecen en el DSM-IV-TR se incluye el Trastorno de Rett, sin embargo, en este DSM-V se ha eliminado. Los criterios diagnósticos del DSM-V son muy similares al DSM-IV, pero se realizan pequeños cambios: se agrupan los criterios de trastorno cualitativo de la relación social y trastorno cualitativo de la comunicación en un solo criterio.

Así como, en el tercer criterio del DSM-IV se añadirá el criterio de la hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales del entorno. Así pues, como ya se ha comentado, la llegada del DSM-V supuso un enorme avance en la definición del autismo.

En la actualidad, se considera el autismo como un trastorno grave del desarrollo, según la Confederación Española del Autismo, (2010): *“El autismo es una alteración que se da en el neurodesarrollo de competencias sociales, comunicativas y lingüísticas y, de las habilidades para la simbolización y la flexibilidad”*

B. ANÁLISIS DEL MANUAL DIAGNÓSTICO V (DSM-V)

Tras varias publicaciones y estudios, se determinó la necesidad de establecer unos criterios diagnósticos de carácter internacional, lo más fiables y útiles posibles. Para ello se compararon los criterios diagnósticos del DSM-III, DSM-III-R, el borrador CIE-10 y los nuevos criterios para el DSM-V. A continuación, vamos a analizar el DSM-IV y el DSM-V según Rubén Palomo en su libro de *“Teorías explicativas del autismo”*:

En primer lugar, comenzamos por el DSM-IV. Define el trastorno autista como una alteración cualitativa en la interacción social recíproca, la comunicación, el lenguaje y el juego simbólico, así como, muestra un abanico restringido y repetitivo de conductas e intereses (DSM-IV, Asociación Americana de Psiquiatría; APA, 1994). Nos presenta una amplia lista de criterios diagnósticos, considerados como áreas de alteración en las cuales se agrupan una variedad de síntomas que pueden presentar los sujetos autistas.

El DSM-IV establece que las personas autistas deben manifestar alteraciones en al menos seis de las áreas sintomáticas antes de los 3 años. Los criterios diagnósticos del DSM-IV se exponen en tabla IV (véase Anexo IV).

Ninguno de los síntomas descritos en el DSM-IV son específicos del autismo, al menos a ciertas edades. Cada uno de ellos se pueden observar en otros trastornos del desarrollo o trastornos mentales. Sin embargo, según el DSM-IV el autismo y el resto de TGD son definidos por la alteración simultánea, temprana, cualitativa y severa de las siguientes áreas: interacción social recíproca, comunicación social, imaginación y flexibilidad mental y comportamental.

En un principio los trastornos generales del desarrollo (TGD) estaban formados por el trastorno autista y los TGD no especificados. Con la llegada del DSM-IV se introducen tres trastornos más dentro de la categoría de TGD: el trastorno desintegrativo de la infancia, el síndrome de Rett y el síndrome de Asperger.

De manera que, los TGD están formados por: el trastorno autista, el trastorno desintegrativo de la infancia, el síndrome de Rett, el síndrome de Asperger y los TGD no específicos. Estos han sido analizados en mayor profundidad en el anexo V.

Como ya he comentado, hasta la llegada del DSM-V, los manuales diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría y de la Organización Mundial de la Salud clasifican los diferentes trastornos basándose en un modelo categorial, situando cada alteración en una categoría diferente.

Sin embargo, El DSM-V explica todo ello desde un modelo dimensional, proponiendo una única categoría “*Trastorno del espectro del autismo*”, enfatizando un núcleo específico de alteración “*autismo*”.

El DSM-V presenta una denominación genérica de TEA y elimina las subcategorías del DSM-IV-TR adquiriendo un concepto dimensional del autismo, así como, presenta tres niveles de severidad (véase en el anexo VI). Así pues, el trastorno del espectro autista incluye el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el TGD no especificado, de manera que, el síndrome de Rett y el Trastorno desintegrativo de la infancia desaparecen en el nuevo DSM.

A continuación, nos centraremos en más detalle en los criterios diagnósticos del DSM-V. (Véase anexo VII). Son fusionadas en dos áreas de alteración: la alteración en la interacción social recíproca y la alteración en la comunicación. Pero, la rigidez comportamental y mental se mantienen. Además, los criterios son mucho más específicos para el diagnóstico, pudiendo determinar el nivel de severidad de autismo que presenta cada sujeto.

El diagnóstico se contemplará especificando si se trata de un caso TEA con o sin déficit intelectual, trastorno del lenguaje, trastorno del neurodesarrollo, trastorno mental o del comportamiento, si se trata de una condición genética, médica o debida a un factor ambiental.

Sin embargo, no todo son ventajas con el DSM-V. Debido a su gran nivel de detallismo en el diagnóstico, muchas personas diagnosticadas anteriormente como autistas, con este nuevo DSM podrían dejar de serlo. De manera que, se evita falsos positivos, pero no permite detectar personas autistas con sintomatología menos grave.

Teniendo en cuenta la nueva definición del autismo, pasamos de una aproximación categorial del mismo a una concepción dimensional, entendiendo los diferentes TGD como un continuo de alteración, siendo considerados como un déficit que afecta a varias dimensiones del desarrollo.

La concepción dimensional del DSM-V puede deberse a un trabajo realizado por Lorna Wing y Judith Gould. Estas autoras obtuvieron datos muy relevantes respecto a la incidencia del autismo en un barrio de Londres, Camberwell. Las conclusiones obtenidas fueron las siguientes: observaron que la alteración cualitativa en la capacidad de relación social manifestada en comportamiento repetitivos, así como, una alteración del lenguaje y del juego simbólico.

Las autoras concluyeron que los síntomas de autismo pueden manifestarse en un continuo de severidad, centrándose en las deficiencias sociales en interacciones bidireccionales. En este sentido, Wing clasifica tres tipos de conductas sociales que pueden presentar, estableciendo tres tipos de niños: aislado, pasivo y extraño. (Wing y Gould, 1979).

Esta autora identifica tres clases de problemas que limitan las interacciones sociales recíprocas de las personas autistas, la Triada de Wing: alteración en el reconocimiento social, en la comunicación social y en la imaginación y comprensión social. Las alteraciones en estas áreas son universales y específicas del autismo. Sin embargo, el criterio de patrones repetitivos o restringidos de actividades o intereses no la autora no los considera propios del autismo, ya que, aparece en otros trastornos diferentes a este, algo realmente sorprendente.

En 1988, Wing afirma que otras funciones psicológicas también pueden verse alteradas con la triada de problemas comentados anteriormente. Dichas áreas hacen referencia al lenguaje, la coordinación motora, la competencia intelectual y la respuesta sensorial a estímulos. En este sentido, de nuevo defendemos la gran variedad sintomatológica del autismo, es decir, su heterogeneidad.

C. DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO Y NECESIDADES EDUCATIVAS: dimensiones psicológicas de la alteración

La orden ECD 1005/18 establece que el alumnado TEA es considerado como el alumnado con deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos y con patrones restrictivos y repetitivos de comprensión, intereses o actividades. En este sentido, según el Manual de la Psicología Infantil las necesidades de los niños con autismo se centran en tres áreas problemáticas: la adquisición de patrones lingüísticos, la falta de relaciones sociales y la inconsistencia en las reacciones conductuales.

Dado que el autismo se trata de un trastorno del desarrollo existe gran heterogeneidad en las personas con autismo. El “*espectro autista*” se puede considerar como un continuo más que una categoría, reflejando la gran variabilidad de síntomas que pueden presentar en cuanto a dimensiones psicológicas alteradas.

Los autores Wing y Gould (1979) planteaban que el autismo se debe considerar como un espectro de alteración simultánea de diferentes funciones, capacidades y procesos psicológicos, con diferentes grados de severidad. En este sentido, el autismo se puede presentar de diferentes formas, y síntomas, debido a diversos factores como: la severidad del trastorno, la edad, el nivel de competencia intelectual, el nivel de desarrollo de las habilidades adaptativas, el grado de desarrollo del lenguaje, la comorbilidad de otros trastornos, y la cantidad y calidad de los apoyos recibidos. (Rivière, 1997).

Ángel Rivière, psicólogo y científico muy importante en el estudio del trastorno autista, analizó las diferentes dimensiones psicológicas que pueden verse alteradas en las personas autistas.

Según este autor el déficit que causa el trastorno conlleva la alteración de la “*intersubjetividad*”, es decir, la capacidad del niño para compartir la atención hacia un elemento, para interactuar con otra persona, etc. Pudiendo explicar las dificultades para comunicarse, el lenguaje y sistemas simbólicos, para comprender estados mentales, entre otras. Todo que conlleva casi la incapacidad de adquirir otras funciones más complejas que son la base de las primeras, según Rivière las “*funciones críticas de humanización*” (Rivière, 1997a).

En este sentido, la alteración que presentan las personas autistas no es de todo o nada, es decir, las personas autistas pueden presentar alteraciones en determinadas áreas, sin embargo, otras dimensiones se mantienen intactas, no alteradas. Además, estas dificultades suelen ser progresivas, o pueden disminuir, pero nunca eliminarse por completo. Asimismo, el autismo está muy relacionado con otras dificultades relacionadas con la atención, la hiperactividad, problemas de aprendizaje o de conducta.

De manera que, Ángel Rivière establece doce dimensiones para organizar las alteraciones que presentan las personas autistas, interrelacionadas entre sí y agrupadas en cuatro grandes áreas (véase anexo VIII). En cada una de las dimensiones se establecen cuatro niveles de alteración en los que se pueden incluir las personas TEA, en el primer nivel se encuentran los individuos con trastornos más graves, progresivamente se irá ascendiendo.

Tabla VI:
Dimensiones alteradas en los trastornos del espectro del autismo (Rivière, 1997b)

ÁREA 1: SOCIAL	ÁREA 2: COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	ÁREA 3: FLEXIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN	ÁREA 4: SIMBOLIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Relación social - Capacidad de referencia conjunta - Capacidades intersubjetivas y mentalistas 	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones comunicativas - Lenguaje expresivo - Lenguaje receptivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Competencias de anticipación - Flexibilidad mental y comportamental - Sentido de la actividad propia 	<ul style="list-style-type: none"> - Imaginación y capacidades de ficción - Imitación y suspensión

No existe una sola causa para explicar el autismo, sino que se debe a una etiología multifactorial, destacando la causa genética. Estos fallos genéticos pueden verse modificados por algunos factores ambientales.

En este sentido, según varios autores y en la revisión histórica elaborada por Francisco Balbuena Rivera, se suelen diferenciar dos grupos de autismo según los factores de aparición, siendo, por un lado, debido a factores genéticos, cromosómicos y neurobiológicos, o, por otro lado, debido a factores afectivos, cognitivos y sociales.

En cuanto al primer tipo, existen estudios que prueban la presencia de anomalías en el cariotipo, apareciendo alteraciones en varios pares cromosómicos. Por otro lado, en varios casos de autismo se detecta síndrome de X-frágil, y alteraciones en el sistema inmunológico y metabólico, como ya probaba Friedman en 1969.

Por lo que, las hipótesis neurológicas consideran que *la teoría de la disfunción del sistema dopaminérgico*, formulada por A. R. Damasio y R. G. Maurer en 1978, como la *disfunción cortical primaria* son los factores causantes del autismo.

En cuanto al segundo tipo, como ya afirmaba Kanner, el trastorno autista podría explicarse debido a una falta de interacción emocional de los progenitores con sus hijos. Rivière apoya todo ello presentando el concepto de *“intersubjetividad secundaria”*, donde incluye tanto un componente afectivo y un componente subjetivo como causantes del autismo.

Asimismo, la teoría de Hobson atribuye la falta de componentes constitucionales a las dificultades en la interacción emocional con otras personas, dando lugar a personas incapaces de reconocer emociones y sentimientos propios y ajenos. En esta línea, *la teoría cognitiva clásica* considera que el autismo puede deberse a una alteración de la capacidad meta representacional como de otros mecanismos comunicativos, lo que provoca todas las alteraciones.

La hipótesis cognitivo-afectiva afirma que las personas con trastorno autista muestran dificultades para percibir y comprender los estados mentales y emocionales de las personas, y de ellos mismos. Así pues, un desarrollo afuncional del sistema de neuronas espejo podría ser causante de los déficits sociales recíprocos propios del autismo.

Son diversos los autores los que establecen cuatro formas de aparición del autismo (Ozonoff y cols. 2008; Ozonoff, Heung y Thompson, 2011):

- Síntomas tempranos: aparecen los síntomas desde el primer año de vida (suelen ser inespecíficos del trastorno). Antes de los treinta meses
- Estancamiento: desarrollo normal durante aproximadamente un año, y estancamiento del desarrollo social y comunicativo con una progresiva aparición de los síntomas propios del autismo

- Regresión: pérdida de habilidades previamente adquiridas, a la vez que aparecen síntomas de autismo. Lo más común es la pérdida en las áreas de desarrollo como: la mirada, respuesta al nombre, sonrisa social, gestos comunicativos, dirigir la atención, imitación, respuesta a apertura sociales, interés por juegos sociales, coordinación de las conductas no verbales (Golberg, Osann, Filipeck y cols., 2003)
- Retraso + regresión: pérdida de habilidades al final del segundo año, habiendo manifestando anteriormente retraso en el desarrollo social y comunicativo.

En un principio el DSM-IV analizaba el autismo desde un punto de vista clínico de manera general, sin embargo, la llegada del DSM-V se centra en dos aspectos fundamental la comunicación social y los intereses y conductas repetitivas y restringidas que presentan, estableciendo diferentes niveles de severidad para el trastorno de espectro autista (Véase en el anexo VII)

A continuación, voy a analizar los aspectos diferenciales del autismo. Antes de ello es necesario recalcar la heterogeneidad de las personas con TEA, de manera que, el grado de afectación depende de su nivel cognitivo y desarrollo lingüístico, de su edad y de cada persona en sí. Estos aspectos son:

En primer lugar, es necesario conocer el desarrollo evolutivo del niño en relación a su desarrollo psicológico. Los autores afirman que a partir de los 12 meses las alteraciones de las personas con TEA son más evidentes, mediante la no aparición o la pérdida progresiva de las pautas de juego, imitación y empleo de gestos.

Las personas autistas presentan conductas anómalas como: resistencia al cambio, no toleran cambios en sus rutinas con episodios de rabietas; comportamiento ritualista mediante patrones de conducta repetitivos y estereotipados; obsesiones e intereses por objetos extraños, así como, miedos y temores a ruidos concretos, a personas, etc. Asimismo, pueden aparecer trastornos del sueño, de los esfínteres y rechazo alimenticio, así como, conductas problemáticas, autolesivas mediante las cuales el niño autista se infringe daño a sí mismo o a otras personas.

En segundo lugar, el desarrollo afectivo-social, la conducta social de los niños autistas se ve muy alterada. Estas personas tienden a evitar cualquier tipo de contacto ocular, demostrando poco interés por la voz y el afecto humano. Actualmente, se exige que para diagnosticar a un niño de autismo es necesario que muestre alteraciones en alguna de estas áreas: conducta social, comunicación juego simbólico, antes de los 36 meses de edad, y no después.

En tercer lugar, aparecen alteraciones en el lenguaje y comunicación muy variadas, desde personas con un completo mutismo a personas con un lenguaje funcional. Las personas con TEA muestran alteraciones respecto a la pauta normal de desarrollo en los componentes semántico y pragmático, sin embargo, en los componentes morfosintácticos y fonológicos pueden mostrar pautas de adquisición normales. Así pues, no muestran conductas comunicativas prelingüísticas, protoimperativas y protodeclarativa o muestran una pérdida progresiva de las mismas.

