



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Trastorno del Espectro Autista: Dificultades en el diagnóstico e intervención en niños/as de 0 a 6 años

Autism Spectrum Disorder: Difficulties in diagnosis and intervention in children from 0 to 6 years old

Autor/es

Silvia Mora Sánchez

Director/es

Estefanía Barrado Mariscal

Grado en Magisterio en Educación Infantil

2021-2022



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Trastorno del Espectro Autista: Dificultades en el diagnóstico e intervención en niños/as de 0 a 6 años

RESUMEN

En el presente trabajo se desarrollará una revisión bibliográfica sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA), con preferencia de aquella bibliografía comprendida en los últimos 10 años y revisando diferentes bases de datos. En este trabajo, se concretará qué es el TEA, cuáles son las características o criterios diagnósticos que lo definen (según el DSM-V) y sus causas de desarrollo. Además, se definirá cuál es el proceso de evaluación/diagnóstico en dicho trastorno concretando cuáles pueden ser los instrumentos utilizados en dicho proceso y cuáles son las dificultades para generar un diagnóstico sobre dicho trastorno en edades comprendidas entre los 0 y los 6 años. De la misma manera, se concretará cuáles son los métodos de intervención escolar eficientes sobre el TEA y cuáles son las dificultades de intervención con las que se encuentran los docentes con el alumnado TEA. Así, el principal objetivo de este trabajo es crear una guía para la comunidad educativa en la que se pueda encontrar información acerca del TEA en cuanto al diagnóstico e intervención, dando una mayor importancia a las dificultades surgidas al poner en marcha dichos procesos.

PALABRAS CLAVE

TEA, niños, dificultades diagnósticas, dificultades en intervención escolar

Autism Spectrum Disorder: Difficulties in diagnosis and intervention in children from 0 to 6 years old

ABSTRACT

In the present work, a bibliographic review on Autism Spectrum Disorder (ASD) will be developed, with preference for that bibliography comprised in the last 10 years and reviewing different databases. In this work, we will specify what ASD is, what are the characteristics or diagnostic criteria that define it (according to the DSM-V) and its causes of development. In addition, the evaluation/diagnosis process in this disorder will be defined specifying which instruments can be used in this process and what are the difficulties to generate a diagnosis about this disorder at ages between 0 and 6 years old. In the same way, it will be specified which are the efficient methods of school intervention on the ASD and which are the difficulties of intervention with the teachers with the ASD students. Thus, the main

objective of this work is to create a guide for the educational community in which you can find information about ASD in terms of diagnosis and intervention, giving greater importance to the difficulties encountered in implementing these processes.

KEY WORDS

ASD, children, diagnostic difficulties, difficulties in school intervention

ÍNDICE

1. Introducción y justificación	5
2. Desarrollo del trabajo	8
2.1. ¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista (TEA)?	8
2.2. Características del TEA. La escuela como área social en niño TEA.	9
2.3. Causas del TEA. Factores de riesgo y factores de protección.	11
2.4. Evaluación y diagnóstico del TEA.	14
2.5. Dificultades y confusiones sobre el diagnóstico del TEA en niños y niñas de la etapa de Educación Infantil.	20
2.6. Trastornos co-ocurrentes en el TEA. Mayor dificultad para el diagnóstico de los trastornos co-ocurrentes. Trastorno de la Ansiedad.	24
2.7. Intervención escolar del TEA.	26
2.8. Dificultades y confusiones sobre la intervención escolar en niños y niñas con TEA de la etapa de Educación Infantil.	31
3. Conclusiones y valoración personal	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1. Introducción y justificación

La primera infancia es un período de la vida de las personas que comprende desde el momento de la gestación del bebé hasta los 7 años aproximadamente de la vida de las personas (Jaramillo, 2007). Ésta es una etapa de destacable importancia para el desarrollo de las personas, ya que en ésta se establecen las bases del posterior desarrollo en ellas. Es por ello que se ha demostrado que tanto las experiencias positivas como negativas desarrolladas durante esta primera etapa de la vida generan una gran influencia (influencia que puede llegar a permanecer en la persona durante el resto de su vida) en el desarrollo mental de las personas, influyendo a su vez en su desarrollo global (Campos, 2010).

La primera infancia, por lo tanto, supone una etapa en la que las personas vamos adquiriendo las habilidades necesarias para un adecuado desarrollo. Estas habilidades pueden ser aprendidas, estimuladas y perfeccionadas mediante un trabajo sobre ellas gracias a la plasticidad que posee el cerebro de las personas a dichas edades (Campos, 2010). De esta manera, los agentes sociales y educativos de los niños/as de estas edades deben tener en cuenta su gran influencia sobre el desarrollo global de ellos/as y deben proporcionarles, en la mayor medida de lo posible, los mejores programas educativos y estimulantes que les ayuden a prevenir y detectar posibles alteraciones en el desarrollo de los niños/as a edades tempranas (Blanco Guijarro, 2005).

Sin embargo, no en todos los casos, los niños/as desarrollan las habilidades de la misma manera o, incluso, a lo esperado en función de los hitos del desarrollo. En ese momento se habla de alteraciones en el desarrollo de estas personas. Según García Nieto (1995), el proceso de detección o diagnóstico de posibles alteraciones en el desarrollo de los niños en edades tempranas está influenciado por una numerosa cantidad de dificultades como pueden ser:

- La inestable adquisición o aprendizaje por parte de los niños/as de edades tempranas de las diferentes habilidades, capacidades, conductas... necesarias para un correcto desarrollo global. Es decir, los niños/as de edades tempranas pueden adquirir en un determinado momento una habilidad considerada como esperada por los hitos del desarrollo evolutivo. Pero, sin embargo, con el paso del tiempo pueden llegar a mostrar signos de involución sobre la adquisición/aprendizaje de dicha habilidad. A pesar de ello, es muy común en los niños/as de edades tempranas que la mayoría de ellos vuelven a adquirir dicha habilidad y, por tanto, no sería considerada como una alteración en el desarrollo. Por todo ello, es muy difícil en edades tempranas considerar y establecer qué conductas serían consideradas como

alteraciones en el desarrollo y cuáles serían conductas consideradas como típicas o comunes para los niños/as de edades tempranas.

- La desconfianza del niño/a sobre los especialistas que realizan la evaluación, es decir, la falta de conocimiento de los niños/as sobre estas personas puede llegar a generar en ellos una falta de iniciativa para participar activamente en el proceso de evaluación.
- La baja capacidad de atención y concentración sostenida en el tiempo manifestada por los niños/as de edades tempranas durante el proceso de evaluación y diagnóstico. Este hecho puede generar graves errores durante el proceso de evaluación como, por ejemplo: la producción de diagnósticos erróneos o contradictorios.

Estas alteraciones en el desarrollo pueden suponer un grave riesgo para el desarrollo global esperado de los niños/as en función de su edad biológica. Por esta razón, se debe atender e intervenir de manera precoz con los niños/as que presenten alteraciones en el desarrollo con el objetivo de intentar reducir el grado de influencia negativa que estas alteraciones pueden suponer para el desarrollo del niño/a. Esta atención e intervención precoz ha de planificarse y llevarse a cabo por un equipo interdisciplinar y transdisciplinar y se le conoce como Atención Temprana o AT (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana o GAT, 2003). La AT, según el GAT en el Libro Blanco de la Atención Temprana (2003), es:

Conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. (p.12)

La AT ha de contemplar al niño/a en su totalidad y fomentar un adecuado desarrollo global en él/ella. La AT tiene gran relevancia sobre el desarrollo de los niños/as con alteraciones en el desarrollo, debido a que el momento en el que se detecta la alteración y se pone en marcha la intervención a través de la AT puede suponer un factor influyente para la evolución del niño/a, pudiendo llegar a aumentar o disminuir la gravedad de la sintomatología en ellos/as (GAT, 2003).

Las alteraciones o necesidades que pueden desarrollar los niños/as están relacionadas con los denominados como trastornos del desarrollo. Uno de los trastornos más comunes en la infancia y que genera importantes alteraciones en el desarrollo de los niños/as es el

Trastorno del Espectro Autista (TEA). Según, la Confederación Autismo España (2014), el TEA hace referencia a un trastorno del neurodesarrollo que desarrolla dificultades relacionadas con dos áreas principales del desarrollo de las personas: el área de la comunicación e interacción social; y, el área de la flexibilidad del pensamiento y de la conducta.

Este trastorno adquiere gran relevancia en nuestra sociedad actual (hablando sobre la sociedad española en este caso), debido a que ésta posee elevados porcentajes de prevalencia del TEA, llegando a encontrar una media de un 1% de la población española con un diagnóstico de TEA (Morales et al., 2013).

Además, esta prevalencia se ve reflejada en el alumnado de los centros escolares españoles. Según datos del curso escolar 2020-2021 aportados por el Ministerio de Educación y Formación Profesional, el alumnado con TEA en las aulas de los centros educativos españoles ha aumentado un 8% en este último curso escolar (curso 2020-2021) en comparación con los datos obtenidos en el curso anterior. Además, desde el Ministerio de Educación y Formación Profesional también se ha aportado el siguiente dato: el alumnado con TEA supone el 26% del total de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo vinculados a una discapacidad y que se encuentran escolarizados en las aulas de los centros educativos españoles (citado por Confederación Autismo España, 2022).

Por todo ello, es una realidad que existe la necesidad de otorgarle a dicho trastorno la importancia que requiere y así poder seguir profundizando en aquellos ámbitos relacionados con él. Estos ámbitos nos permiten a los docentes y otros especialistas seguir interviniendo y atendiendo escolarmente de manera temprana y de la manera más adecuada posible sobre este alumnado.

Sin embargo, la realidad de los colegios demuestra que esta intervención se ve influenciada negativamente por el desarrollo de diagnósticos confusos del TEA en edades tempranas, perjudicando así la puesta en marcha de una intervención escolar efectiva y de calidad sobre este alumnado. Las dificultades producidas sobre el desarrollo de diagnósticos precoces del TEA son causadas por numerosos factores como pueden ser: la gran heterogeneidad en la sintomatología y las causas de dicho trastorno; el uso de numerosos y diferentes métodos y técnicas de evaluación que generan sesgos en cuanto al género; la coexistencia del TEA con otros trastornos del desarrollo; los errores provenientes del uso de determinados instrumentos de evaluación; etc.

Así mismo, todas estas dificultades presentes en el proceso diagnóstico se verán reflejadas en las dificultades en el proceso de intervención escolar, debido a que la falta de diagnósticos claros sobre niños/as de edades tempranas dificultará la puesta en marcha de métodos y técnicas de intervención adecuadas a sus necesidades educativas, en este caso.

Como consecuencia de la realidad presente en la sociedad española frente al TEA, en el presente trabajo se llevará a cabo una revisión teórica y bibliográfica basada en la recogida de información de diferentes y numerosos artículos que traten el proceso de diagnóstico y la intervención con niños/as con TEA. A parte, se recogerá información sobre las dificultades y confusiones en dichos ámbitos, dificultades con las que se encuentran y deben hacer frente los especialistas (destacando, en este trabajo, la labor de los docentes) en edades tempranas y haciendo hincapié en aquellos niños y niñas de la etapa de Educación Infantil (de 0 a 6 años). De esta manera, se conseguirá crear una guía dirigida a profesionales de la educación, principalmente, que les ayude a conocer y obtener más e importante información sobre el TEA y a ser conscientes realmente de las dificultades a las que debe hacer frente el profesorado en las aulas en relación a este alumnado.

2. Desarrollo del trabajo

2.1. ¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista (TEA)?

El Trastorno del Espectro Autista o TEA es considerado como un conjunto heterogéneo de características propias de aquellas personas que desarrollan: dificultades de la interacción y comunicación social, y, patrones restringidos y repetitivos en el comportamiento. Dicha sintomatología anteriormente expuesta ha de cumplir los siguientes requisitos: estar presente en las primeras fases del desarrollo de la persona; provocar un deterioro significativo en áreas imprescindibles del desarrollo; y, no ha de explicarse por una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo (Martos y Llorente, 2020).

Pero, ¿sabemos por qué es utilizado el término “espectro autista” para hacer referencia a dicho trastorno? El uso de este término se debe a la gran cantidad de diferencias notables en las características y la sintomatología del TEA en su presentación y manifestación en cada persona. Es decir, en el TEA podemos encontrar dos personas cuyas características sean muy diferentes entre sí y que, a simple vista, parezcan pertenecer a diagnósticos diferentes. Sin embargo, no es así porque ambas personas coinciden en el diagnóstico de TEA. Por ejemplo: un niño/a con un cociente intelectual por encima de la media, una adecuada adquisición del lenguaje y dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales y comunicativas con otras personas; y, un niño/a con un cociente

intelectual por debajo de la media y un nulo uso del lenguaje funcional, que dificulta el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales y comunicativas. A pesar, de parecer a simple vista que no comparten características o criterios diagnósticos comunes, sí lo hacen. Dichas características propias del TEA se encuentran enumeradas en el siguiente punto del trabajo.