Las alteraciones lingüísticas que manifiestan: *ecolalias* de diversos tipos pudiendo ser inmediata o retardada, inversión pronominal mediante la cual el niño al demandar algo se refiere a sí mismo, graves alteraciones en la comprensión, alteraciones en la prosodia y escasa o nula intención comunicativa.

Así como, aparecen otras carencias comunicativas vinculadas al lenguaje expresivo como alteraciones fonológicas, semánticas, defectos en la articulación, monotonía y labilidad en el timbre y en el tono de voz, reiteración obsesiva en las preguntas. Asimismo, en cuanto al lenguaje receptivo presentan dificultades para atender y percibir la información, poseen bajo nivel de comprensión gestual

Es en este estadio donde se introduce el concepto de “*ceguera mental*” asociada a la incapacidad de atribuir estados mentales y emocionales de los niños autista, relacionado con la Teoría de la mente.

En cuarto lugar, muestran déficit en relación a los aspectos cognitivos. Poseen una conciencia muy limitada, así como, la orientación temporal-espacial y respecto a sí mismo se encuentran muy alteradas. La atención y la memoria que mantienen es muy dispersa y selectiva para determinados intereses, pudiendo estar atentos a determinados aspectos, pero sin poder interpretar su significado.

Existe un fuerte debate sobre si el déficit atencional es la causa o la consecuencia de un procesamiento perceptivo fallido. Así pues, se considera que este grave déficit cognitivo influye en el lenguaje y en otras funciones, lo que explicaría todas las características del autismo.

Una de las limitaciones cognitivas más fundamentales es la incapacidad del niño autista para reducir la información, extrayendo lo más relevante de ella.

Es en esta dimensión donde aparece el concepto de “*hipótesis de la preferencia sensorial*” considerando que las personas autistas apenas utilizan el sentido de la vista y oído como canal de comunicación, sino que, prefieren el uso del gusto, tacto y olfato. Existen defensores y detractores de esta hipótesis.

En quinto lugar, muestran déficits en los aspectos perceptivos-motrices demostrando torpeza motora, pobre agilidad, escasa coordinación en su motricidad fina y gruesa, problemas motores en la musculatura de la cara, así como, un patrón de caminar descoordinado.

En conclusión, Nicolás Tortosa (2000) establece las necesidades educativas especiales que presentan las personas autistas, agrupadas según las áreas de alteración. (Véase en el anexo IX)

En Aragón, existen tres tipos de centros docentes: ordinario, de atención preferente para TEA y de educación especial. La ORDEN de 9 de octubre de 2013, de la consejera de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, por la que se regulan los centros de atención preferente a alumnos con trastorno del espectro autista, modificada por la Orden 445/17.

Para concluir este apartado, es necesario destacar que, para poder entender el autismo, su origen y desarrollo se debe ir más allá de los síntomas clínicos observables, analizando las alteraciones biológicas y psicológicas subyacentes en las personas autistas.

D. COMORBILIDAD Y EPIDEMIOLOGÍA DEL AUTISMO

Como ya hemos comentado en varias ocasiones, el autismo puede presentarse en diversos síntomas, afirmando la heterogeneidad sintomatológica del trastorno, lo que conlleva dificultad para definir las alteraciones que producen el trastorno, ya que, pueden estar presentes en otros trastornos. Por todo ello, he decidido analizar la comorbilidad del autismo, comparándolo y estableciendo semejanzas y diferencias con tres trastornos.

1) Autismo y esquizofrenia:

Hoy en día existen dificultades para hacer diagnóstico diferencial sobre autismo y esquizofrenia, debido a las similitudes que presentan estos trastornos en determinados aspectos. La diferenciación entre síntomas del espectro autista y esquizofrenia es complicada, por su semejanza sintomatológica.

Según Hollis, para diferenciar la Esquizofrenia infantil del Trastorno del Espectro Autista es necesaria una investigación de los patrones autísticos que presentan los sujetos, en relación a la comunicación, interacción social y comportamientos e intereses restringidos y estereotipados.

Kraepelin quien descubrió la esquizofrenia, afirma que comienza antes de la adolescencia. Mientras que, el comienzo del autismo es anterior, en casi todos los casos, a los tres años.

En cuanto a la relación de dichos trastornos, ambos comparten el inicio temprano del trastorno, la presencia de síntomas negativos como: aislamiento social, falta de interés por la interacción social, dificultades en la comunicación, así como, alteraciones en la percepción, en el pensamiento y catatonía.

Haciendo referencia a las alteraciones de pensamiento, propias de la esquizofrenia, las personas TEA pueden mostrar estas dificultades mediante comentarios fuera de lugar, hablar con sí mismo en voz alta o con personas imaginarias, etc. Sin embargo, estas alteraciones no suelen ser consideradas como síntomas psicóticos, sino debidas a alteraciones en el lenguaje pragmático.

En ocasiones, los autistas muestran alteraciones emocionales y de conducta, lo que puede llevar a confusión con síntomas de la esquizofrenia. Las diversas alteraciones en el desarrollo que presentan en el área social, en la adquisición del lenguaje, en el aprendizaje, ... pueden conllevar problemas en la salud mental. Además, muchos síntomas autistas como síntomas de ansiedad, depresivos o psicosociales pueden derivar en psicosis.

Para poder establecer un diagnóstico adecuado se considera fundamental realizar entrevista a padres o tutores, para poder conocer el historial completo de la persona, lo que contribuye a determinar el tipo de trastorno que presenta.

En conclusión, la construcción definitiva de un cuadro diferencial entre TEA y esquizofrenia está todavía en proceso.

2) Autismo y Déficit Intelectual:

En el trabajo de Wing y Gould (1979) se halló una estrecha relación entre las alteraciones propias del autismo y el cociente intelectual. Estas autoras trataron de demostrar que las limitaciones intelectuales influyen negativamente en las habilidades sociales, conllevando déficits en el ámbito social, propio del autismo.

Dicho estudio reveló que al menos el 75% de las personas autistas muestran déficit intelectual, siendo en la mayoría de ellos profundo o moderado. En este sentido, es difícil establecer un diagnóstico definitivo, ya que, un porcentaje muy elevado de personas autistas muestran discapacidad intelectual.

Los niños con deficiencia intelectual muestran un bajo y escaso rendimiento en casi todas las áreas intelectuales, mientras que, las personas autistas en aquellas dimensiones no relacionadas con el lenguaje y la comunicación, pueden demostrar niveles normales.

3) Autismo y Trastorno Específico del lenguaje:

Antes de comenzar, mencionar el trastorno de *mutismo selectivo*, en el que el niño rehúsa de hablar en ciertas situaciones. Este trastorno puede asemejarse mucho al autismo.

La alteración en el lenguaje es el síntoma fundamental del autismo, por lo que, establecer un diagnóstico diferencial entre estos dos trastornos es muy complicado.

Los problemas de habla y del lenguaje presentes en el trastorno autista son completamente diferentes a los que aparecen en el trastorno específico del lenguaje. Mientras que en el autismo los problemas son de tipo pragmático, en el TEL hacen referencias aspectos del lenguaje relacionados con el ámbito morfosintáctico. Así pues, los problemas del lenguaje afectan a los componentes formales del mismo, pero no son tan específicos como lo son en el TEL.

El Trastorno específico del lenguaje es un tipo de trastorno específico del desarrollo afectando al ámbito lingüístico. En el autismo las dificultades en el lenguaje son a nivel pragmático.

En aquellos casos del TEL donde tienen dificultades lingüísticas como el autismo, de tipo pragmático, se relaciona con una categoría específica de TEL: el TSP (Trastorno Semántico Pragmático), donde las principales dificultades lingüísticas estarían referidas a las dimensiones de contenido y uso comunicativo del lenguaje.

Para hacer todavía más complicado el diagnóstico del autismo, pueden aparecer problemas adicionales como: la ansiedad, las autolesiones, las dificultades en el control de los esfínteres, la hiperactividad, y el síndrome de la Tourette (tics múltiples). La mayoría de estas conductas mencionadas no son muy habituales en las personas con autismo, sin embargo, en el diagnóstico general estos aspectos son evaluados para poder establecer un tratamiento más específico.

En cuanto a la cantidad de personas autistas existentes, Victor Lotter en 1966 realizó el primer estudio epidemiológico del autismo en el condado de Middlesex identificando 135 casos con posibles cuadros autistas, destacando 35 niños que presentaban las características autistas descritas por Kanner.

Así encontró una incidencia de 4,5 por 10000 en la población de 8 a 10 años. Asimismo, dividió este grupo en dos: aquellos que mostraban rasgos con un grado importante, y aquellos con menor grado.

En el grupo de mayor grado destacaba el número de niños por encima de las niñas. El exceso de varones autistas en relación a las niñas es algo que ya habían notado Kanner y Asperger. Según Lorna Wing en un estudio poblacional de Londres, estableció que la ratio entre sexis incrementa a medida que aumenta la capacidad. De manera que, la mayoría de estudios afirman la superioridad de niños autistas frente a las niñas.

El autismo también se relaciona con la clase social, en el estudio de Middlesex, comentando anteriormente, se encontró que el autismo era más frecuente en familias con un nivel socio-económico superior, algo también defendido por Kanner y Asperger. Sin embargo, diversos autores como Schopler, Andrews y Strupp han emitido críticas sobre la relación entre autismo y el nivel socioeconómico superior, considerando estas relaciones como artificiales.

3- EMOCIONES

A. DEFINICIÓN DE EMOCIÓN

Las emociones están presentes a lo largo de toda nuestra vida, los seres humanos experimentamos emociones constantemente. Cualquier persona necesita sentir emociones para sobrevivir y sentirse vivo, siendo una función vital. Sin embargo, no conocemos muy bien su definición como concepto ni sus funciones.

La palabra “*emoción*” proviene del latín “*moveré*” (mover), con el prefijo <e>, lo que significa *mover hacia fuera* (ex-movere). Son varios los estudiosos que han descrito y explicado de diversas maneras este concepto, existiendo bastante acuerdo en:

“Un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno”. (Bisquerra, 2000)

En este sentido, las emociones son reacciones a la información recibida del entorno, y la intensidad de las mismas depende de la evaluación subjetiva de la misma sobre cómo nos va a afectar a nuestro bienestar. Las emociones conllevan reacciones orgánicas de la persona, pudiendo clasificarse en tres tipos según Reeve (1994): *fisiológicas/adaptativas, psicológicas/cognitivas o conductuales/expresivas*.

Todo ello se verá influenciado por los conocimientos previos de la persona, sus objetivos personales, pensamientos, opiniones, etc. Así, las emociones provocan un determinado comportamiento en el individuo, enfrentándose o huyendo de la situación que provoca la emoción.

Las emociones no son estáticas, sino que pueden ir cambiando, de manera que, son un proceso, el cual puede dividirse en cuatro etapas: anticipación, provocación, revelación y resultado. Asimismo, cada persona experimenta las emociones de diferente manera, no tiene el mismo significado para una persona que para otra pese a haber vivenciado la misma situación o similar. Por ello, es necesario tener en cuenta la experiencia previa de la persona, la situación de aprendizaje y la situación específica que se le ha presentado.

En conclusión, son muchas las definiciones aportadas por diferentes autores, se han realizado varios años de investigación en el campo de las emociones, pero la mayoría de ellas afirman que una emoción es un proceso adaptativo que cumplen una función vital en el aprendizaje, comportamiento, creatividad e interacción social del Ser Humano.

Las emociones condicionan nuestro aprendizaje futuro ya que influyen en nuestros objetivos, creencias y expectativas, nos acompañan a lo largo de nuestra vida desde que nacemos hasta que nos morimos.

Según el investigador, Fredrickson (2000), las emociones nos pueden beneficiar a nosotros mismos en diferentes aspectos: a conocernos mejor, a averiguar lo que necesitamos, a gestionar las emociones y proporcionarme lo que necesito, etc. Así pues, el conocimiento y el control de emociones elevará nuestra autoestima. También nos benefician para saber si las acciones que realizo en mi vida cotidiana realmente me hacen feliz o desgraciado, promoviendo el a ser felices con nosotros mismos y con los demás.

B. CLASIFICACIÓN Y FUNCIONES DE LAS EMOCIONES

Son varios los autores que han creado su propia tipología de las emociones, sin llegar un consenso final sobre ello. Como afirma Goleman, no existen respuestas claras sobre todo ello y el debate científico sobre la clasificación de las emociones todavía se encuentra en marcha.

Podemos hacer referencia a una de clasificaciones más utilizadas, la primera clasificación de todas ellas, realiza por Ekman. Este autor clasificaba las emociones en básicas o primarias y emociones complejas o secundarias, vamos a centrarnos más en ella, en la tabla X de los anexos. También han sido muy defendidas por Rafael Bisquerra. Estas han sido clasificadas según Goleman en 1996, en la tabla XI (Véase el anexo X)

Asimismo, Rafael Bisquerra distingue entre emociones agradables y desagradables, es decir, *emociones positivas* y *emociones negativas*, en función del placer o displacer que causan. Además, aparece una tercera categoría, las *emociones ambiguas* (*emociones problemáticas* según Lazarus, 1991 o *emociones neutras* según Fernández-Abascal, 1997): aquellas que no son ni positivas ni negativas, o que pueden ser ambas según la situación presentada. Pero también pueden aparecer las no-emociones, según Lazarus (1991) son aquellas consideradas como emociones debido a sus implicaciones pero que no lo son.

Todas y cada una de las emociones existentes desempeñan una determinada función o varias, desde las más positivas a las más negativas y repulsivas tienen funciones valiosas que contribuyen al ajuste personal y a la adaptación social del sujeto.

En este sentido, todas las emociones permiten que el sujeto responda y reaccione ante las circunstancias mediante conductas adecuadas. Según Reeve (1994) la emoción tiene tres funciones principales: adaptativas, social y motivacional, descritas cada una de ellas en mayor profundidad posteriormente. (Véase el anexo XI).

Para concluir, las emociones tienen efectos sobre otros procesos mentales, pueden afectar a la percepción, atención, razonamiento, memoria, creatividad, etc. Así pues, en resumen, las emociones desempeñan una función motivadora, adaptativa y social, pudiendo incluir informativa según algunos autores, siendo fundamentales en el desarrollo personal.

C. EDUCACIÓN EMOCIONAL: inteligencia emocional

La educación emocional tiene como objetivo contribuir a la adquisición de competencias emocionales, entendidas como “el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (Bisquerra y Pérez, 2007), destacando la importancia de nuestra capacidad para percibir, definir y expresar nuestros estados afectivos y los de los demás.

La regulación emocional es fundamental para manejar las emociones, dependiendo de cómo comprendemos las emociones personales y las ajenas.

Es aquí donde destaca el concepto de *inteligencia emocional*, atribuido a Salovey y Mayer, continuado por Goleman, siendo considerado como la habilidad para valorar, expresar y regular las emociones en uno mismo y en los demás.

El primer artículo científico sobre la inteligencia emocional es el de Salovey y Mayer (1990) con el título de *Emotional Intelligence*. Este no fue muy conocido en el momento, hasta que lo divulgó Daniel Goleman cinco años después en 1995, siendo un best seller mundial.

El modelo de habilidad de Salovey y Mayer (1997) afirma que la inteligencia emocional se conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas:

“La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (MAYER & SALOVEY, 1997).

Vamos a describir en mayor profundidad estas cuatro habilidades emocionales:

1. Percepción emocional: habilidad para identificar y reconocer los propios sentimientos, emociones y sensaciones cognitivas y fisiológicas, y las emociones de los demás. Implica prestar atención y descodificar las señales emocionales de expresión facial, movimientos corporales y tono de voz.
2. Asimilación o facilitación emocional: capacidad para considerar los sentimientos al razonar o solucionar problemas. Esta habilidad se centra en cómo las emociones afectan al sistema cognitivo y a nuestros estados afectivos, que ayudan a la toma de decisiones. Nuestras emociones actúan de forma positiva sobre nuestro razonamiento y manera de procesar la información.
3. Comprensión emocional: destreza para diferenciar las señales emocionales, etiquetar las emociones y clasificarlas en las categorías correspondientes. También, conlleva actividades de anticipación y retrospectivas para descubrir las causas originadoras del estado de ánimo, así como, las consecuencias futuras de las acciones desempeñadas.
4. Regulación emocional: es la habilidad más compleja de la inteligencia emocional, incluye la capacidad para controlar nuestras emociones y las ajenas, en función de la situación que se nos presenta.

En este sentido, conlleva el manejo de las dimensiones intrapersonales e interpersonales, es decir, permite ajustar las emociones mediante el uso de estrategias de regulación emocional que modifican tanto nuestros sentimientos como los de los demás.

Goleman (1996) presenta esta definición de inteligencia emocional:

“La inteligencia emocional es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social”. (Goleman, 1996).

Desde mi punto de vista y por lo descrito anteriormente, es muy importante que la escuela proporcione una educación integral, no es suficiente con enseñar unos contenidos académicos, unos conocimientos determinados, sino que también se debe contribuir a la formación emocional del alumnado, de manera que, construyan un buen concepto personal, escolar, familiar y social.

Para ello la escuela debe promover la adquisición de cierto nivel de maduración intelectual, de autoafirmación personal, de sociabilidad, de uso de libertad responsable, etc. correspondiente al desarrollo evolutivo del alumno, en el curso que se encuentre.

De manera que, mediante la formación integral del alumnado se logra su constitución como persona, como una persona responsable y capaz de orientarse en la vida de manera individual y autónoma.

D. LA PERCEPCIÓN DE EMOCIONES EN LAS PERSONAS AUTISTAS

La comprensión de las emociones por parte de las personas, está vinculada a las experiencias que estos han tenido a lo largo de su vida. Los niños son capaces de reconocer emociones en determinadas situaciones.

Las personas con trastorno autista presentan sus mayores dificultades en los ámbitos afectivo y emocional, debido a grandes déficits en la percepción y expresión emocional. Para comprender una emoción, además de ser fundamental el contexto en el que se desarrollan, es necesaria la activación de estructuras cognitivas pudiendo interpretar las intenciones y estados mentales de uno mismo y de los demás.

La principal problemática de las personas TEA, según el autor Artigas-Pallarés (2007), es que estas personas suelen tener muchas dificultades en las habilidades sociales, emocionales y comunicativas. Demuestran diferentes maneras de aprender y reaccionar antes las diferentes situaciones.

Así pues, las personas con trastornos del espectro autista tienen graves complicaciones en aspectos vitales que influyen en su calidad de vida, como la interacción social con otras personas, la comunicación de ideas y sentimientos y la comprensión de estados mentales, es decir, la comprensión de lo que los demás sienten o piensan (National Research Council, 2001).

En el proceso comunicativo aparecen problemas para comprender y realizar atribuciones de los estados mentales de la otra persona con la que se comunica, como ya afirmaba Kanner esto se debe a la falta de conexión del circuito emocional, lo que no les permite establecer lazos emocionales con otras personas.

Vamos a comenzar analizando cómo las personas autistas perciben las emociones:

Hobson es uno de los autores más importantes en el estudio de la percepción de emociones en el autismo. Realizó numerosas investigaciones sobre ello, demostrando que las personas con autismo muestran muchas dificultades para percibir las emociones en expresiones faciales, en vocalizaciones o en acciones, así como, utilizan estrategias perceptivas atípicas cuando observan expresiones faciales emocionales.

Así pues, debemos destacar las expresiones fáciles como uno de los medios más importantes para transmitir emociones. Al mismo tiempo, la percepción y decodificación de estas confiere una capacidad esencial para mejorar la interacción social, tal y como se ha podido observar en diversos individuos que no sólo presentaban autismo, sino también depresión, esquizofrenia, déficits mentales y otros tipos de trastornos.

De los datos recopilados podemos concluir que las personas con autismo no perciben las emociones igual que el resto. El poder comprender las expresiones emocionales es fundamental para las interacciones sociales, pudiendo explicar y anticipar las acciones de los demás. A través de las expresiones faciales las emociones se hacen visibles, revelando el estado interno de las personas (Baron-Cohen, 1985).

Asimismo, estas dificultades no se limitan únicamente a la percepción visual de las emociones, sino que autores como Hobson, Ouston y Lee (1989) demostraron dificultades al asociar sonidos con sus respectivas expresiones emocionales.

De acuerdo con el autor Frith (1994), la ejecución en tareas que requieren la comprensión de las emociones, creencias e intenciones de los demás está estrechamente relacionada con el nivel de competencia social que se muestre. De manera que, el buen desempeño de esta destreza, permite alcanzar niveles más altos de adaptación social.

En cuanto al modo que las personas con autismo entienden sus propias emociones, destacan déficits cualitativos y cuantitativos en la expresión de las mismas, sin embargo, son personas reales que poseen emociones siendo capaces de expresarlas mediante enorme berrinches y carcajadas en las que se reflejan sus sentimientos.

Las dificultades no solo se limitan a la comprensión emocional, sino que también se observan en la expresión de las mismas. De nuevo, Hobson (1993) realiza varias investigaciones que demuestran que las personas con autismo expresan emociones ambiguas y contradictorias. Al representar la emoción de otra persona o suya, la expresan de manera atípica, siendo difícil de identificar.

Las emociones pueden ser expresadas de manera interna y privada, o externa y pública, las personas con autismo tienden a expresar y comprender las emociones de los demás y de sí mismo, desde una perspectiva externa, lo que podría explicar su comprensión menos profunda.

De acuerdo a todo ello, las dificultades que presentan las personas autistas en cuanto a la percepción, expresión y comprensión de emociones, limitan su experiencia social, y por consiguiente su aprendizaje.

Cuando se presente una situación debemos intentar establecer conexiones entre dicha situación y los estados emocionales que se desarrollan, de manera que la persona asuma dicha conexión, al vivenciar u observar una situación la relacione con la emoción que suscita.

Por todo ello, es esencial que los individuos cercanos a las personas autistas estén atentos de sus comportamientos ante algunas situaciones, ofreciéndoles ayuda para poder identificar el estado emocional que le causa la situación. Así puede comprender dicha emoción, de manera que, al vivenciar una situación la relacione con la emoción que conlleva.

Finalmente, las personas autistas también muestran dificultades en la construcción de sí mismo, este concepto se encuentra menos influido por las perspectivas social, de otras personas, basada en su propia manera de percibir y experimentar el mundo.

Pese a todas las limitaciones comentadas, las personas con autismo son capaces de alcanzar competencias relacionadas con sí mismo como: reconocerse ante un espejo, son capaces de hablar de ellos mismos, describiendo características físicas o psicológicas.

4- TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL AUTISMO

Una vez explicada la definición del concepto de autismo, logrando una correcta explicación del significado del mismo, es necesario presentar, explicar y detallar las principales y actuales teorías explicativas existentes sobre el autismo, partiendo de sus respectivas definiciones.

Existe un amplio abanico de teorías explicativas que trabajan el concepto del autismo, sin embargo, enlazando todo ello con el tema de investigación destacado en mi trabajo: la emoción, se hará una especial mención a aquellas teorías e investigaciones existentes que establecen una estrecha relación con el desarrollo afectivo-emocional de las personas que presentan autismo.

Así pues, las teorías explicativas más destacadas y vinculadas con el desarrollo emocional y afectivo de las personas con TEA son las siguientes:

1) Teoría de la Mente:

El origen del concepto "*Teoría de la Mente*" nace con los autores de Premack y Woodruff (1978), quienes consideran este término como la capacidad de interpretar las conductas ajenas a partir de estados mentales como las intenciones, emociones, deseos, pensamientos, creencias, etc. diferenciando entre los estados mentales propios y los ajenos.

Por primera vez en la historia, gracias a un estudio realizado por Frith, Leslie y Baron-Cohen, parece haberse encontrado una alteración psicológica específica que explica la triada de problemas que presentan las personas autistas. Esta afecta a la capacidad básica que tienen las personas para realizar inferencias sobre los estados mentales de otras personas, es decir, afecta al pensamiento y razonamiento, así como, a la lectura de pensamientos, etc. Todo ello nos permite explicar el conjunto de problemas que presentan las personas TEA en relación a las habilidades sociales, comunicativas y de imaginación.

Que el niño desarrolle la TM implicar ser consciente de que tanto él mismo, como las demás personas, poseen mente en la que se incluyen las creencias, emociones, sentimientos, deseos, que apoyan sus comportamientos.

Rivière define esta teoría como un sistema cognitivo compuesto de mecanismos de inferencia, cuya función es predecir e interpretar las conductas propias y ajenas. Este autor divide las diferentes teorías que explican la TM en dos grandes grupos: *las teorías simulacionistas* y *“las teorías de la teoría”*.

Comenzamos analizando el primer grupo, las *teorías simulacionistas*, cuyo máximo representante es Paul Harris (1989,1991). Harris (1992) plantea que: *“los niños a través de la introspección se hacen conscientes de sus propios estados mentales, y a partir de ahí pueden inferir los estados mentales de los demás mediante un proceso de simulación”* (Serrano, 2002, p. 47).

Estas teorías defienden que la interpretación de conductas ajenas requiere acceder a nuestra propia experiencia, simulando en nosotros mismos, lo que la otra persona piensa, siente, quiere, etc., siendo un conocimiento vivencial.

Por otro lado, *“las teorías de la teoría”* afirman que para comprender la mente de uno mismo y la ajena, son necesarios ciertos mecanismos de procesamiento que nos permitan representar los estados mentales. Dentro de esta corriente aparecen dos grupos: el primero, interpreta la TM como un *sistema de creencias* y la explica basándose en la *metáfora del lenguaje*.

En el primer grupo destaca Wellman, quien afirma que la Teoría de la Mente implica un dominio de conocimiento, de manera que, el niño a medida que crece aumentará sus conocimientos aportando explicaciones causales más complejas que permitan explicar las conductas y comportamientos. En este grupo también aparece Perner (1991) quien defiende todo lo propuesto por Wellman, así como afirma que la TM conlleva la capacidad representacional del niño.

El segundo grupo dentro de las *teorías de la teoría*, interpreta la Teoría de la Mente como un sistema de procesamiento, no como un conjunto de conocimientos en sí, para ello se basa en la *metáfora del lenguaje*, sosteniendo que la TM como el lenguaje, está formada por conocimientos y principios de procesamiento, los cuales determinan su funcionamiento (Riviére,2000-2003). Destaca el autor Alan Leslie, quien afirma que la TM es un sistema dirigido a procesar la información relativa a las conductas ajenas, es decir, a interpretarla a partir de estados mentales.

Leslie sostiene que la Teoría de la Mente requiere el uso de *metarrepresentaciones*, siendo consideradas como un tipo especial de representaciones que nos permiten expresar estados mentales epistémicos (capacidad de imaginar, pensar, suponer, recordar, etc.) siendo fundamental para comprender las conductas ajenas.

También existen los gestos protoimperativos, cuyo objetivo es la búsqueda de la atención de los demás para obtener un objeto, mientras que, con los gestos protodeclarativos el niño busca dirigir la atención de los otros hacia un objeto, compartir con el adulto la atención sobre él. Así pues, las personas con autismo demuestran la posesión de gestos protoimperativos, sin embargo, los protodeclarativos no suelen estar presentes.

Una de las críticas más fuertes a esta teoría se centra en el escaso papel que se ha otorgado a la emoción. Así surgen modelos alternativos a la TM, como el de Helen Tager-Flusberg quien construye un modelo que tiene en cuenta las emociones, *el Modelo Componencial* de la TM., donde se considera, que la capacidad mental depende de dos elementos, el *componente perceptivo-social*, que nos permite evaluar de manera directa el estado mental de otra persona a partir de la información presente en la cara, voz, postura corporal y movimientos de las personas, y el *componente cognitivo-social*, que permite realizar inferencias cognitivas más complejas como la memoria de trabajo, el lenguaje, etc.

Esta autora, a diferencia de Baron-Cohen, Tager-Flusberg considera que considera que los déficits perceptivos de las personas con autismo son universales y son los protagonistas de la alteración mentalista.

Otras alternativas a la teoría de la mente:

2) Teoría de la “Ceguera Mental”:

En línea a la Teoría de la Mente, surge la teoría de la Ceguera Mental, cuyo máximo representante es Baron-Cohen, este autor explica la capacidad para comprender la mente a partir de cuatro mecanismos cognitivos, los cuales se encargan de procesar la información necesaria para interpretar las conductas ajenas en función de sus estados mentales. Dichos mecanismos cognitivos son: el *detector de intencionalidad*, el *detector de la dirección de los ojos*, el *mecanismo de atención compartida* y el *mecanismo de teoría de la mente*.

Antes de comenzar a analizar cada uno de los mecanismos cognitivos, es necesario destacar a Frith (1989) quien considera que “*los niños con espectro autista no son capaces de distinguir lo que hay en el interior de su mente y lo que hay en el interior de la mente de otros*”. Esto explica que las personas con autismo puedan entender los acontecimientos mecánicos, pero no entender los acontecimientos que requieren imaginar lo que otras personas piensan.

El concepto de ceguera mental explica el desequilibrio emocional de las personas con TEA, las cuales demuestran dificultad para entender las emociones ajenas, así como, para expresar sus sentimientos.

A continuación, vamos a analizar con mayor detenimiento cada uno de los mecanismos cognitivos propuestos por Baron-Cohen en su modelo:

En primer lugar, el *detector de intencionalidad* (DdI): es un mecanismo cuya función es interpretar las acciones percibidas en términos de acción, es decir, se trata de un mecanismo básico, activado desde que el bebe tiene 9 meses, que se encarga de atribuir objetivos y deseos a objetos.

En segundo lugar, el *detector de la dirección de los ojos* (DDO): es un mecanismo de tipo visual, cuya función es detectar los ojos, analizando hacia qué dirección se encuentran mirando. Este mecanismo puede funcionar desde los primeros meses, aunque es cierto que a partir de los 9 meses los niños comienzan a seguir la mirada de otra persona, y es a los 3 años cuando todo ello se estabiliza adquiriendo la capacidad de análisis de la dirección de la mirada.

En tercer lugar, el *mecanismo de atención compartida* (MAC), mediante su uso podemos compartir la atención sobre algo con otras personas. Este mecanismo permite construir representaciones triádicas a partir de la información sobre el estado perceptivo de otra persona: agente-relación-uno mismo, y al revés, es decir, este tipo de representaciones suponen que tanto el agente como la propia persona atienden a lo mismo.

Si este mecanismo se ve alterado, las personas con autismo tienen muchas dificultades para producir metarepresentaciones, esenciales para comprender los estados mentales, así como, afecta al sistema de empatización (explicado posteriormente), a la capacidad de estas personas para identificar emociones y pensamientos ajenos.

El cuarto mecanismo, el *mecanismo de teoría de la mente* (MTM), el cual representa estados mentales volitivos (querer, desear, ...), perceptivos (escuchar, ver, tocar, ...) y atencionales, así como, epistémicos (imaginar, pensar, saber, ...). Estos últimos, según Leslie son denominados M-representaciones, las cuales representan actitudes proposicionales. En este sentido, el MTM permite representar estados mentales completos.