2.2. Características del TEA. La escuela como área social en niño TEA.

Según la American Psychiatric Association (2013), las principales características o criterios diagnósticos propios del TEA establecidas en el DSM-V son:

- Dificultades permanentes sobre el establecimiento de procesos de comunicación e interacción con otras personas generando: dificultades en la reciprocidad emocional; dificultades en el desarrollo de conductas comunicativas de carácter no verbal; e, incluso, dificultades en la creación, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales.
- Desarrollo de conductas e intereses de carácter restrictivo y repetitivo a través de la expresión de dos o más de los siguientes tipos: realización de movimientos, uso de objetos o producción del habla con un carácter estereotipado o repetitivo; desarrollo de una desmedida monotonía e inflexibilidad en las rutinas o el desarrollo de patrones ritualizados verbales o no verbales; intereses muy restringidos y permanentes con una intensidad excesiva e inhabitual; y/o, hiper- o hiporeactividad e, incluso, interés inhabitual hacia estímulos del entorno de carácter sensorial.

Respecto a las alteraciones presentes en la comunicación e interacción social, éstas pueden llegar a variar desde el desarrollo de determinadas dificultades o anomalías en esta área hasta la ausencia total de interés por su realización.

Por otro lado, la American Psychiatric Association (2013) establece en el DSM-V, a su vez, que dichas características deben:

- Tener su origen al inicio del período de desarrollo de las personas. Sin embargo, éstas pueden no llegar a presentarse hasta que la sociedad no exige al niño/a con TEA más de lo que éste puede aportar socialmente. O, incluso, éstas pueden no llegar a exteriorizarse o manifestarse totalmente como consecuencia de un aprendizaje y adquisición de estrategias de control sobre ellas.

- Producir un deterioro significativo en los siguientes ámbitos del desarrollo de las personas: social, laboral u otras áreas imprescindibles del desarrollo de éstas.
- El deterioro no se debe relacionar exclusivamente a la presencia de una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo. En ocasiones, estas alteraciones del desarrollo se pueden acompañar a la sintomatología TEA en los niños/as, pero para el diagnóstico del TEA han de desarrollarse las anteriormente nombradas deficiencias en la comunicación y el comportamiento.

Como observamos, la American Psychiatric Association (2013) establece en el DSM-V que una de las áreas principales en las que las personas con TEA desarrollan deficiencias es el área social, viéndose afectada así su comunicación y el establecimiento de relaciones sociales efectivas y recíprocas.

Por ello, como futura docente es necesario destacar y tener en cuenta la influencia que la escuela puede ejercer sobre este alumnado. Esta influencia se debe a que la escuela supone un contexto social en el que los niños/as han de convivir diariamente con otros agentes educativos como compañeros/as de clase o profesorado, entre otros. De esta manera, la escuela hace referencia a un contexto social que exige la puesta en marcha por parte de todos los agentes educativos de una serie de normas sociales para su adecuada adaptación, interacción y relación con el resto de agentes.

Relacionando a la escuela como área social con los niños/as con TEA y como ya sabemos, estos niños/as desarrollan dificultades en el área social, siendo ésta una de las áreas más importantes dentro del contexto de la escuela. Como hemos visto en el párrafo anterior, la escuela supone una zona de desarrollo social muy importante, por lo que las dificultades del alumnado con TEA se verán “agrandadas” y mayormente manifestadas en dicho contexto. Por ello, desarrollarán, por ejemplo: grandes e importantes dificultades sobre el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales con los iguales; dificultades sobre la comprensión y la expresión de emociones propias y ajenas que les ayuden a la puesta en marcha de respuestas emocionales adaptadas a cada contexto y cada persona; dificultades en la comprensión y el uso adecuado del lenguaje en cada contexto en concreto; o, la aceptación y el desarrollo de las normas sociales establecidas en dicho contexto.

De esta manera y como consecuencia de todas las dificultades con las que los niños/as con TEA han de hacer frente en el contexto social de la escuela, ésta supone un contexto de riesgo que puede llegar a influir negativamente en el desarrollo del niño/a, si desde éste no se trabaja e interviene de manera adecuada con el niño/a para intentar controlar todas

aquellas dificultades desarrolladas. Sin embargo, éste a su vez también puede suponer un contexto de protección para el desarrollo adecuado del niño/a, siempre y cuando desde dicho contexto se atienda y se intervenga de manera positiva, adecuada y efectiva sobre el niño/a y sus características y necesidades propias, ayudándole a minimizar el impacto de la sintomatología propia del TEA sobre su desarrollo.

Por todo ello, junto con la escuela como contexto social existen una serie de factores de riesgo y de protección que pueden influir en el desarrollo de una mayor o menor gravedad (en función de si la influencia es positiva o negativa) de la sintomatología de los niños/as con TEA.

2.3. Causas del TEA. Factores de riesgo y factores de protección.

En primer lugar, según la Confederación Autismo España (2014) resulta imposible poder concretar cuál es la causa concreta para el desarrollo del TEA en las personas. Sin embargo, se cree que la genética puede estar altamente involucrada en el desarrollo del TEA. De esta manera, el riesgo de desarrollo del TEA en hermanos pequeños aumenta cuando éstos tienen un hermano mayor que ha obtenido un diagnóstico de TEA (Saldaña, 2011).

Por esta razón, los fallos genéticos pueden ser considerados como un factor de riesgo para el desarrollo de dicho trastorno. Estos fallos genéticos pueden ser consecuencia, entre otros factores, del desarrollo de algunas enfermedades en la madre, enfermedades como: la rubeola congénita y la infección por citomegalovirus (Lara Correa et al., 2012). Estos fallos, posteriormente, son los culpables del incorrecto desarrollo y creación de determinadas conexiones y circuitos cerebrales en el bebé, los cuales serán los encargados de progresivamente ir permitiendo el adecuado desarrollo de las habilidades de interacción y comunicación social, principalmente, en él. Es decir, estos fallos genéticos provocan que los cambios estructurales y funcionales en el cerebro del niño/a con TEA propios del primer año de vida se produzcan de diferente manera a los de un niño/a con un desarrollo normotípico. Este desarrollo diferente explicaría una de las principales características del TEA: la incapacidad para desarrollar unas habilidades interpersonales adecuadas a nuestra sociedad (Martos y Llorente, 2020).

Por otro lado, podemos encontrar que existen numerosas variables ambientales que influyen en el nivel de la gravedad de la sintomatología propia del TEA. Estas variables pueden producir o un aumento o una disminución de los efectos y las consecuencias de los fallos genéticos en cada persona (Martos y Llorente, 2020).

Estas variables ambientales, por tanto, pueden hacer referencia tanto a factores de riesgo (factores que pueden aumentar el nivel de la gravedad de la sintomatología) como a factores de protección (factores que pueden disminuir ese nivel de gravedad).