En relación con el papel fundamental de mi trabajo, la emoción, Baron Cohen la incorpora en su modelo. Este autor considera que además de ser necesaria la interpretación de las conductas propias y ajenas para comprender los estados mentales de los demás, también debemos reaccionar emocionalmente a dichos estados mentales. El Ser Humano es una persona activa, influenciada por las emociones propias y las ajenas.

Tanta importancia da este autor a la emoción que su modelo pasa de denominarse “*de lectura mentalista*”, a llamarse de “*empatización*”. Este nuevo modelo hace referencia a la capacidad para identificar las emociones y pensamientos ajenos, y ser capaz de responder a ellos con la emoción adecuada, englobando dos competencias fundamentales: la capacidad de interpretar estados mentales y la capacidad para reaccionar de manera apropiada a las emociones que suscitan.

En este nuevo modelo se incluyen dos mecanismos cognitivos más, relacionados con las emociones: el *detector de emociones* (DE) y el *sistema empatizador* (SE). El primero de ellos, el DE permite a la persona detectar y reconocer las emociones. Por otro lado, el SE utiliza E-representaciones, mediante las cuales el niño al observar una reacción del adulto ante un suceso responde de manera apropiada ante la expresión emocional de este, o cuando se produce contagio emocional, es decir, cuando los niños muestran una expresión emocional apropiada ante el dolor de la otra persona.

En relación con el autismo, el DE puede activarse con retraso en estas personas, pero no tiene por qué funcionar de manera inadecuada. Sin embargo, sí que muestran problemas con el SE, para interpretar las conductas ajenas a partir de sus estados mentales.

Baron Cohen también considera como explicación de todo ello, la *hipersensibilidad sensorial* de las personas con TEA, la cual puede afectar a la capacidad de procesamiento de la información. Asimismo, muchas personas autistas muestran gran capacidad de sistematización lo que permite explicar su fijación en los detalles, así como, sus dificultades de generalización.

3) Teoría de la Intersubjetividad:

Esta teoría fue propuesta por el autor Peter Hobson entre los años 1989 y 1991, emergiendo en oposición a la hipótesis del déficit metarrepresentacional, propuesto por Leslie. Hobson plantea que la capacidad metarrepresentacional de los niños surge para que los seres humanos comprendan que tienen estados mentales, en este sentido, considera que es imposible atribuir a otra persona una cualidad que no sabemos que existe, sino que, es necesario que dicha cualidad sea vivida por uno mismo.

Así pues, Hobson destaca la importancia de la relación interpersonal en el origen de la mente, las personas comienzan a descubrir los estados mentales de los demás, al implicarse de manera directa en las expresiones emocionales que se intercambian entre ellos. Esto permite que las personas conecten intersubjetivamente, a través de una coordinación recíproca de emociones, pudiendo comprender la mente propia y la de los demás.

Es necesario destacar la importancia de las “*emociones*” en esta teoría, como elemento central de la misma. Tanto para Hobson como para otros autores una emoción se percibe de manera directa y no se encuentra en la cara de una persona, sino en lo que se expresa a través de la cara. De esta manera, las reacciones que provocan las emociones son las que le otorgan su significado, es decir, la manera en la que percibimos una emoción influye en la construcción de su significado.

En este sentido, este autor considera que la conexión intersubjetiva tiene lugar cuando se desarrolla en la persona la capacidad para identificarse con las actitudes corporales de otras personas (Hobson, 2002).

Por todo ello, establece dos tipos de conexión intersubjetiva: la *intersubjetividad primaria*: tiene lugar la interacción del niño con el adulto, donde intercambian emociones y conectan a través de ellas.

Y, la *intersubjetividad secundaria* que supone la habilidad del niño para relacionarse con la actitud del adulto hacia el mundo, implicándose activamente en dichas interacciones.

De manera que, identificarse con otra persona, supone asumir la perspectiva de otra persona, manteniendo la individualidad de cada uno, siendo la base de la conexión intersubjetiva. Todo ello es lo que hace diferente al Ser Humano, su capacidad para compartir.

En relación con el autismo, Hobson afirma que las personas con autismo muestran grandes dificultades para compartir intersubjetivamente experiencias con otras personas, debido a unos problemas en la identificación de conductas y expresiones emocionales ajenas, puede conllevar dificultades para experimentar las emociones, una alteración en la capacidad de percibir emociones, o una limitación en la cantidad y calidad de experiencias de conexión intersubjetivas vividas.

La mayoría de personas con autismo demuestran este trastorno desde los primeros días de vida, sin embargo, la capacidad de identificación de las expresiones/actitudes de otros varía de unas personas a otras.

4) Teoría del debilitamiento de la Coherencia Central y Teoría de la Función Ejecutiva:

Esta teoría también es conocida como “teoría sobre el déficit en Teoría de la Mente”. Fue propuesta por Frith (1989) y se llevó a cabo para poder explicar la discapacidad intelectual que pueden presentar las personas autistas.

Esta teoría fue investigada por Frith (1989) y Happé (1994), la cual defendía que las personas autistas muestran limitaciones en algunas funciones ejecutivas, no en todas ellas, ya que, solo algunas de ellas requieren la aparición de unos estímulos determinados.

Fritz (2003) defiende que la persona autista tiene muchas dificultades para conectar información variada, construyendo un significado más complejo, de mayor nivel. Esto conlleva muchas dificultades para realizar comparaciones, juicios, etc.

Finalmente, es necesario mencionar a Barlett (1932), este autor realizó numerosos experimentos sobre la memoria de imágenes e historias, estos afirmaban que una persona no es capaz de recordar una situación completamente con todos sus detalles, sino que, adquirimos una visión general del mundo en el que vive, de la situación que se nos presenta, y en función de todo ello se otorgan significados a los detalles. Todo esto es lo que ocurre con el autismo.

En línea con esta teoría, es necesario analizar la “*Teoría de la función ejecutiva*”, la cual defiende todo lo comentado en la teoría anterior. Autores muy conocidos como Russel defendieron una teoría psicológica explicativa del autismo, como alternativa a la Teoría de la Mente, surgiendo esta nueva teoría.

Ésta se centra en la gran dificultad que muestran las personas con TEA para dominar la posición de un objeto en la realidad, es decir, la elevada incapacidad que poseen para desprenderse de un objeto.

Uno de los estudios más importantes sobre el funcionamiento ejecutivo del autismo es el realizado por el autor Benetto (1996), el cual se centra en la memoria de trabajo, los pacientes autistas con alto funcionamiento mostraban importantes déficits en su memoria de trabajo, en concreto, en las áreas de funcionamiento temporal (actividades de planificación y organización.).

Asimismo, Ozonoff (2000) plantea que las personas con autismo presentan déficits en la función ejecutiva relacionada con el pensamiento y la acción, lo que influye en el desarrollo de las personas autistas, ya que, las funciones ejecutivas están involucradas en procesos complejos, como lo son: la inferencia social, motivación, ejecución de la acción, e incluso el lenguaje.

En conclusión, las funciones ejecutivas permiten canalizar la información, planificar, tomar decisiones y controlar las emociones, siendo fundamentales en el desarrollo de las personas, y en su adaptación al entorno en el que se encuentran.

5) Teoría del déficit afectivo-social:

Como venimos comentando a lo largo de todo el trabajo, el rasgo más predominante de las personas con TEA es el déficit en el ámbito afectivo-social. Esta teoría fue propuesta por Hobson, quien afirma que los problemas cognitivos y sociales de las personas con TEA son de origen emocional, asimismo la incapacidad para establecer relaciones sociales es innata. Este autor defiende que las emociones son fundamentales en las relaciones interpersonales, algo que se ve muy alterado y limitado en estas personas.

Hobson señala que la habilidad social surge de la capacidad que posee, en este caso el niño, para percibir las emociones expresadas por sus cuidadores, progenitores, etc. Así pues, las personas autistas demuestran incapacidad en el desarrollo del juego simbólico, lo que interfiere en su destreza de comprender y hacer frente a las emociones ajenas

Hobson, Ouston y Lee (1988) considera que la base del problema del autismo se encuentra en las deficiencias interpersonales afectivas, así pues, concluyeron que las personas autistas demuestran grandes problemas en la percepción de las emociones, fueran simples o complejas, así como, dificultades en la capacidad de pensar, saber y creer.

Según otros autores la falta de reciprocidad socioemocional en el autismo puede deberse a la disfunción del sistema de neuronas espejo, que afecta a los procesos de identificación siendo fundamentales para la adquisición del lenguaje, la expresión emocional y la capacidad empática (Cornelio-Nieto, 2009)

6) Teoría de la Hiperselectividad:

Las personas con autismo presentan dificultades en el mantenimiento de la atención ante una tarea determinada de manera que, se concentran en aspectos poco relevantes, más bien insignificantes, lo que conlleva que su discriminación sea mucho menor para distinguir determinados aspectos. Así pues, la hiperselectividad en las personas con espectro autista se centra en su capacidad de atención

7) Teoría neuropsicológicas y emoción:

Actualmente, el concepto de emoción no tiene una definición clara, sino que se refiere a varios componentes. La comprensión de los mecanismos cerebrales involucrados en las emociones ha cambiado notablemente:

Desde la postura inicial de Williams James (1884), donde la emoción era considerada como una función de las áreas motoras y sensoriales del neocórtex, y que el cerebro no dispone de un área específica dedicada al desarrollo de las funciones emocionales.

Hasta la actualidad, donde la amígdala y los lóbulos frontales desempeñan un papel decisivo en el control de las emociones. Las personas con lesiones en el córtex frontal no pueden reconocer las emociones expresadas por otros, lo que da lugar a ciertos trastornos emocionales.

Estas dificultades de las personas autistas hacen que demuestren comportamientos inapropiados para tratar de huir de la información sensorial que no consiguen interpretar o de la expresión de una emoción.

Por otro lado, otros autores como Lozano, Merino, Cerezo y Luque (2015) defendían la inclusión en el entorno educativo, de manera que, estas personas aprendan habilidades muy importantes relacionadas con la educación emocional, ya que, esta contribuye al desarrollo integral de las personas, mejorando su calidad de vida.

Así como, Hortal, Bravo, Mitjà y Soler (2011) abogan por educar a todos los niños ofreciéndoles grandes posibilidades para que puedan aprender a desempeñar un papel en su entorno, promoviendo el equilibrio interpersonal y un bienestar emocional.

5- INCLUSIÓN AUTISMO

El autismo, tal y como venimos comentando a lo largo del trabajo, se trata de un síndrome conductual que engloba un conjunto de diferentes tipos de conductas anormales, destacando tres tipos de conductas: desarrollo social y relaciones sociales anormales; desarrollo comunicativo anormal; e intereses y actividades repetitivas y limitadas.

Estas conductas deben darse de manera conjunta, demostrando cierto patrón autista. Asimismo, también se debe tener en cuenta la edad en la que aparecen los primeros síntomas, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) deben estar presentes hacia los 36 meses de edad.

Dado que es muy difícil establecer un significado del concepto de “*desarrollo normal*”, es necesaria una valoración especializada, llevada a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales con formación específica en TEA, basada en la conducta observable del sujeto.

En cuanto a la evaluación de estos niños, se siguen los mismos principios en todos los centros, habitualmente. Parte de la evaluación se debe llevar a cabo en el hospital, ya que, se deben realizar ciertas pruebas especializadas, así como, exámenes médicos y neurológicos.

Para comenzar este apartado, es necesario destacar que dentro TEA y en otros trastornos generalizados del desarrollo, las personas que ocupan estos perfiles son muy diferente entre sí, pudiendo encontrar diferentes tipos dentro del mismo trastorno, así como, síntomas variados.

Asimismo, también se debe tener en cuenta que no todas las actividades ni estrategias utilizadas van a ayudar y tener los mismos resultados en los niños con autismo, debido a todo lo comentado anteriormente.

Por ello, lo más importante es la individualización de los programas de enseñanza y de los programas de intervención personalizados. Así pues, en este apartado aparecen ciertas estrategias dirigidas a intervenir el autismo, tanto a nivel de aula como en casa, principalmente nos hemos centrado en la educación emocional de estos niños, sin embargo, también considero necesario dar unas pequeñas pautas de intervención a nivel general.

En primer lugar, vamos a analizar la **intervención educativa** en el alumnado con trastorno del espectro autista:

Una intervención educativa adecuada es fundamental para un desarrollo adecuado de las personas con TEA, contribuyendo a una mejora de su calidad de vida. La escolarización se debe llevar a cabo en contextos educativos inclusivos y normalizados, que sean capaces de ofrecer una respuesta adecuada a este alumnado, en función de las necesidades educativas individuales que presentan.

Antes de comenzar, se debe presentar la definición del concepto de “*escuela inclusiva*”. Según la UNESCO, hace referencia al “*derecho de todos los alumnos a recibir una educación de calidad que satisfaga sus necesidades básicas de aprendizaje y enriquezca sus vidas*”

En primer lugar, es necesario realizar una evaluación psicopedagógica del alumnado, para analizar sus características y cómo es su desarrollo en las diferentes áreas evolutivas mediante variados instrumentos de evaluación como: test, escalas evolutivas, observación directa e indirecta de su conducta, cuestionarios y entrevistas a padres, etc.

Vamos a analizar las actuaciones educativas más recomendables a seguir en los centros educativos. En cuanto a las actuaciones pueden ser de tres tipos: a nivel de centro, a nivel de aula y a nivel individual. Las dos primeras han sido trabajadas en mayor profundidad en las tablas XIII y XIV (Véase el Anexo XII).

En cuanto a las actuaciones a nivel individual, son expuestas a continuación:

Actuaciones a nivel individual (actuaciones específicas): hacen referencia al conjunto de actuaciones específicas establecidas tras la evaluación psicopedagógica.

1. Adaptaciones de acceso a los elementos del currículo: en cuanto a elementos personales, materiales y de comunicación.

En cuanto a recursos personales y materiales, el alumnado puede requerir personal especializado centrado únicamente en él, así como, la habilitación de elementos físicos (como un aula de apoyo o una agenda personalizada con pictogramas).

Asimismo, es muy importante la anticipación, de manera que, los espacios y tiempos de intervención estén estructurados y sean conocidos previamente por el alumno, evitando conductas disruptivas.

En cuanto a la comunicación, los alumnos con TEA pueden requerir de un sistema de comunicación Sistema de Comunicación Aumentativo y Alternativo, como los comentados en las actuaciones generales: sistemas visuales pictogramas de ARASAAC, SPC, PECs, o sistemas de comunicación como el método TEACCH, SHAEFFER, etc.

2. Adaptaciones curriculares significativas: hacen referencia a aquellas medidas que afectan a los contenidos básicos de las diferentes áreas o materias curriculares, modificando los objetivos generales y sus criterios de evaluación, y por consiguiente afectan al grado de consecución de las competencias clave.

En cuanto a los objetivos y contenidos, dichas modificaciones hacen referencia a priorizaciones, reformulaciones, introducciones y eliminaciones de todo ello, además, este tipo de alumnos requieren un aprendizaje lento, lo que conlleva adaptar el tiempo de consecución de los objetivos.

Por otro lado, en cuanto a la metodología se pueden incluir todas aquellas estrategias, métodos y actividades utilizadas para conseguir el aprendizaje del alumnado con trastorno autista. Algunas de ellas podrían ser: encadenamiento hacia atrás, entrenamiento o enseñanza incidental, etc.

A continuación, vamos a analizar la **intervención terapéutica** en el alumnado con TEA.