En cuanto a los factores de riesgo, podemos encontrar una larga lista. Entre ellos se pueden encontrar:

- **Algunas alteraciones en el Sistema Nervioso Central** del bebé sobre las estructuras del cerebelo, del tallo cerebral, de los lóbulos frontales y parietales, del hipocampo, de la amígdala o, incluso, algunas alteraciones sobre la densidad de las neuronas de las regiones límbicas (Lara Correa et al., 2012).
- **Algunas condiciones durante el embarazo, parto o nacimiento del bebé** como: edemas en la madre; antecedentes de un aborto espontáneo en la madre; estrés materno; presencia de sangrado vaginal; uso de medicación; ingesta de sustancias tóxicas (como el tabaco o el meconio) durante el embarazo; ingesta muy baja por parte de la figura materna de ácidos grasos omega-6, ácidos grasos omega-3 y del ácido linoleico (Lyll et al., 2013); accidentes; infecciones víricas; posiciones inapropiadas del feto; o, incluso, tamaño pequeño del feto (Lara Correa et al., 2012).

Respecto a la ingesta de ácidos grasos omega-3, los estudios demuestran que una baja ingesta de éstos puede aumentar significativamente el riesgo de desarrollo de trastornos como el TEA. Sin embargo, a su vez, estos mismos estudios demuestran que una ingesta superior de éstos a la considerada como necesaria no generaría una disminución sobre el riesgo de desarrollo del TEA (Lyll et al., 2013).

Otros factores de riesgo podrían hacer referencia a condiciones durante el parto y tras el nacimiento del bebé como, por ejemplo: un parto provocado o apresurado; y, una puntuación inferior a 5 puntos en el test de APGAR (Lara Correa et al., 2012).

- **La edad de los progenitores:** Este factor causa gran controversia entre los especialistas, debido a que algunos autores consideran que una edad avanzada de los padres (destacando la edad avanzada del progenitor masculino) puede suponer un gran riesgo para el desarrollo del TEA en el descendiente, mientras que otros autores descartan dicha hipótesis por completo (Lara Correa et al., 2012).

En relación a ello, el estudio realizado por Reichenberg et al. (2006) remarca que riesgo de desarrollo del TEA en los hijos/as es más probable contra mayor sea la

edad del padre. Sin embargo, éste no encuentra diferencias significativas sobre la influencia de una avanzada edad materna sobre un aumento del riesgo del desarrollo del TEA en sus descendientes.

- **La familia:** Según Mira et al. (2019), la familia puede suponer un factor de riesgo para el desarrollo de una mayor gravedad de la sintomatología del TEA. Es decir, en función de las características familiares, se pueden ver agravados la sintomatología en el niño/a con TEA. Por ejemplo: Contra menor sea el nivel socioeconómico de una familia, menores serán sus posibilidades de acceso a la información e intervención. Este acceso deficiente puede acabar dificultando gravemente la comprensión por parte de los padres de las características propias de su hijo/a e, incluso, la puesta en marcha de una intervención temprana y eficaz. Todos estos factores podrían aumentar considerablemente la gravedad de la sintomatología en el niño/a.

Toda esta incertidumbre en la comprensión e intervención por parte de las familias genera un incremento del estrés en todos sus miembros. Este estrés puede llegar a influir en su estilo de crianza sobre el niño/a y, por tanto, repercutir en el desarrollo de éste. Esta repercusión se debe a que, si no se tienen los conocimientos suficientes para atender adecuadamente al niño/a, no se podrá trabajar adecuadamente con él/ella la adquisición de habilidades necesarias para alcanzar un adecuado desarrollo en general, agravando así la sintomatología expuesta en puntos anteriores (sobre todo, la referida a las conductas, emociones...).

- De la misma manera que la familia, **cualquier contexto/entorno** (por ejemplo: la escuela, los amigos...) con el que el niño/a con TEA tuviese en contacto podría ser considerado factor de riesgo para un aumento en la gravedad de los síntomas en él/ella, siempre y cuando dicho no posea características que le permitan apoyar y aportar la atención que el niño/a requiere para un desarrollo favorable.

Como conclusión, existe gran variabilidad de factores de riesgo para el desarrollo del TEA, variabilidad que se explica por el uso de diferentes métodos y técnicas de investigación, como veremos en los siguientes apartados del trabajo.

Por otro lado, en cuanto a los factores de protección en el desarrollo del TEA, podemos encontrar los siguientes:

- **Dieta de la madre:** Algunos estudios demuestran que un aumento de la ingesta de ácidos grasos omega-6 y de ácidos grasos poli-insaturados por parte de la figura

materna podría reducir significativamente (alrededor de un 40%) el riesgo de desarrollo del TEA en su descendencia (Lyall et al., 2013).

- **La familia:** Al igual que hemos visto, en los factores de riesgo, Mira et al. (2019) destacan que las características propias de la familia pueden suponer un factor de protección. Por ejemplo, el nivel socioeconómico de la familia puede ser un factor de protección si éste hace referencia a un nivel alto, ya que éste genera una mayor capacidad por parte de la familia por acceder a la información e intervención sobre el TEA. Si el acceso a la información e intervención es el adecuado, la familia reducirá su nivel de estrés ante la incertidumbre sobre qué es lo que está ocurriendo y cómo poder actuar, mejorando así su estilo de crianza respecto al niño/a y favoreciendo un adecuado desarrollo general en él/ella.
- Al igual que en los factores de riesgo, podríamos decir que **cualquier contexto/entorno** (por ejemplo: la escuela, los amigos...) con el que el niño/a con TEA tuviese contacto podría ser considerado factor de protección, siempre y cuando éste haga referencia a un contexto que posea características que impliquen un mayor nivel de apoyo y de atención requerido por el niño/a.

2.4. Evaluación y diagnóstico del TEA.

La evaluación es un proceso de recogida de datos e información sobre un ámbito concreto, datos que posteriormente son analizados y discutidos por profesionales del ámbito en concreto para sacar conclusiones sobre él. A través de este proceso se pueden detectar y diagnosticar trastornos del desarrollo en los niños/as, como puede ser el TEA.

Para una adecuada evaluación y diagnóstico del TEA en niños/as desde los 0 hasta los 6 años de edades se pueden utilizar diferentes instrumentos como:

- **Inventario para la Detección y Escolarización de niños y niñas con TEA-2 (IDENTEA-2):** Es un cuestionario que ayuda a detectar un posible desarrollo del TEA en los niños/as desde los 2 años hasta los 6 años y 11 meses. Este cuestionario cuenta con 54 ítems relacionados con la comunicación, el establecimiento de relaciones sociales con otras personas y el comportamiento y conductas de estos niños/as. Estos ítems hacen referencia a características relacionadas con el TEA o el TCS (Trastorno de la Comunicación Social).

De esta manera se evalúan características entorno a tres ejes principales: la comunicación e interacción social; los patrones de conducta repetitivos y estereotipados; y, la totalidad de síntomas de los niños y niñas con TEA.

Este cuestionario siempre ha de ir acompañado del uso de otros instrumentos de evaluación diagnóstica (Barrios Roda et al., s.f.).

- **Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo o ADOS (Lord y Rutter, 1980):** Esta escala hace referencia a un instrumento considerado como el instrumento principal de evaluación observacional y de diagnóstico del TEA. Es un instrumento de carácter estandarizado y semiestructurado y está dirigido a evaluar: la comunicación, la interacción social, el juego o uso simbólico de materiales (como pueden ser: piedras, palos, cajas de cartón, etc.) y el desarrollo de conductas repetitivas y restringidas. Esta escala cuenta con diferentes módulos (1, 2, 3 y 4) y cada cual posee unos pasos de aplicación distintos (Barrios Roda et al., s.f.).
- **Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2 o ADOS-2 (Lord et al.):** Esta escala supone una mejora del anterior instrumento. En ella se añade un nuevo módulo, el módulo T, por lo que su aplicación puede llevarse a cabo en los niños/as a partir de los 12 meses de edad. Al igual que la anterior edición, esta escala posee diferentes módulos y cada uno de ellos está dirigido a un grupo de población concreto.

Por ello, los módulos T, 1 y 2 están diseñados para evaluar a niños/as y a personas adultas cuyo nivel de desarrollo del lenguaje expresivo corresponda con el establecido en estos módulos. Más concretamente el módulo T es más adecuado para niños/as entre los 12 y los 30 meses de edad. El módulo 1, sin embargo, es más recomendable para niños/as a partir de los 31 meses. Y, el módulo 2 está diseñado para niños/as de cualquier edad con dificultades para generar un lenguaje fluido o para niños/as con un lenguaje fluido, pero que tengan una edad inferior a los 3 años.

Así como los módulos 3 y 4 están diseñados para implementarse con personas que hayan desarrollado un lenguaje fluido. Más concretamente, el módulo 3 es más adecuado para niños/as y adolescentes, normalmente, con edades comprendidas entre los 4 y los 16 años. Mientras que, por el contrario, el módulo 4 es más recomendable para personas más mayores de los 16 años.

Además, existe una pequeña diferencia entre el módulo 3 y 4 relacionada con la edad y el método más adecuado en función a ésta. En el módulo 3 (niños/as entre 4 y 16 años) se pone en marcha una evaluación a través del juego interactivo acompañado de la realización de diferentes preguntas. Mientras tanto, el módulo 4 (niños/as mayores de 16 años) solo requiere de la realización de preguntas que permita establecer una conversación entre el evaluador y la persona que está siendo evaluada. (Barrios Roda et al., s.f.).

- **Entrevista para el Diagnóstico del Autismo o ADI (Lord, Rutter y Le Couteur, 1990):** Es un instrumento de evaluación que permite registrar información sobre las conductas del niño/a a través de la realización de una entrevista a la familia acompañada del uso de una escala estructurada con ítems establecidos gracias a los criterios diagnósticos concretados en el CIE-10 y el DSM-III-R. Este instrumento puede aplicarse a aquellas familias cuyo hijo/a tenga una edad igual o superior a los 5 años (Albores-Gallo et al., 2008).
- **Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada o ADI-R (Lord, Rutter y Le Couteur, 1994):** Es un instrumento que nos ayuda a complementar la información para un adecuado diagnóstico del TEA. Este instrumento puede aplicarse a cualquier persona, sin importar su edad biológica, siempre y cuando su edad mental sea superior a los 18 meses (Albores-Gallo et al., 2008) o los 2 años y 0 meses, según Barrios Roda et al. (s.f.).

Hace referencia a una entrevista que evalúa a través de 93 ítems (Rutter et al., 2019) relacionados con los tres principales ejes y síntomas relacionados con el diagnóstico del TEA: lenguaje y comunicación; establecimiento de relaciones sociales o conducta social de carácter recíproco; y, desarrollo de conductas e intereses restringidos, repetitivos o estereotipados (Barrios Roda et al., s.f.). Esta entrevista supone una revisión y mejora de la anterior, ya que aquella era demasiado larga. Así, la nueva edición supone un acortamiento de la otra para una mejora en la administración de ésta (Albores-Gallo et al., 2008).

- **Inventario de Desarrollo Battelle (Newborg, Stock y Wnek, 1984):** Éste es un instrumento de evaluación que ayuda a evaluar las habilidades y capacidades en el desarrollo completo de los niños/as desde su nacimiento hasta los 8 años de edad. Las habilidades y capacidades evaluadas hacen referencia a aquellas localizadas en

las siguientes áreas: personal/social; adaptativa; motora: comunicativa; y, cognitiva.

A pesar de ser un instrumento de evaluación que nos ayuda a detectar posibles alteraciones del desarrollo general en los niños/as, algunos estudios (Sanz López et al., 2007) han demostrado que podría ser de gran utilidad para el diagnóstico del TEA en niños/as hasta los 8 años de edad. Esto se debe a que dicho inventario evalúa capacidades de áreas que se ven afectadas en aquellos niños/as con TEA (por ejemplo: el área personal/social y la comunicativa).

- **Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños o Checklist for Autism in Toddlers (CHAT):** Es un instrumento de evaluación utilizado por los médicos en la Atención Primaria para la realización de una evaluación de bebés sanos a los 18 meses de edad que consta de una evaluación realizada gracias a una entrevista a la familia y una evaluación por parte del observador (Albores-Gallo et al., 2008). Este instrumento permite detectar los casos de bebés con riesgo de desarrollar TEA. En caso de que un niño/a sea detectado con riesgo de desarrollo del TEA gracias a este instrumento, posteriormente, será derivado a servicios de salud más específicos que permitan la realización de una evaluación/diagnóstico más profunda y especializada en relación a dicho trastorno.

Sin embargo, los estudios realizados sobre este instrumento remarcan que solo es un instrumento de gran utilidad para la detección temprana de niños/as con rasgos o características propias del TEA con alto nivel de gravedad. Por ello, aquellos casos de niños/as con rasgos más leves pasan desapercibidos ante este instrumento (Caretta Giangaspro y Alcamí Pertejo, 2007). De esta manera, autores como Kope et al. (2001) advierten que es preferible que dicho instrumento sea utilizado simplemente como método de alerta ante un posible desarrollo del TEA, pero no como un método de diagnóstico concreto del TEA.