Es muy importante destacar la no existencia de intervenciones específicas de carácter general para los niños con autismo. Incluso en los ensayos con mayor éxito, no todos los niños progresan de la misma manera. Además, estas personas no tienen las mismas posibilidades de acceder a los tratamientos más exitosos, por lo que, los resultados han sido muy variados.

No obstante, en la actualidad se han desarrollado ensayos y estudios grupales más reducidos, que sugieren diversos tipos de intervenciones terapéuticas específicas para las personas con TEA:

Terapias de comunicación social basadas en el desarrollo:

Estas hacen referencia a ensayos basados en el desarrollo, diseñados para facilitar la comunicación social entre los niños y sus padres, en concreto, con los niños más pequeños fomentando la sincronización entre padre e hijos, de manera que, los padres aprendan a responder a las señales de comunicación de sus hijos, mediante una comunicación espontánea entre ellos.

Este programa desarrolla la atención compartida, la iniciación social del niño y el juego espontáneo.

Intervenciones basadas en el análisis conductual aplicado:

Los programas basados en el análisis conductual aplicado (ABA) utilizan estrategias básicas como: el refuerzo, modelado, incitación, aproximación parcial para aumentar las habilidades, etc., siendo aplicadas de manera individual y en pequeño grupo.

Intervenciones conductuales naturales orientadas al desarrollo:

Las intervenciones basadas en estrategias conductuales están dirigidas, en su mayor parte, a los adultos destacando la importancia del aprendizaje individual y natural. Una de las intervenciones más importantes es el Modelo Denver del Comienzo Temprano, con estudios que demostraron mejoras en el desarrollo y la conducta adaptativa.

Programas enfocados en los padres del manejo del comportamiento:

Hoy en día, en muchos centros de atención a la infancia y la adolescencia se ofrecen grupos psicoeducativos para padres que niños diagnosticados con autismo, durante unas semanas, ofreciendo estrategias relacionadas con el fomento habilidades sociales y comunicativas, cómo gestionar comportamientos autistas tales como rituales, rabietas, agresividad, miedos fobias, etc.

Programas/Entrenamiento en habilidades sociales:

Este programa incluye aquellas técnicas utilizadas para ayudar a los niños y adultos con autismo, facilitando su interacción social. Este tipo de personas demuestran grandes dificultades en las habilidades sociales, de manera que, el trabajo, la educación y tratamiento de esta área es fundamental, tanto por parte del profesor como del terapeuta y otros agentes. Las técnicas utilizadas incluyen la representación de papeles, la retroalimentación mediante videos, así como, la enseñanza cara a cara en situaciones reales.

Es posible enseñar estas habilidades, aunque los resultados demuestran la gran dificultad que conlleva que la persona autista generalice o recuerde la habilidad enseñada a situaciones nuevas.

Debido al núcleo fundamental de mi trabajo, las emociones, he considerado importante destacar existencia de un libro elaborado por Josefina Lozano y Salvador Alcaraz, dirigido a destinatarios variados: personas con Trastorno de Espectro Autista, con discapacidad intelectual, con síndrome de Down, con trastornos evolutivos del lenguaje, con Síndrome de X- Frágil, etc. Este trata de ser una guía para docentes y familias en la educación emocional, así como, un cuaderno de trabajo para el alumnado con dificultades en las habilidades sociales y emocionales, de manera que, sean capaces de comprender los estados mentales de emoción y creencia, actuando positivamente en las habilidades socio-comunicativas.

Así pues, ofrece una amplia gama de propuestas didácticas con el objetivo de identificar las emociones básicas a través de las expresiones faciales; reconocer y atribuir causas a las emociones básicas y cognitivas; así como, fomentar la percepción, conocimiento y creencia socio-emocional

Existen terapias diferentes a las comentadas anteriormente (Véase el anexo XIII)

6- ORIENTACIONES

A. FAMILIA

En el pasado, el trastorno de espectro autista era considerado como consecuencia de una mala interacción entre padres e hijos, lo que agravaba la situación, dado que los padres además de tener que afrontar que su hijo sufría un trastorno, debían aceptar que era culpa suya. Sin embargo, los datos actuales sugieren claros orígenes biológicos en el autismo.

Como es comprensible, los padres de hijos autistas tienen miedo de que sus próximos hijos también puedan nacer con este trastorno, al ser transmitido por los genes, aunque no hay una respuesta concreta para ello, deben consultar a un genetista. En la mayoría de familias el resto de hermanos suelen nacer sanos y sin ningún trastorno.

En el caso de que las familias ya tengan otro hijo, es muy importante informales de que su hermano posee una discapacidad, estableciendo una comunicación logrando su asimilación. Además, que el niño con TEA tenga un hermano suele conllevar efectos muy positivos sobre ello, aunque también, pueden desarrollar problemas de adaptación y bienestar emocional.

Asimismo, también es muy importante la comunicación con el propio niño con TEA, de manera que, él sea consciente de la discapacidad que posee, siempre utilizando un tono adecuado.

Se debe tener en cuenta la edad del niño, sobre todo, en la adolescencia y al comienzo de la vida adulta, ya que, es la etapa en la que los problemas sociales comienzan a hacerse visibles.

Así pues, desde mi punto de mi vista tener que informar a una familia de que su hijo sufre un trastorno, el cual desembocará en un tipo de discapacidad permanente, durante toda la vida es un proceso muy difícil, que causará un gran golpe para la familia, de manera que, es fundamental la orientación y apoyo de profesionales especializados en el asesoramiento de las familias con hijos autistas.

La mayoría de familias siguen pasos similares, pasando por un periodo de negación de la existencia del trastorno, y un posterior periodo en el que se sienten culpables del trastorno de su hijo. Así pues, existen diferentes ritmos de asimilación por las familias con hijos autistas.

En cuanto a pautas más específicas:

- Es fundamental desarrollar el contacto social del niño: comenzar con pocos segundos de contacto e ir incrementando poco a poco el tiempo, para ello, se puede asociar con experiencias en las que el niño disfruta.
- Utilizar el juego para promover la interacción social, así como, para desarrollar una conducta social adecuada con la enseñanza de pequeñas pautas sociales y de afecto positivas como guiarle en un abrazo, guiarle la mano para que salude, etc.
- En cuanto a la comunicación, es muy importante el uso de un sistema de comunicación y lenguaje específico con los niños con autismo, de manera que, aprendan a comunicarse de una manera funcional. También podemos fomentar la adquisición del habla para aquellos niños autistas con mayor capacidad de habla, mediante gestos, palabras y dibujos.
- Aprovechar cualquier momento/ocasión para promover la comunicación.
- Dado que los niños con autismo muestran mucha resistencia al cambio y a las actividades repetitivas, es fundamental la anticipación, organización y estructuración de todas las situaciones y actividades, evitando comportamientos disruptivos y ansiedad. Para ello se puede utilizar un SAAC basado en imágenes, una agenda visual con todas las rutinas y actividades semanales, para que el niño identifique y conozca en todo momento la actividad a realizar y su ubicación en el espacio.
- Ante las rabietas, establecer una serie de normas, en casa, que regulen el comportamiento de sus hijos, siendo estables en el tiempo, de manera que, el niño sea consciente de dichas normas, y de las consecuencias que conlleva su incumplimiento. Utilizaríamos la misma metodología en el centro educativo.
- Asimismo, los padres también pueden reforzar positivamente aquellas conductas adecuadas, logros que consiga el niño, potenciando sus puntos fuertes. Para ello, es primordial que los padres mejoren su autoestima y confianza en ellos mismo, con el fin de proyectarla en sus hijos con TEA.

Por todo lo comentado, es necesario destacar el papel tan relevante que desempeñan las familias en la educación de sus hijos. Se debe procurar la participación familiar en los programas educativos, actividades, etc. desarrolladas para los niños con TEA. El autismo además de ser un trastorno, es una condición que afecta a la persona y a su familia durante toda su vida, por lo que, es fundamental la colaboración constante con los padres.

Las necesidades educativas del niño con autismo, van más allá del ámbito escolar, siendo los padres los que permanecerán a su lado la mayoría del tiempo. De manera que, debemos colaborar en todo momento con la familia, informando de todas las medidas implementadas, considerándolas en la organización y gestión de los centros, en el establecimiento de los objetivos educativos siendo consensuados entre los profesionales y los padres, de manera que, se construya una relación de confianza, respeto y seguridad entre los profesionales y las familias.

Algunas actuaciones que promueven una mayor cooperación con las familias pueden ser:

- Reuniones periódicas con las familias, en las que se informa de todos los aprendizajes trabajados, en definitiva, de todos los avances, dificultades, y aspectos a destacar de sus hijos con TEA.
- Mayor participación de la familia en las experiencias educativas, solicitando en todo momento la ayuda de los padres: charlas familiares, actividades, programas, salidas extraescolares, talleres, etc.
- Elaboración de un diario o agenda, que va y viene de casa a la escuela, con información del alumno respecto a aprendizajes, rabietas, etc. de manera que, las familias sean conscientes en todo momento del trabajo diario realizado.

B. PROFESORADO

Un aspecto fundamental para el trabajo con los alumnos con TEA es el estilo docente, para ello voy a presentar un conjunto de estrategias dirigidas a todo ello, favoreciendo el desarrollo y aprendizaje de los alumnos.

En primer lugar, las formas de escolarización del alumnado con espectro autista, establecida por la LOMCE y en Aragón según el Decreto 188/17 son en centros ordinarios, en centros de atención preferente y en centros de educación especial.

Estos alumnos serán escolarizados en aulas específicas cuando las adaptaciones que necesitan son significativas, o si en un centro ordinario no se consigue un grado de socialización adaptable.

El entorno educativo del alumnado debería ser un ambiente estructurado y anticipable, siendo flexible adaptándose a las circunstancias. De esta manera, evitamos que la persona con TEA muestre una actitud caótica o de pánico ante los cambios. Es necesario que los alumnos aprendan en contextos lo más naturales posibles, los cuales sean educativamente significativos. Además, se deben presentar situaciones educativas individualizadas, adaptadas a cada persona.

Sería fundamental el establecimiento de sistemas de control y regulación de las conductas de los niños con TEA, con el fin de conocer las causas, la frecuencia, las consecuencias, etc. de las conductas anormales que presentan.

Como ya se expone, es necesaria una estrecha colaboración de todos los profesionales que intervienen en el ámbito educativo, en cuanto al tutor, PT, familia, AL, etc.

Asimismo, en el apartado anterior, aparecen ciertas medidas generales y específicas dirigidas al alumnado con TEA, en cuanto a la metodología, evaluación, contenidos, objetivos, actividades.

A continuación, vamos a analizar ciertas estrategias dirigidas al profesorado para el trabajo con el alumnado con TEA, en cuanto al estilo de aprendizaje:

- Es muy importante el uso de un sistema de comunicación y lenguaje específico con los niños con autismo, de manera que, aprendan a comunicarse de una manera funcional, así como comprendan y reaccionen a las demandas de su entorno.
- Así como, el uso de materiales y recursos variados y alternativos con mucho componente visual, fomentando la comprensión y aprendizaje del alumnado: SAAC, método TEACCH, método SHAEFFER, SPC, agenda personalizada con pictogramas, etc.
- Se deben promover experiencias sociales positivas, de manera que, comprendan que sus comportamientos pueden influir en el entorno social que le rodea. En este sentido, los docentes debemos ofrecer experiencias en las que se construyan intercambios conversacionales, ajustándose a las normas básicas.

- Según varios autores, una de las técnicas fundamentales de aprendizaje para estos niños sería el aprendizaje sin error, manteniendo a la persona motivada constantemente. Otras técnicas podrían ser: encadenamiento hacia atrás, enseñanza incidental, etc.
- Se deben presentar actividades con pocos estímulos, evitando ciertos factores de distracción, conductas disruptivas, etc., en su aprendizaje, fomentando la atención constante.
- Aumentar la participación en las tareas que se llevan a cabo en el aula y fuera de ella, disminuyendo de manera las ayudas ofrecidas.
- Las actividades presentadas deben tener unos objetivos claros y precisos, de manera que el alumno sepa en todo momento lo que debe realizar, utilizándolos de una manera funcional.
- Todas las actividades deberían seguir una metodología lúdica acompañada del uso de reforzadores potentes que motivan al niño, así como, se podrían presentar actividades relacionadas con sus intereses.

Tanto en el ámbito educativo, como en el familiar, he incluido ciertas pautas y estrategias que considero muy eficaces de poner en práctica con los niños con trastorno de espectro autista.

Sin embargo, como ya he comentado desde el principio, los síntomas que pueden mostrar los niños con TEA son muy variados, de manera que, las actuaciones presentadas deben adaptarse a las características y circunstancias de cada niño, para poder obtener resultados favorables.

En conclusión, en todos los casos de TEA es fundamental la conexión y comunicación entre la familia del niño y el profesorado, de manera que, conformen un equipo dirigido a la obtención de los mismos objetivos, para que estos sean trabajados en el centro educativo y reforzados en casa, y al revés.

7- CONCLUSIÓN

Tras la finalización de mi grado universitario de Magisterio Primaria y la investigación llevada a cabo en este trabajo, mediante una revisión bibliográfica, he podido adquirir gran cantidad de conocimientos relacionados con los niños que presentan TEA, pudiendo conocer sus principales características y sus necesidades.

La principal finalidad del trabajo era reunir toda la información y conocimientos suficientes, y plasmarlos de manera adecuada y comprensible en el trabajo, de manera que, todas aquellas personas tanto los propios niños con TEA, profesores, familiares, amigos, etc., que se encuentran trabajando o van a trabajar con este tipo de niños, dispongan de información sobre todo ello, pudiendo consultar el presente trabajo en todo momento.

En todo momento hablo de personas autistas, incluyendo en esta categoría tanto niños como adultos.

Para finalizar mi trabajo es necesario establecer unas conclusiones finales.

Han existido diferentes autores a lo largo de la historia, que han estudiado el Trastorno Autista desde diversas perspectivas, sin embargo, existe un autor que destaca primordialmente, el psiquiatra austriaco Leo Kanner a quien debemos el termino de autismo conocido actualmente.

Asimismo, también han aparecido diversos manuales diagnósticos, destacando el DSMV el cual atribuye al autismo la denominación de “Trastorno de Espectro Autista”, estableciendo tres niveles de severidad que van desde la necesidad de ayuda muy notable de la persona con autismo, hasta la reducción de la necesidad de ayuda. En este sentido, el DSM-V nos permite establecer un diagnostico más específico, determinando las alteraciones funcionales que presenta cada niño, lo que evita falsos positivos, pero no puede detectar personas con autismo que presentan síntomas más leves.

Actualmente, en cuanto a la definición de TEA, la orden ECD 1005/18 establece que el alumnado TEA es considerado como el alumnado con deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos y con patrones restrictivos y repetitivos de comprensión, intereses o actividades.

Como se puede observar a lo largo del trabajo, las personas con autismo presentan características comunes y variadas, cuyo diagnóstico es difícil debido a la heterogeneidad de las mismas y a su similitud con otros trastornos.

Así pues, se trata de un síndrome conductual que engloba un conjunto de diferentes tipos de conductas anómalas, destacando tres tipos de conductas: desarrollo social y relaciones sociales anormales; desarrollo comunicativo anormal; e intereses y actividades repetitivas y limitadas.

Según varios autores el diagnóstico de los niños con TEA puede realizarse en la primera infancia, a los 12 meses, donde los síntomas son más evidentes. De manera que, es fundamental establecer un diagnóstico adecuado, ya que, dentro del TEA y en otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, las personas son muy distintas entre sí, pudiendo encontrar diferentes tipos dentro del mismo trastorno, así como, síntomas variados.