- **Checklist for Autism in Toddlers Modificada (M-CHAT):** Éste supone una mejora del anterior instrumento con el objetivo de solventar algunos de sus puntos débiles. De esta manera, éste hace referencia a un instrumento de evaluación dirigido únicamente a la realización de una entrevista a la familia.

En este instrumento se aumenta los ítems de evaluación de 9 a 23, hecho que ayuda a solventar el punto débil de la anterior versión correspondiente a la

invisibilidad/camuflaje de los casos de niños/as con TEA más leves (Albores-Gallo et al., 2008).

Sin embargo, autores como Caretti Giangaspro y Alcamí Pertejo (2007) destacan que este instrumento genera grandes dificultades para un diagnóstico exacto sobre el TEA, debido a que a través de éste no se puede diferenciar el desarrollo del TEA de otros retrasos del desarrollo no correspondientes al TEA en los niños/as. Y Albores-Gallo et al. (2008) destacan otro punto débil de este instrumento: éste no contempla una parte dirigida a la evaluación realizada por el observador.

- **Prueba de Detección de Trastornos Generalizados del desarrollo o Pervasive Developmental Disorders Screening Test-Stage 1 (PDDST-1):** Éste es un instrumento que hace referencia a un cuestionario que ayuda a detectar casos posibles de TEA en niños/as entre los 18 meses y los 3 años de edad, para posteriormente ser derivados a una evaluación y diagnóstico más profundos y especializados del TEA. Tiene una efectividad del 87%, aunque también posee un alto porcentaje de falsos diagnósticos (Kope et al., 2001).
- **Test Infantil del Síndrome de Asperger o CAST (Scott et al., 2009 y Baron-Cohen, 2009):** Es un instrumento de evaluación que permite a la familia detectar si existe riesgo de desarrollo de TEA en sus hijos/as. Este instrumento evalúa las principales áreas afectadas por el TEA como: la socialización, la comunicación, el juego y los intereses y conductas repetitivas y restringidas. Éste es un instrumento que puede ser aplicable en niños/as desde los 4 hasta los 11 años de edad (Equipo Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo de la Región de Murcia, 2022).
- **Escala de Evaluación del Autismo Infantil o CARS (Reichler y Schopler):** Es un instrumento que nos permite evaluar al niño/a en diferentes contextos (colegio, casa, hospital...) y que debe aplicarse preferiblemente en niños/as a partir de los 24 meses de edad (Equipo Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo de la Región de Murcia, 2022). Además, este instrumento permite a los evaluadores diferenciar entre los diferentes niveles de autismo (leve, moderado y grave) y/o la ausencia de éste.

A pesar de su gran utilidad, es un instrumento que desarrolla algunos inconvenientes en su aplicación como puede ser: ofrecer un diagnóstico de autismo a niños/as de 2 años que han desarrollado un retraso mental; o, ser más adecuado

para la detección en niños/as con un bajo rendimiento cognitivo (Dalmaschio Biasutti de Oliveira, 2016). Sin embargo, los inconvenientes de este instrumento no influyen en la utilidad que se le da en nuestra sociedad, ya que éste sigue siendo el instrumento de evaluación más utilizado para el diagnóstico del TEA (Albores-Gallo et al., 2008).

- **Gillyam Autism Rating Scale (Gilliam):** Éste es un instrumento que nos permite evaluar y diagnosticar el autismo mediante su aplicación en las personas desde los 3 años hasta los 22 años de edad (Equipo Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo de la Región de Murcia, 2022).
- **Cuestionario de Comunicación Social o SCQ (Rutter et al., 2019):** Este instrumento nos ayuda a valorar de manera orientativa las habilidades y capacidades de los niños/as en el área de la comunicación y su funcionamiento social. Este instrumento se creó con la finalidad de servir de cribado y de acompañar al ADI-R (Rutter et al., 2019).

Esta valoración nos aporta información sobre la gravedad de los síntomas y nos guía para la decisión sobre una posible derivación para un diagnóstico más profundo y especializado del TEA. Este instrumento se ha de aplicar únicamente en aquellos niños/as con una edad biológica superior a 4 años, siempre y cuando tengan una edad mental superior a los 2 años (Equipo Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo de la Región de Murcia, 2022; y, Rutter et al., 2019). A pesar de ello, existen investigaciones que establecen que dicho instrumento puede aplicarse en niños/as a partir de los 2 años, aunque con precaución.

Además, la información recogida a través de él se realiza gracias a la cumplimentación del cuestionario por parte de la familia o cuidadores de los niños/as (Rutter et al., 2019).

A pesar de encontrarnos con una gran cantidad de instrumentos de evaluación y pruebas diagnósticos para el diagnóstico del TEA en niños/as entre los 0 y los 6 años, este proceso se ve influenciado negativamente por una gran serie de dificultades. Estas dificultades generan fuertes e importantes obstáculos para la realización de diagnósticos precoces y precisos del TEA en estas edades, impidiendo a su vez la puesta en marcha de una atención e intervención temprana y eficaz sobre ellos/as.

2.5. Dificultades y confusiones sobre el diagnóstico del TEA en niños y niñas de la etapa de Educación Infantil.

Como ya hemos visto, es una realidad que existe una gran dificultad sobre el proceso de evaluación y diagnóstico del TEA en aquellos niños/as correspondientes a la etapa de Educación Infantil, es decir, en niños/as con edades comprendidas entre los 0 y 6 años. Estas dificultades impiden un adecuado y temprano diagnóstico del trastorno, hecho que repercute en una inadecuada e insuficiente atención e intervención por parte de los especialistas.

Esta inadecuada e insuficiente atención acaba influyendo negativamente en el desarrollo del niño/a con TEA, debido a que éste no recibe y trabaja sobre las herramientas adecuadas para un desarrollo óptimo dentro de sus posibilidades.

En relación las dificultades para un diagnóstico temprano del TEA, existen diferentes y diversos factores que pueden influir en dicho proceso, entre los cuales podemos encontrar:

- La coexistencia del TEA con otros trastornos del desarrollo como: el retraso mental; el trastorno de déficit de atención e hiperactividad; trastornos por tics, etc. Esta coexistencia dificulta el diagnóstico del TEA, debido a que no existen unos ítems claros que nos ayuden a diferenciar determinados rasgos propios de estos trastornos con los rasgos propios del autismo en edades tempranas. Esta confusión entre la sintomatología de un trastorno con la del otro se debe a que existe determinada sintomatología que se desarrolla igual en ambos. Por ejemplo: la presencia de movimientos estereotipados tanto en la discapacidad intelectual como en el autismo o la presencia de sintomatología obsesiva tanto en el trastorno obsesivo-compulsivo como en el TEA (Albores-Gallo et al., 2008).
- La no existencia de características biológicas, visibles y perceptibles que favorezcan la producción de un diagnóstico precoz e indiscutible del TEA (Saldaña, 2011).
- Como consecuencia del anterior factor se genera una imprecisión en el establecimiento claro de la sintomatología en determinadas edades, sobre todo en edades tempranas (antes de los 3/4 años). Respecto a ello, Albores-Gallo et al. (2008) recalcan que todos los manuales y clasificaciones en las que encontramos descrita la sintomatología del TEA desarrollan y especifican únicamente que la sintomatología propia del TEA es visible a partir de los 4 y 5 años de edad. Esta realidad se debe a que los signos visibles y evidentes en niños/as con TEA y una edad inferior a los 3 años son muy similares a los signos propios de una gran

cantidad de trastornos del desarrollo (Saldaña, 2011). Este hecho genera, por tanto, una incertidumbre y confusión en los especialistas respecto al adecuado y temprano diagnóstico del TEA en niños/as con edades anteriores a los 4/5 años, provocando un retraso en el diagnóstico de este trastorno y de la puesta en marcha de una intervención y atención temprana sobre ellos/as y sus entornos próximos del desarrollo.

- La gran heterogeneidad en cuanto a la sintomatología del TEA, pudiendo encontrar dos grandes tipos muy diferenciados del TEA. Sin embargo, podemos encontrar infinitos tipos, ya que como hemos recalcado este trastorno hace referencia a un espectro y, por tanto, ningún niño/a dentro de él va a desarrollar unas características completamente idénticas a otro niño/a con el mismo diagnóstico.

Respecto a los dos tipos de TEA más diferenciados entre sí encontramos: en primer lugar, un autismo acompañado de una discapacidad intelectual, ausencia de uso del lenguaje y escaso rendimiento; y, en segundo lugar, un autismo caracterizado por un nivel intelectual y un uso del lenguaje que se encuentran dentro de la “normalidad clínica” y un mejor control de las situaciones sociales vividas en su día a día influyendo positivamente en su desarrollo psicológico (Albores-Gallo et al., 2008). La mayor diferencia que encontramos entre ambos es la referida al criterio diagnóstico de dificultades en el área de la comunicación y el lenguaje social. Sin embargo, un niño/a lo manifiesta mediante dificultades en el correcto uso social, mientras que el otro lo manifiesta por un retraso grave en la adquisición del lenguaje que le impide usarlo en cualquier ámbito (Adrián Serrano y Bausá Vilallave, 1997).

Por todo ello, algunos autores como Adrián Serrano y Bausa Vilallave (1997) destacan que no existe una concepción concreta que defina al autismo y sus características, pudiendo éstas variar desde el blanco hasta el negro en diferentes niños/as. Así pues, es complicado para los especialistas en la evaluación de dicho trastorno concretar en muchas ocasiones si el cuadro clínico que muestra un niño/a se trata de TEA o no.

- Según, Saldaña (2011), los instrumentos utilizados pueden influir en la calidad de la información recogida. En un primer lugar, destaca el ejemplo del uso de entrevistas a los familiares durante el proceso de valoración del niño con TEA. En relación a ello, la información aportada en las entrevistas por parte de las familias

puede contener pequeños errores debido a que se aporta información que no supone la realidad completa del caso, ya que en muchas ocasiones las valoraciones por parte de la familia se producen con poca objetividad por su parte. Esta falta de objetividad en la observación y evaluación de la familia se puede deber a: la necesidad indirecta de ésta por favorecer el desarrollo en el niño/as de determinadas conductas, lo que les conduce a realizar acciones que resuelvan su incapacidad por realizarlas; o, incluso, la dificultad por recordar conductas realizadas por el niño/a tiempo atrás omitiendo o añadiendo conductas realizadas por el niño/a y que pueden estar relacionadas con el diagnóstico.

En un segundo lugar, Saldaña (2011) destaca también que el uso de grabaciones audiovisuales (instrumento que se empezó a utilizar en la época de los 80 para generar diagnósticos) por parte de las familias sobre las conductas del niño/a para el diagnóstico del TEA contiene algunos aspectos que dificultan dicho proceso. Esta dificultad hace referencia a la elección indirecta por parte de las familias de los momentos del desarrollo del niño/a en los que se produce la grabación. De esta manera, las familias no graban sistemáticamente al niño/a, sino que lo hacen de manera natural e inintencionada, pudiendo llegar a grabar momentos del desarrollo muy diferenciados entre sí y que, por lo tanto, no aportan la información suficiente para un adecuado y temprano establecimiento del diagnóstico del TEA, en este caso.

- Como se ha remarcado en el punto 2.3. del trabajo, aún no existen estudios que confirmen al 100% cuál es la causa o las causas del desarrollo del TEA. Este hecho, por lo tanto, dificultará la comprensión del origen de dicho trastorno por parte de los expertos y, por tanto, impedirá un temprano y adecuado diagnóstico de éste.

Incluso, en la mayoría de las ocasiones los métodos de evaluación utilizados generan que muchas investigaciones y diagnósticos sobre el TEA estén marcados por numerosos sesgos respecto al género. Por ello, una gran cantidad de investigaciones destacan que es mayor la prevalencia del TEA en varones que en mujeres, presentándose casi cuatro veces más en ellos que en ellas. Sin embargo, esta mayor prevalencia podría no ser tan realista como en un primer momento puede parecernos (Confederación Autismo España, 2014).

Es una realidad, como destaca Arky (2022), que los instrumentos de evaluación utilizados para el diagnóstico del TEA en las personas están pensados para generar un diagnóstico común del TEA, diagnóstico más relacionado con un “modelo masculino de manifestación del TEA”, modelo asociado a las características establecidas en los manuales

del desarrollo. Sin embargo, “modelo femenino de manifestación del TEA” hace referencia a un modelo del TEA se presenta de una manera más “relajada” y/o menos “grave” y en el que se desarrollan comportamientos repetitivos y restringidos con menor frecuencia.

Autores como Montagut Asunción et al. (2018) también destacan la diferencia en cuanto a “gravedad” en la sintomatología del TEA entre mujeres y hombres, siendo las primeras quienes muestran un mejor nivel de adaptación, conductas e intereses restringidos más funcionales frente a la sociedad actual e, incluso, habilidades sociales y competencias propias a su edad. E, incluso, la sintomatología del TEA en mujeres con una capacidad cognitiva limitada podría camuflarse dentro de otras patologías y, por tanto, obtener un diagnóstico erróneo.

Por todo ello, los instrumentos de evaluación son menos sensibles ante el “modelo femenino” en edades tempranas y resulta más complicado producir diagnósticos tempranos de TEA en mujeres que en hombres. El diagnóstico del TEA en mujeres suele producirse en edades avanzadas, edades en las que las demandas sociales desbordan sus capacidades y éstas ya no pueden “camuflar” dicha sintomatología propia del TEA (Montagut Asunción et al., 2018).