Para realizar un diagnóstico adecuado, en mi opinión, es fundamental que el niño sea observado y evaluado tanto en el ámbito educativo como en ambientes externos, considerando que cada persona es un mundo, con sus capacidades y necesidades. Una vez observadas las deficiencias que muestra, se establecerá el diagnóstico. Si se considera una persona con autismo, buscaremos la intervención más adecuada con el niño, por parte de todos los profesionales correspondientes.

Asimismo, en el ámbito educativo, siempre abogaremos por una educación inclusiva, en la medida de lo posible. Se aboga por un trabajo inclusivo con los alumnos, sin embargo, no considero que esto deba realizarse siempre. En muchas ocasiones, por determinadas circunstancias o por las características del alumno, no se puede realizar todo el trabajo en la misma aula, y no por sacar al alumno de su aula de referencia el trabajo será peor o menos beneficioso para él.

Una intervención educativa adecuada contribuye al desarrollo y crecimiento del niño con TEA, de manera que, deben ser escolarizados en contextos educativos normalizados, que puedan ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades que presentan. Dicha intervención puede ser complementada con intervenciones terapéuticas, fomentando una mejora de la calidad de vida de niño con autismo.

Por otro lado, un aspecto innovador de mi trabajo ha sido la inclusión de las emociones. Como ya hemos comentado, las personas con Trastorno de Espectro Autista presentan déficits en las habilidades socioemocionales necesarias para un desarrollo social y emocional adecuado.

Para ello, he incluido en mi trabajo la revisión de las diferentes teorías explicativas que trabajan el concepto del autismo, enlazadas con el tema de las emociones, destacando la Teoría de la Mente.

Esta hace referencia a la incapacidad de las personas con TEA para interpretar las conductas ajenas a partir de estados mentales como las intenciones, emociones, deseos, etc., lo que nos permite explicar muchos de los problemas que presentan las personas TEA en relación a las habilidades sociales, comunicativas y de imaginación.

En línea con todo ello, considero primordial la educación de las emociones, fomentando la educación emocional, es decir, la Inteligencia Emocional. Las dificultades emocionales que presentan las personas autistas en cuanto a la percepción, expresión y comprensión de emociones, limitan su experiencia social, y por consiguiente su aprendizaje, de manera que, es fundamental implementar las medidas adecuadas que contribuyan al desarrollo de la educación emocional de estos niños. Para todo ello, es fundamental que el profesorado se encuentre formado ofreciendo una adecuada educación emocional.

Finalmente, considero que con este trabajo he logrado los objetivos planteados, aumentando mis conocimientos sobre este tema para mi futuro labor docente. Además, creo que he conseguido plasmar toda la información suficiente y adecuada sobre mi tema, analizando un conjunto de libros, artículos, tesis, trabajos, etc.

Asimismo, gracias a todos los recursos utilizados y a los conocimientos adquiridos en mi último año de la carrera he sido capaz de ofrecer orientaciones y estrategias dirigidas a la familia y al profesorado respecto al trabajo con el alumnado autista. Las familias y los profesores desempeñan un papel muy relevante en la educación y desarrollo de los niños con TEA, es en este momento donde nuestra labor como Pedagoga Terapéutica es fundamental, para ofrecer ayudas y soluciones a las necesidades y dificultades que presentan, así como, potenciar sus puntos fuertes, siempre en coordinación con el resto de profesionales y familias.

En este sentido, como docente ya titulada que soy, considero que a través de la realización de mi trabajo estaría capacitada para detectar y trabajar con este tipo de alumnado, utilizando los materiales y recursos adecuados, siempre bajo la ayuda y cooperación en todo momento de la familia y profesionales.

8- BIBLIOGRAFÍA:

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Artigas-Pallarés, 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), pp.567-587
- Barreda, M. (2014). *Las emociones y el autismo. Programa para trabajar el reconocimiento y expresión de las emociones en niños autistas*. Universidad Zaragoza, Teruel
- Baron-cohen, S. y Bolton, P. (1998): *Autismo. Una guía para padres*. Madrid, Alianza Editorial.
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. Trends in Cognitive Sciences, 6 (6), 248-254.
- Bisquerra, Rafael (Coord.); Punset, E; Mora, F; García, E; López-Cassà, È; Pérez-González, J; Lantieri, L; Nambiar, M; Aguilera, Pilar; Segovia, N; Planells, O. (2012). *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Hospital Sant Joan de Déu.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis
- Bisquerra, R. (2002). La competencia emocional, en M. Álvarez y R. Bisquerra, *Manual de orientación y tutoría*. Barcelona: Praxis, 144/69- 144/83
- Bisquerra, R. (2006). *Orientación psicopedagógica y educación emocional*.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*, Madrid: Editorial síntesis.
- Bisquerra, R. (2009). *Competencias emocionales*. En Bisquerra, R. *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Síntesis
- Canal, R.; *El autismo hoy en España*, entrevista al doctor Ángel Rivière, Siglo Cero, 1993, 149, 24, pp. 41-44
- Céspedes, A., Ducci, M. R., Guzmán, M. F., Ponce, B., & Ramírez, F. (2019). *Reconocimiento de las emociones en niños con TEA para la potenciación de aprendizajes*. Universidad de Santiago, Chile
- Collantes, P. (2016). *Educación emocional y discapacidad*. Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Frith, U. (2004): *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. (segunda edición). Madrid. Alianza Editorial. S.A.

- Frith, U., & González, C. (2007). *Autismo/ Autism: Hacia una explicación del enigma/ Explaining The Enigma* (2 Tra ed.). Alianza Editorial S.A.
- Gálvez, R. (s/f). *Autismo: Propuestas de intervención en el aula de Educación Infantil*. Universidad de Granada, Granada.
- García, A. S. L. M. (2009). *Aprende con Zapo: propuestas didácticas para el aprendizaje de habilidades emocionales y sociales* (1a ed., 1a imp. ed., Vol. 1). Wolters Kluwer España / Educación.
- García, A. S. L. M. (2009). *Aprende con Zapo: propuestas didácticas para el aprendizaje de habilidades emocionales y sociales* (1a ed., 1a imp. ed., Vol. 2). Wolters Kluwer España / Educación.
- García, P. (2016). *Trastorno del Espectro Autista: estudio de caso e intervención emocional en el aula de PT*. Universidad de Alicante, Alicante.
- Goleman, D. (1995^a). *Emotional intelligence*. New York: Bantam
- Hernández, J. y Cols (2005). *Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista*. Revista de Neurología 41, (4), 237-245.
- Hobson, R.P. (1993). *Essays in developmental psychology. Autism and the development of mind*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Hobson, R.P., *El autismo y el desarrollo de la mente*. Traducción de Ángel Rivière Gómez. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- Hortal Espí, C. (Coord.), Bravo Altieri, A., Mitjà Farrerós, S, y Soler Prats, J. M. (2011). *Alumnado con trastorno del espectro autista*. Barcelona: GRAÓ
- Lozano Martínez, J., Merino Ruiz, S., Cerezo Maiquez, M.C y Luque Rodríguez, F.J. (2015). *Trabajo colaborativo para el aprendizaje de habilidades emocionales y sociales de una alumna con trastorno del espectro autista*. Murcia: Edit. um (pp. 25-37).
- Martos, J., & Rivière, Á. (2001). *Autismo: comprensión y explicación actual*. Imsero.
- Miguel, A.M. (2006). *El mundo de las emociones en los autistas*. Revista Electrónica Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información, 7(2), pp.169-183.
- Palomo, R. (2017). *Autismo: Teorías explicativas actuales* (Alianza Ensayo) (1.a ed.). Alianza Editorial.
- Rivière, A. (2001): *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid, Trotta.

- Rivière, Á., “Trastorno de la flexibilidad en el autismo”, en Valdez, D. (ed.), *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*, 2, Buenos Aires, Fundec. 2001^a.
- Rivière, Á., *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*, Madrid, Trotta (2001b)
- Rivière, Á.; Valdez, D., *Autismo: definición, evaluación y diagnóstico*, Modulo 1 2000, Buenos Aires, FUNDEC (Fundación para el desarrollo de los estudios cognitivos)
- Rivière, Á., *IDEA: Inventario de espectro autista*, Buenos Aires, Fundec, 2002. (57)
- Rutter, M., Etiología y tratamiento: Causa y curación, en Rutter, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 310-318
- Rutter, M., *Diagnóstico y definición*, en Rutter, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 1-26
- Wing, L. (1998): *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona, Paidós.
- Wing, L., Características sociales, comportamentales y cognitivas: enfoque epidemiológico, en Rutter, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 27-44
- Wing, L., Diagnóstico, descripción clínica y pronóstico, en Wing, L.; EVERALD, M. P., y otros, *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos*, Madrid, Santillana, 1982, pp. 32-82

REFERENCIAS NORMATIVAS:

- ORDEN 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba en currículo de la Educación infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad.

WEBGRAFÍA:

- Balbuena, F. (2007). *Breve revisión histórica del autismo*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 333-353. <https://scielo.isciii.es/scielo.php>
- Cabezas, H. (2001). Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *Actualidades Investigativas en Educación*, 1(2). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/index>

- Escobar, M. A., Caravaca, M., Herrero, J. M., & Verdejo, M. D. (s. f.). *Necesidades educativas especiales del alumnado con trastornos del espectro autista*. Google académico. <http://atemytea.com/wp-content/uploads/2016/11/Necesidades-Educativas-Especiales-de-los-TEA.pdf>
- F.A.C.L. (2016). *Guía para profesores y educadores de alumnos con autismo* (4ª revisada ed.). https://autismocastillayleon.com/wp-content/uploads/2016/06/guia_para_profesores_y_educadores_de_alumnos_con_autismo4.pdf
- Falconi, C., García, J. M., & Flores, F. (2018). *Abordaje de las comorbilidades en el trastorno del espectro autista (TEA)*. Interpsiquis 2021. <https://www.interpsiquis.com>
- Fernández, P., & Extremera, N. (2005, 3 diciembre). *La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 19(3). <https://www.redalyc.org/revista.oa?id=274>
- García Gómez, A. (2008). *Espectro Autista: definición, evaluación e intervención educativa* [Libro electrónico]. file:///C:/Users/tadie_9/Downloads/EL%20ESPECTRO%20AUTISTA.pdf
- Gil, P. (2014). Reconociendo las emociones, ¿Qué son y para qué sirven? [Diapositivas]. Power Point. https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/reconociendolasemocionesquesonyparaquesirven.pdf
- Gómez, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), pp. 113-124. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/index>
- Miguel, A. M. (2006). *El mundo de las emociones en los autistas*. Revista Electrónica Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información, 7(2). <https://campus.usal.es/~teoriaeducacion/DEFAULT.htm>
- Reyna, C. (2011). *Desarrollo emocional y trastornos del espectro autista*. Revista de investigación en psicología, 14(1), pp. 273-280. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4908>
- Riviera, Á. (2015). Arqueología de las emociones. *Vínculos de historia*, 4(2015). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5118611>

- Tortosa, F. (s. f.). *Intervención educativa en el alumnado con trastornos del espectro autista*. Zaguán.

<http://www.psie.cop.es/uploads/murcia/Intervenci%C3%B3n%20TEA.pdf>

9- ANEXOS:

ANEXO I.

Tabla I.

Criterios diagnósticos del DSM I (1952) y el DSM II (1968) para la esquizofrenia de tipo infantil

DSM I (1952)- Reacción esquizofrenia, tipo infantil

Contempla el autismo como una forma de esquizofrenia, siguiendo la línea previa a las aportaciones de Leo Kanner

DSM II (1968)- Esquizofrenia de tipo infantil

Esta categoría se utilizó para los síntomas esquizofrénicos que aparecen antes de la pubertad. Se considera que la enfermedad puede manifestarse por: comportamiento autista y atípico, fracaso para desarrollar una identidad separada de la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo. Estas alteraciones del desarrollo pueden provocar retraso mental, el cual también debe diagnosticarse.

ANEXO II.

Tabla II. Criterios diagnósticos del DSM III para el autismo infantil. 1980.

6 criterios para el diagnóstico del autismo infantil:

- A. Inicio antes de los 30 meses.
- B. Déficit generalizado de receptividad hacia a las otras personas (autismo)
- C. Déficit importante en el desarrollo del lenguaje
- D. Si hay lenguaje se caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada lenguaje metafórico e inversión de pronombres.
- E. Respuestas extrañas a varios aspectos del entorno; por ejemplo, resistencia a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados.
- F. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la esquizofrenia

ANEXO III.

Tabla III. Criterios diagnósticos del DSM III-R para el trastorno autista. 1987

Por los menos deben estar presentes 8 de los siguientes 16 criterios, de los cuales deben incluirse por lo menos 2 ítems de A, uno de B y uno de C.

- A. Alteración cualitativa en la interacción social recíproca (los ejemplos entre paréntesis han sido organizados de modo que los listados en primer lugar sean los que sean más aplicables a los más pequeños o más afectados, y los últimos a los mayores o menos afectados) manifestado por lo siguiente:
1. Marcada falta de consciencia de la existencia de sentimiento en las otras personas (por ejemplo, trata a la persona como si fuera un objeto o un mueble; no detecta el malestar en la otra persona; en apariencia no tiene el concepto de la necesidad de privacidad de los demás).
 2. Ausencia o alteración en la busca de consuelo en los momentos de angustia (por ejemplo, no busca consuelo cuando está enfermo, se hace daño, o está cansado; busca consuelo de forma estereotipada, por ejemplo, dice: “queso, queso, queso” cuando algo le duele).
 3. Ausencia o alteración en la imitación (por ejemplo, no gesticula bye-bye: no coopera en las actividades domésticas de los padres; imitación mecánica de las acciones de los demás fuera de contexto).
 4. Ausencia o alteración en la imitación del juego social (por ejemplo, no participa activamente en juegos simples, prefiere el juego solitario; solo involucra a los otros niños en el juego como soporte mecánico).
 5. Alteración importante en la habilidad para hacer amigos entre los iguales (por ejemplo, falta de interés en hacer amistad con iguales a pesar de tener aficiones similares; muestra falta de comprensión de las normas de interacción social, por ejemplo, leer el listín de teléfono a compañeros que no les interesa).
- B. Alteración cualitativa en la comunicación verbal y no verbal y juego imaginativo (los ítems enumerados han sido organizados de modo que los listados en primer lugar sean los que sean más aplicables a los más pequeños o más afectados, y los últimos a los mayores o menos afectados) manifestado por lo siguiente:
1. Ausencia de forma de comunicación, como: balbuceo comunicativo, expresión facial, gesticulación, mímica o lenguaje hablado.
 2. Comunicación no verbal marcadamente anormal, como el uso de contacto visual, expresión facial, gestos para iniciar o modular la interacción social (por ejemplo, no anticipa para ser tomado en brazos, se pone rígido cuando se le toma en brazos, no mira a la persona o sonríe cuando realiza un contacto social, no recibe o saluda a las visitas, mantiene la mirada perdida en las situaciones sociales);
 3. Ausencia de juego simbólico, como imitar actividades de los adultos, personajes de fantasía o animales; falta de interés en historias sobre acontecimientos imaginarios
 4. Claras alteraciones en el habla, incluyendo, volumen, tono, acento, velocidad, ritmo y entonación (por ejemplo, tono monótono, prosodia interrogativa, tono agudo).

5. Claras alteraciones en la forma o contenido del lenguaje, incluyendo uso estereotipado o repetitivo del lenguaje (por ejemplo, ecolalia inmediata o repetición mecánica de anuncios de la televisión); uso del “tu” en lugar del “yo” (por ejemplo, decir “quieres una galleta” para decir “quiero una galleta”; uso idiosincrático de palabras o frases (por ejemplo, “montar en el verde” para decir “yo quiero montar en el columpio”); o frecuentes comentarios irrelevantes (por ejemplo, empezar a hablar de horarios de trenes durante una conversación sobre viajes).
 6. Clara alteración en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de un lenguaje adecuado (por ejemplo, dejarse llevar por largos monólogos sobre un tema a pesar de las exclamaciones de los demás).
- C. Claro repertorio restringido de intereses y actividades manifestado por lo siguiente:
1. Movimientos corporales estereotipados (por ejemplo, sacudir o retorcer las manos, dar vueltas, golpear la cabeza, movimientos corporales complejos).
 2. Preocupación persistente por partes de objetos (por ejemplo, olfatear objetos, palpar reiteradamente la textura de objetos, girar ruedas de coches de juguete) o apego a objetos inusuales (por ejemplo, insistir en llevar encima un trozo de cuerda).
 3. Manifiesto malestar por cambios en aspectos triviales del entorno (por ejemplo, cuando se cambia un jarro de su lugar habitual).
 4. Insistencia irracional para seguir rutinas de modo muy preciso (por ejemplo, insistir en que siempre se debe seguir exactamente la misma ruta para ir a la compra).
 5. Manifiesto rango restringido de intereses y preocupación por un interés concreto (por ejemplo, interesado en alinear objetos, acumular datos sobre meteorología o pretender ser un personaje de fantasía).
 6. Movimientos corporales estereotipados (por ejemplo, sacudir o retorcer las manos, dar vueltas, golpear la cabeza, movimientos corporales complejos).
 7. Preocupación persistente por partes de objetos (por ejemplo, olfatear objetos, palpar reiteradamente la textura de objetos, girar ruedas de coches de juguete) o apego a objetos inusuales (por ejemplo, insistir en llevar encima un trozo de cuerda).
 8. Manifiesto malestar por cambios en aspectos triviales del entorno (por ejemplo, cuando se cambia un jarro de su lugar habitual).
 9. Insistencia irracional para seguir rutinas de modo muy preciso (por ejemplo, insistir en que siempre se debe seguir exactamente la misma ruta para ir a la compra).
 10. Manifiesto rango restringido de intereses y preocupación por un interés concreto (por ejemplo, interesado en alinear objetos, acumular datos sobre meteorología o pretender ser un personaje de fantasía).
- D. Inicio durante la primera infancia Especificar si se inicia en la niñez (después de los 36 meses)

ANEXO IV.

Tabla IV. Criterios diagnósticos del DSM IV

- A. Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse 6 o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).
1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:
 - a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
 - b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
 - c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
 - d. Falta de reciprocidad social o emocional.
 2. Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
 - a. Retraso o ausencia completa del desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con alternativos de comunicación, como los gestos o la mímica).
 - b. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
 - c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.
 - d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.
 3. Patrones de conductas, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
 - a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
 - c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.)
 - d. Preocupación persistente por parte de objetos.
- B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) interacción social, (2) empleo comunicativo del lenguaje, o (3) juego simbólico.
- C. El retraso no se explica mejor por un Síndrome de Rett o Trastorno Desintegrativo de la niñez.

ANEXO V:

Tabla V. Clasificación de los Trastornos Generales del Desarrollo según el DSM-IV

TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA (TDI): Síndrome de Heller o psicosis desintegrativa	<p>Se caracteriza por una marcada regresión en varias áreas de funcionamiento después de, un desarrollo dentro de los parámetros normales durante al menos dos años.</p> <p>Conlleva una pérdida importante de habilidades en por lo menos dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control intestinal o vesical, juego y habilidades motoras</p> <p>La APA afirma que la mayoría de personas autistas pierden habilidades tras un desarrollo típico o con alteraciones, por lo que, es necesario diferenciar un trastorno autista con regresión y un TDI. Se considera que el TDI no es suficiente para ser un trastorno independiente del autismo, por lo que, se debe recoger la aparición de estos síntomas y su curso evolutivo, para diagnosticar TEA a una persona.</p>
SINDROME DE RETT	<p>Se trata de un trastorno neurodegenerativo que afecta, principalmente, a las niñas (aunque se ha detectado casos aislados en varones). Tras un desarrollo prenatal y perinatal normal, naciendo la persona con un perímetro craneal adecuado.</p> <p>Posteriormente, empiezan a desarrollar graves alteraciones: entre los 5 y 48 meses de edad se desacelera el crecimiento craneal, así como, el uso intencional de los movimientos manuales, aparecen alteraciones en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje. También aparecen alteraciones en la coordinación y movimiento, mostrando marcha incoordinada,</p> <p>Puede asociarse a una causa genética (mutaciones en el MECP2 en el brazo largo del cromosoma X). Este trastorno es persistente en la vida de la persona y conlleva una pérdida progresiva, las alteraciones sociales y comunicativas se estabilizan, sin embargo, el deterioro motor es cada vez mayor.</p>

TRASTORNO DE ASPERGER	<p>Se caracteriza por presentar el mismo tipo de alteraciones en el área social, que el autismo, así como patrones de conducta e intereses restringidos. El DSM IV considera que para diagnosticar síndrome de Asperger a una persona es necesario un desarrollo intelectual, del lenguaje y de habilidades adaptativas sin retrasos significativos.</p> <p>Este trastorno es el que más polémica ha suscitado, los criterios propuestos en el DSM-IV eran poco fiables de manera que, su diagnóstico podía ser inexacto.</p> <p>La APA considera que las investigaciones realizadas no confirman que este trastorno sea distinto del trastorno autista de alto nivel de funcionamiento, así como, tampoco afirma la existencia del síndrome de Asperger como una categoría independiente.</p>
TGD ESPECIFICADO (TGDNE)	<p>El DSM IV lo define por presentar alteraciones en alguna de las tres grandes áreas que definen el autismo. En esta categoría diagnóstica se incluye el autismo atípico siendo definido igual que el trastorno autista, pero con una menor sintomatología.</p> <p>Aparecen alteraciones en la interacción social recíproca, y en al menos una del resto de áreas que definen el trastorno, o alteraciones en todas las áreas, pero con una severidad menor. Además, los síntomas se pueden manifestar hasta más de los 3 años</p>

ANEXO VI:

Tabla VI.

Niveles de severidad para el trastorno de espectro autista (DSM-V, 2013):

NIVELES DE SEVERIDAD PARA EL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA		
	Comunicación Social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3: Requiere un soporte muy substancial	Severos déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a él rápidamente
Nivel 2: Requiere soporte substancial.	Marcados déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en variados contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad a apartarlo de un interés fijo
Nivel 1: Requiere soporte.	Sin recibir apoyo, déficits en comunicación social causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las sociales de otros	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.

ANEXO VII:

Tabla VII. Criterios Diagnósticos DSM-V

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos. Estas deficiencias deben manifestarse (en el momento actual o en momentos anteriores) según varios ejemplos ilustrativos que ofrece el propio manual, así como que se debe especificar la gravedad actual de acuerdo con el grado de ayuda necesaria en esta área del desarrollo.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos (en el momento actual o en momentos anteriores):
- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
 - Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
 - Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
 - Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales del entorno
- C. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo.
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.
- Además, es necesario especificar también si estos síntomas cursan:
- Con o sin déficit intelectual acompañante.
 - Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
 - Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocido (por ejemplo, Síndrome de Rett).
 - Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.

ANEXO VIII:

Tabla VIII. Doce dimensiones alteradas en los trastornos del espectro del autismo según Ángel Rivière.

TRASTORNOS DE LA RELACIÓN SOCIAL	<p>En el primer nivel aparecen aquellas personas que demuestran aislamiento casi completo, no aparecen expresiones de apego dirigidas a las personas, así como, no son capaces de establecer diferencias cognitivas y emocionales entre las personas y las cosas. En este nivel, se encuentran el menor número de personas TEA.</p> <p>En el segundo y tercer nivel, todavía se mantienen en soledad, sin embargo, comienzan a establecer vínculos con personas específicas, sobre todo con sus iguales en el tercer nivel.</p> <p>Para fomentar el desarrollo de las habilidades sociales de estas personas, es necesario iniciarles en las interacciones con adultos e iguales, mediante un contacto ocular constante, para ello se deben utilizar conductas sociales adecuadas.</p>
TRASTORNOS CUALITATIVOS DE LAS CAPACIDADES DE REFERENCIA CONJUNTA:	<p>En el primer nivel, los niños tienden a ignorar las miradas y gestos significativos de otras personas, a veces reaccionan a las acciones de otras personas. El segundo nivel, comienzan a realizar acciones conjuntas simples, pero no todavía no existen miradas significativas. El tercer nivel, aparecen ciertas miradas de referencia conjunta, así como, comienzan a interpretar miradas y gestos ajenos. En el cuarto nivel, la persona autista tiene todo lo anterior consolidado.</p> <p>Para lograr que consigan dominar las capacidades de acción conjunta, es necesario desarrollar miradas con iguales y adultos, logrando que comprendan y utilicen expresiones faciales, gestos como estrategias comunicativas.</p>
TRASTORNOS CUALITATIVOS DE LAS CAPACIDADES INTERSUBJETIVAS Y MENTALISTAS:	<p>En el primer y segundo nivel no existen apenas muestras de expresión emocional correlativa, aunque en ocasiones suelen compartir emociones con los demás. Sin embargo, no existen referencias de intersubjetividad secundaria, así como, demuestran falta de interés por las personas. En el tercer y cuarto nivel, la persona TEA comienzan a tener conciencia de que las personas tenemos mente, y empiezan a utilizar términos mentales como “contento, triste, etc.”.</p> <p>Es fundamental que los niños aprendan a compartir estados mentales con los demás, expresando sus emociones y percibiendo las ajenas.</p>

	<p>Para ello es necesario establecer relaciones entre distintas situaciones y las emociones que conllevan, así como, las consecuencias que dichas acciones pueden tener, aportándoles las estrategias necesarias</p>
<p>TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES COMUNICATIVAS</p>	<p>Como ya he comentado en varias ocasiones a lo largo del trabajo, la comunicación es una de las grandes dificultades para los niños TEA.</p> <p>En el primer nivel, ausencia de cualquier tipo de comunicación. En el segundo nivel, comienzan a utilizar la comunicación mediante conductas de uso instrumental, es decir, realiza acciones comunicativas intencionadas e intencionales, pero no significativas. En el tercer y cuarto nivel, se utilizan signos para pedir de manera que, la comunicación no tiene una función declarativa. Aunque, en el cuarto nivel comienzan a desarrollar conductas comunicativas más complejas</p>
<p>TRASTORNOS CUALITATIVOS DEL LENGUAJE EXPRESIVO</p>	<p>Las limitaciones en este ámbito es uno de los aspectos más destacados de las personas autistas.</p> <p>En el primer nivel, las personas se caracterizan por la ausencia total del lenguaje expresivo, mediante verbalizaciones no lingüísticas. En el segundo nivel, predomina el lenguaje ecológico, sin construir oraciones completas, ni discursos o conversaciones. En el tercer nivel, predomina el lenguaje oracional, sin llegar a construir discursos. Finalmente, en el cuarto nivel aparece el lenguaje discursivo. Las personas autistas en este nivel son capaces de realizar conversaciones, siendo conscientes de las dificultades que tienen en ellas, en cuanto a la búsqueda de temas de conversación, para abrir y finalizar conversaciones, para cambiar los temas en las conversaciones, etc.</p> <p>Las necesidades educativas especiales varían en función del grado de severidad del trastorno, pudiendo necesitar sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación (SAAC) en los casos más graves, o desarrollar el lenguaje funcional, aspectos pragmáticos del lenguaje, etc. en los casos más leves.</p>
<p>TRASTORNOS CUALITATIVOS DEL LENGUAJE COMPRESIVO</p>	<p>En el primer nivel, la persona autista ignora completamente el lenguaje, no responde a ordenes, indicaciones lingüísticas de ningún tipo. Se puede relacionar con la sordera. En el segundo nivel, ya comienza a comprender ordenes sencillas, aunque no es hasta el tercer nivel cuando comprende los enunciados, de manera literal. En este nivel la persona solo atiende cuando se dirigen las indicaciones verbales de manera directa y específica. En el cuarto nivel, las personas comprenden las conversaciones y discursos de cualquier índole</p>

	<p>Así pues, las dificultades en la comprensión son muy variables. Desde niños autistas que no responden al lenguaje (nivel 1), hasta niños con un lenguaje oral fluido, que tan solo presentan dificultades para diferenciar entre el lenguaje literal del figurado (nivel 4).</p> <p>Para hacer frente a las necesidades que presentan estos niños, es necesario el apoyo visual constante, así como el trabajo de todo lo anterior para conseguir que comprendan ordenes sencillas, que comprendan sus emociones y deseos, etc.</p>
<p>TRASTORNO CUALITATIVO DE LAS COMPETENCIAS DE ANTICIPACIÓN</p>	<p>Las personas con TEA demuestran una elevada inflexibilidad en el funcionamiento mental, poseen muchas dificultades en la anticipación, predicción, planificación, así como, en el procesamiento y organización de la información.</p> <p>En el nivel 1 y 2, las personas con TEA tienen graves dificultades para percibir e interpretar la información, viviendo en un mundo desordenado sin planificación. Muestran gran resistencia a los cambios, aunque en el segundo nivel aparecen conductas anticipatorias simples En el nivel 3 y 4, la anticipación es mayor, son capaces de aceptar los cambios, aunque pueden producirse situaciones graves ante los cambios. En el cuarto nivel son personas más autónomas capaces de planificar a largo plazo.</p>
<p>TRASTORNO CUALITATIVO DE LA FLEXIBILIDAD MENTAL Y COMPORTAMENTAL</p>	<p>Las estereotipias son conductas muy comunes en las personas con autismo, impidiéndoles llevar a cabo actividades funcionales. En el primer nivel, las personas con TEA muestran estereotipias motoras simples como el balanceo, giros, etc. En el segundo y tercer nivel aparecen conductas inflexibles como rituales, rutinas, obsesiones, etc. Por ello es necesario. En el cuarto nivel, estas personas muestran contenidos obsesivos y limitados de pensamiento, intereses poco funcionales, limitados y no relacionadas en el mundo social en sentido amplio.</p> <p>Por todo ello, es fundamental tratar de ampliar sus intereses hacia nuevas actividades y objetos, reduciendo sus estereotipias y obsesiones. En este sentido, irán aceptando los cambios que tengan lugar en sus rutinas y actividades, aportándoles estrategias adecuadas para ello.</p>
<p>TRASTORNOS DEL SENTIDO DE LA ACTIVIDAD PROPIA.</p>	<p>Es fundamental otorgar funcionalidad a la conducta de las personas. En el nivel 1, aparecen aquellas personas con TEA que realizan conductas sin ningún propósito, por lo que, es necesario plantearles actividades muy dirigidas.</p> <p>En el nivel 2 comienzan a realizar actividades ante indicaciones externas, sin comprender la finalidad de las mismas.</p>

	En el tercer nivel, comienzan a desarrollar actividades con cierto grado de autonomía. Y, finalmente en el nivel 4 comienzan a realizar actividades mucho más complejas.
TRASTORNOS DE LA SIMBOLIZACIÓN:	En un primer momento, se da una ausencia completa de juego funcional o simbólico, sin embargo, conforme avanzamos de niveles podemos observar que los niños con TEA comienzan a desarrollar cierto juego simbólico, que empieza a ser cada vez más complejo y suscitado por iniciativa propia. En estos niveles más avanzados los niños demuestran muchas dificultades para diferenciar entre ficción y realidad.
TRASTORNOS DE LA IMITACIÓN:	En el primer nivel los niños con TEA demuestran ausencia completa de imitación, sin embargo, en el segundo nivel comienzan a imitar acciones simples. En el tercer y cuarto nivel, aparece cierta imitación espontánea, que comienza a tener cierto significado intersubjetivo.
TRASTORNOS DE LA SUSPENSIÓN: hace referencia a la capacidad de crear significantes	En los primeros niveles la comunicación está ausente o se produce utilizando gestos instrumentales, pero todavía no hay juego funcional. A medida que avanzamos de niveles, los niños comienzan a comprender los estados mentales propios o ajenos, que no se corresponden con la realidad.

ANEXO IX:

Tabla IX. Necesidades educativas especiales del alumnado con autismo según Nicolás Tortosa (2000):

<p>NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES RELACIONADAS CON LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA</p>	<p>NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL</p>	<p>NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE APRENDIZAJE</p>	<p>NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES RELACIONADAS CON LA SALUD Y LA AUTONOMÍA</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Necesitan aprender que sus comportamientos pueden influir en el entorno de una manera socialmente aceptable, pero es necesario enseñarles explícitamente cómo, dónde y cuándo lo es, así como cuándo no lo son. - Necesitan aprender a relacionarse, de forma concreta y efectiva, con los demás en diferentes situaciones y contextos. - Necesitan aprender a conocer y comunicar las emociones y pensamientos propios, así como comprender los de los demás. - Necesitan aprender a utilizar los objetivos de manera funcional y creativa, y disfrutar de ellos con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesitan aprender a entender y a reaccionar a las demandas de su entorno. - Necesitan aprender habilidades de comunicación funcionales de/en la vida real. - Necesitan aprender un código comunicativo (verbal o no verbal), sobre todo con finalidad interactiva. - Necesitan aprender a utilizar funcional y creativamente los objetos. - Necesitan aprender a iniciar y mantener intercambios conversacionales con los demás, ajustándose a las normas básicas que hacen posibles tales intercambios (contacto ocular, expresión facial, tono, volumen...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesitan un contexto educativo estructurado y directivo, priorizando en los contenidos funcionales, y ajustados al nivel competencial de los alumnos. - Necesitan situaciones educativas específicas y concretas que favorezcan la generalización de los aprendizajes. - Necesitan ambientes sencillos, poco complejos, que faciliten una percepción y comprensión adecuada de los mismos. - Necesitan aprender en contextos lo más naturales posibles: Entornos Educativamente Significativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesitan alcanzar gradualmente mayores niveles de autonomía en todos los ámbitos del desarrollo integral de la personalidad: alimentación, vestido, etc. - Necesitan un seguimiento médico y psiquiátrico que incluya las revisiones y necesidades de medicación, vacunas, óptica, estomatología y odontología

		<ul style="list-style-type: none"> - Necesitan realizar aprendizajes con los menos errores posibles (Ensayo sin Error), lo que favorece su motivación. - Necesitan aprender habilidades y estrategias de control del entorno, y de autocontrol. - Necesitan descentrar la atención de unos pocos estímulos y alcanzar "atención conjunta" con otros. - Necesitan situaciones educativas individualizadas. - Necesitan ampliar las actividades que realizan, así como los intereses que poseen. 	
--	--	---	--

ANEXO X:

Tabla X. Emociones Primarias y Secundarias (Ekman)

EMOCIONES PRIMARIAS	EMOCIONES SECUNDARIAS
Las emociones primarias también pueden llamarse básicas, puras o elementales, están ligadas a la maduración de mecanismos que son la base del proceso emocional. Estas emociones no pueden ser aprendidas, sino que son innatas y universales. Se caracterizan por una expresión facial característica. En las emociones primarias se incluyen: alegría, tristeza, sorpresa, miedo, asco y enfado. Mas adelante añadió la emoción de desprecio, vergüenza y amor.	Las emociones secundarias suponen una ampliación de las emociones primarias, siendo una derivación de estas. Son producto de la socialización y desarrollo de capacidades cognitivas. No presentan rasgos faciales característicos ni una tendencia particular a la realización de una acción

Tabla XI. Clasificación de las emociones primarias y secundarias. (Goleman, 1996) IX

EMOCIONES PRIMARIAS	EMOCIONES SECUNDARIAS
Alegría	Felicidad, gozo, éxtasis, diversión...
Tristeza	Melancolía, pena, soledad...
Miedo	Temor, angustia, ansiedad...
Ira	Furia, enfado, rabia, resentimiento...
Sorpresa	Sobresalto, desconcierto, asombro...
Asco	Desprecio, repugnancia...
Vergüenza	Humillación, culpa, remordimiento...
Amor	Confianza, devoción, cariño...

ANEXO XI: Descripción en mayor profundidad de las funciones de las emociones

Tabla XII. Funciones de las emociones según Reeve.

FUNCIÓN ADAPTATIVA	FUNCIÓN SOCIAL	FUNCIÓN MOTIVADORA
<p>Esta función fue evidenciada por Darwin (1873), quien defendía que la emoción contribuye a la ejecución de la conducta apropiada como respuesta a una determinada situación, es decir, la emoción condiciona nuestra conducta para responder a las diferentes situaciones que se pueden dar. En este sentido, Darwin considera que la emoción es fundamental para conseguir una adaptación social y al entorno</p> <p>Otro autor muy importante en esta función es Plutchik, con su obra publicada en 1980 donde presenta 8 emociones, detallando que cada una de ellas posee un propósito específico. Dichas emociones son básicas y universales, facilitando la adaptación de la persona a las modificaciones medioambientales. Esta teoría ha sido adaptada por varios autores como Bisquerra (2009)</p>	<p>Las emociones facilitan la aparición de conductas dependiendo de la emoción experimentada. La expresión de las mismas permite a los demás predecir el comportamiento asociado, algo fundamental en las relaciones interpersonales.</p> <p>En este sentido, esta función permite pronosticar las conductas de los demás, y vaticinar nuestra propia conducta, siendo imprescindible en el establecimiento de las relaciones sociales.</p> <p>Izard (1989) destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial.</p>	<p>Esta función afirma que todas nuestras conductas están condicionadas por las emociones. Así pues, las emociones permiten la aparición de determinadas conductas adaptadas, dirigiendo el comportamiento de la persona hacia la consecución de un determinado objetivo. En este sentido, toda conducta conlleva una reacción emocional contribuyendo a que dirijamos nuestra conducta por un camino u otro.</p>

ANEXO XII: Tablas de actuaciones a nivel de centro y de aula.

Tabla XIII. Actuaciones a nivel de centro.

ADAPTACIONES DE ACCESO EN LOS ELEMENTOS PERSONALES	ADAPTACIONES DE ACCESO EN LOS ELEMENTOS MATERIALES	ADAPTACIONES DE COMUNICACIÓN: MAYORES DIFICULTADES
<ul style="list-style-type: none"> - Recursos adicionales de apoyo del tipo de: orientadores, medico-psiquiatras, etc. contribuyendo a una mejora de su desarrollo. - Necesidad de que el claustro de profesores cuente con profesionales, que puedan ofrecer pautas/orientaciones al equipo docente para trabajar con el alumnado TEA - Coordinación adecuada entre los docentes de centro y los profesionales de los EOIP, CIFE, SALUD, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza en contextos estructurados y significativamente educativos. Mediante un ambiente agradable, con materiales adecuados y adaptados a las necesidades del alumnado. - Agrupamientos de los alumnos flexibles, heterogéneos, y no muy grandes, fomentando su inclusión - Programa TEACHH: Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación. Mediante una atención integral de la persona con autismo, y de su familia, contribuyendo a una mejora de su vida tanto en el hogar como en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es en el área comunicativa donde las personas con TEA presentan más dificultades, para ello se podría utilizar Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (SAAC). - Estos sistemas abarcan un extenso conjunto de elaboraciones teóricas, sistemas de signos, ayudas técnicas y estrategias de intervención que se dirigen a sustituir y/o aumentar el habla. - Alguno de ellos: Sistema PECS (Intercambio de imágenes), Sistema PIC (Picogram Ideogram Communication), Sistema SPC (Sistema Pictográfico de Comunicación), Sistema BLISS, Sistema Minspeak, Sistema CAR (Comunicación Aumentativa en la Red), Fichas Premark, Programa Schaeffer, etc.

Tabla XV. Actuaciones a nivel de aula

ADAPTACIONES DE ACCESO EN LOS ELEMENTOS PERSONALES	ADAPTACIONES DE ACCESO EN LOS ELEMENTOS MATERIALES	ADAPTACIONES DE COMUNICACIÓN: MAYORES DIFICULTADES
<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de una coordinación adecuada entre los docentes de centro y los profesionales como especialistas, auxiliares para contribuir a una adecuada evolución y desarrollo del niño. - Así como, una colaboración adecuada con la familia. - Apoyos inclusivos, formando parte de la rutina de los alumnos - Metodología basada en un aprendizaje cooperativo, fomentando una mayor participación. - Desarrollo de programas de habilidades sociales, de Inteligencia Emocional, técnicas de relajación, etc. con todo el alumnado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza en un aula organizada y estructurada, donde el alumno conozca en todo momento las actividades que debe realizar. - Utilizar materiales y recursos didácticos sobre todo visuales, con gran carga pictográfica, agendas visuales, horarios, libros de lectura personalizados, así como, la presencia en el aula de rincones y lugares de trabajo concretos para el trabajo individual, y en grupo. - Uso de las tecnologías de la información y la comunicación son muy útiles con estos alumnos, proporcionando una amplia gama de materiales y recursos a utilizar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (SAAC): Programa de Comunicación de Benson Schaeffer, mediante una comunicación bimodal comunicando el uso simultáneo de signos y el lenguaje oral. (véase en el anexo XI). - Se podrán introducir objetivos y contenidos básicos para todo el grupo clase sobre el aprendizaje del sistema de comunicación utilizado por el alumno con TEA.

ANEXO XIII: Terapias alternativas

Tabla XVI. Otras terapias alternativas

TERAPIA DE CONDUCTA	<p>Los programas conductuales han sido diseñados por psicólogos y psiquiatras, con el objetivo de generar conductas adaptativas o para disminuir conductas desadaptativas. En la terapia de conducta se analizan las causas y consecuencias de una conducta, y posteriormente se ejecuta un programa conductual, de manera que, se puedan identificar los factores que promueven o disminuyen una conducta. La recompensa para extinguir o mantener una conducta, está relacionada con lo que cada niño valora o quiere.</p> <p>Ante un comportamiento inadecuado se busca reducir la conducta eliminando los factores que la ocasionan, en cambio, ante una conducta útil se utilizan técnicas adicionales para incrementarla</p>
PROGRAMA TEACCH	<p>Programa diseñado por Eric Schopler, también conocido como programa TENAC, en castellano significa: <i>Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación</i>: el objetivo fundamental de este programa es la atención integral de la persona con autismo, y de su familia, contribuyendo a una mejora de su vida tanto en el hogar como en la escuela.</p> <p>El programa está compuesto por unos elementos fundamentales que son: una enseñanza estructurada basada en la modalidad visual, favoreciendo la comprensión del alumno; actividades secuenciadas visualmente, favoreciendo la anticipación, de manera que el alumno sepa en todo momento qué, cuanto debe hacer, cuándo finalizar y qué ocurrirá después; enseñanza uno a uno de manera individual; comunicación expresiva fomentando el desarrollo de las</p>

	<p>habilidades comunicativas en las personas con TEA; también se promueve el juego y la reducción de problemas conductuales.</p>
<p>PROGRAMA PEANA</p>	<p><i>Proyecto de Estructuración Ambiental en el aula de Niños con Autismo</i> (Tamarit, De Dios, Domínguez y Escribano, 1990): Las personas con trastorno del espectro autista poseen muchas dificultades para comprender su entorno, de manera que, se debe organizar el espacio y el tiempo de forma estructurada fomentando la comunicación, anticipación y predicción de la actividad futura.</p> <p>Así pues, el objetivo principal de este Proyecto es la utilización de materiales visuales que favorezcan la ordenación del espacio, mediante la colocación en el centro de recursos visuales (pictogramas, símbolos, etc.) que permitan al alumno desenvolverse de forma autónoma y anticipativa, mediante la disposición en el aula de rincones destinados al trabajado de determinadas actividades, etc. Así como, utilizaremos agendas visuales para la ordenación del tiempo.</p> <p>Este tratamiento incluye programas individuales de intervención focalizados en el lenguaje y en el comportamiento, asimismo también incluye equipos de consulta escolares y externos. Este programa también trabaja con los padres, orientándoles y entrenándoles.</p> <p>El programa combina el tratamiento con el diagnóstico y la evaluación, cuyos resultados han mostrado grandes beneficios terapéuticas.</p>
<p>PROGRAMA BENSON SCHAEFFER</p>	<p>Programa de Comunicación de Benson Schaeffer: este programa conlleva la comunicación bimodal, mediante el uso simultaneo de signos y el lenguaje oral. Este sistema utiliza de forma simultánea el habla y los signos potenciando la aparición del lenguaje oral, el objetivo es conseguir pautas comunicativas funcionales</p>

	<p>y generalizadas mediante la enseñanza de un medio expresivo y de una estrategia instrumental, siendo uno de los más utilizados por las personas con TEA.</p>
<p>TERAPIAS ESPECIALIZADAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia musical: la música es utilizada para alentar la comunicación, así como, provoca un efecto muy calmante sobre las personas con autismo, además se ha demostrado que, para muchos niños, en ocasiones, el canto es más fácil de entender que el habla. - Terapia del habla y del lenguaje: esta terapia se encuentra en muchos colegios especiales para autismo, demostrando resultados muy buenos. En esta terapia aparece la figura del logopedista, quien trabaja sobre cualquier nivel del desarrollo del lenguaje, en concreto con los niños autistas suele centrarse en el trabajo de la pragmática (uso social y comunicativo del lenguaje).
<p>TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Terapia del abrazo</i>: desarrollada por Marta Welch. Consiste en que los padres deben mantener abrazado a su hijo de manera forzada, durante largos periodos de tiempo, incluso si protesta o quiere escapar, así los niños comienzan a explorar las caras de sus padres, mejorando la comunicación y las relaciones sociales - <i>Terapia de la vida cotidiana</i>: donde tienen lugar actividades físicas de grupo en la que participan los niños con autismo, bajo la guía de profesores cualificados con un programa regulado evitando el aislamiento del niño autista. Todo ello contribuye a una mayor participación de los niños con TEA en las actividades sociales. - Otros: la <i>terapia de patrones</i>, que fomenta que los niños con autismo utilicen canales sensoriales alternativos para superar sus sensibilidades y promover el desarrollo cerebral. <p>El <i>Método Walden</i> para desarrollar la comprensión y la solución de problemas de manera gradual, mediante tareas no verbales con iniciativa del niño; la facilitación comunicativa, etc.</p>

TRATAMIENTOS MÉDICOS	<ul style="list-style-type: none">- Tratamientos con fármacos para la epilepsia- Tratamientos para el autismo mediante fármacos: todavía no existe ninguna sustancia que genere mejorías claras en los síntomas básicos del autismo, sin embargo, existen fármacos que sirven en ciertos síntomas de este trastorno como son: la fenfluramina, las megavitaminas, tranquilizantes mayores, la naltrexona, etc.- Tratamientos alternativos