A pesar de los sesgos producidos en los procesos de evaluación no se encuentran datos concluyentes sobre la diferencia del porcentaje de diagnósticos producidos en varones y mujeres. Sin embargo, se pueden algunos estudios realizados, como el estudio realizado en niños de 8 años por Centers for Disease Control and Prevention (2012), que remarcan que la prevalencia de TEA sobre la sociedad actual en los varones se estimaría entorno al 1,84 %, mientras que en las mujeres estaría alrededor del 0,4% y del 0,46%. Dicho estudio, por tanto, puede ayudarnos a generar una idea sobre la prevalencia del TEA en relación al género de las personas.

Por dichas razones, muchas niñas con TEA no llegan a ser diagnosticadas como tal y, por tanto, no reciben una intervención adecuada a sus necesidades sobre todos niveles y contextos (familiar, escolar, personal...). En muchas ocasiones, las mujeres con TEA son diagnosticadas de otro trastorno con características similares que les impide a ellas y a su entorno comprender realmente qué les ocurre y por qué están sintiendo lo que están sintiendo, generando habitualmente en ellas depresiones, ansiedad, pérdida de autoestima (Arky, 2022) e, incluso, mayores niveles de estrés, como consecuencia de unos mayores niveles de exigencia y demandas sociales (Montagut Asunción et al., 2018).

A pesar de todos los anteriores factores nombrados que pueden influir negativamente en el diagnóstico de TEA en edades tempranas, algunos estudios como el realizado por el

doctor Ortug (citado por Alimente, 2022) están encontrando una luz frente a tantas dificultades. De esta manera, cabe destacar que el estudio del doctor Ortug ha encontrado diferencias significativas que se encuentran ya presentes, durante el período de gestación, en la estructura del cerebro entre los niños/as que posteriormente fueron diagnosticados de TEA y aquellos/as que no.

Por la tanto, gracias al estudio realizado por el doctor Ortug (citado por Alimente, 2022) las principales diferencias, encontradas en los niños/as posteriormente diagnosticados con TEA frente a los que no fueron diagnosticado, hacen referencia a:

- Un volumen significativamente superior del lóbulo insular del cerebro. Esta región cerebral está vinculada a la conciencia perceptiva, el comportamiento social y la toma de decisiones en las personas.
- Un volumen superior de la amígdala.
- Un volumen superior de la comisura del hipocampo.

Estas diferencias en la estructura del cerebro de los niños/as ya presentes durante el período de gestación podrían ayudar a detectar y diagnosticar de manera más temprana el desarrollo del TEA en los niños/as en edades tempranas. Así mismo se conseguiría favorecer la puesta en marcha de un tratamiento e intervención más temprano, eficaz y positivo sobre ellos/as.

Por todo ello, se podría empezar a disminuir la dificultad para llevar a cabo un diagnóstico temprano y una intervención más adaptada a las necesidades de los niños/as con TEA, favoreciendo así un mejor desarrollo de sus capacidades, habilidades, etc.

2.6. Trastornos co-ocurrentes en el TEA. Mayor dificultad para el diagnóstico de los trastornos co-ocurrentes. Trastorno de la Ansiedad.

Siendo conocedores de las grandes dificultades presentes en el diagnóstico adecuado del TEA en edades tempranas (de 0 a 6 años), una de las nombradas anteriormente fue la dificultad del diagnóstico del TEA cuando existe co-ocurrencia con otros trastornos. Sin embargo, cabe destacar también que existe una mayor dificultad para la detección y el diagnóstico de estos otros trastornos cuando existe una co-ocurrencia con el TEA, como puede ser una mayor dificultad para el diagnóstico del Trastorno de la Ansiedad en co-ocurrencia con el TEA.

En cuanto al Trastorno de la Ansiedad en niños/as con TEA, hasta la década de los 90, los profesionales se encontraban frente a un “ensombrecimiento diagnóstico” del Trastorno

de la Ansiedad en el TEA, como destaca (Beneytez Barroso, 2019). Dicho término hace referencia a la dificultad para el diagnóstico de la ansiedad en personas con TEA, dificultad debida a que la propia sintomatología TEA posee unos rasgos más vulnerables al estrés. Este hecho hizo pensar a los especialistas durante muchos años que no existía un trastorno adicional o co-ocurrente, sino que esas características ansiosas era algo propio de las personas con TEA.

Como consecuencia de este “ensombrecimiento diagnóstico” la detección de la ansiedad en las personas con TEA resultaba muy complicada, impidiendo en muchas ocasiones realizar un adecuado diagnóstico y, por tanto, un adecuado tratamiento o intervención sobre ésta.

A parte del “ensombrecimiento diagnóstico” nos hemos ido encontrando durante muchos años con unos diagnósticos muy diferenciados debido a la gran cantidad de métodos de evaluación utilizados para el diagnóstico de la ansiedad en personas con TEA.

Por otro lado, este tema cobra también importancia en el momento en el que se encuentra que un 39,6% de la población con TEA menor de 18 años desarrollará a lo largo de toda su vida algún tipo de Trastorno de la Ansiedad. Entre los tipos de trastornos de la ansiedad con mayor prevalencia en niños con TEA se encuentran: la Fobia Específica, con un 29,8%; el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, con un 17%; la Ansiedad Social y la Agorafobia, con un 17%; la Ansiedad Generalizada, con un 15%; la Ansiedad por Separación, con un 9%; y, los Trastornos de Pánico, con un 2%, según Van Steensel, Bögels & Perrin (como se cita en Beneytez Barroso, 2019).

En cuanto a las posibles causas del desarrollo de la ansiedad en niños/as con TEA, podríamos encontrar que éstas pueden estar relacionadas con algunos de los principales síntomas del TEA, como, por ejemplo: deterioro de sus habilidades en la comunicación verbal y no verbal, perjudicándole en su proceso de interacción social con el resto de la población; inflexibilidad ante posibles cambios en sus rutinas; el desarrollo de intereses obsesivos; hipersensibilidad a ruidos, situaciones... “cotidianas”; etc.

Toda esta sintomatología presente en los niños/as con TEA puede generar en muchas ocasiones posibles situaciones de estrés, ansiedad..., causadas a su vez por la presencia de diversas alteraciones cognitivas en él/ella, alteraciones como: alteración en el reconocimiento de emociones propias y ajenas; o, alteración ejecutiva o dificultad para planificar, elegir, diseñar, mantener... la información, entre otras (Paula-Pérez, 2013).

Por lo tanto, como explica Paula-Pérez (2015) en su libro “La ansiedad en el autismo”, una de las causas de la ansiedad podría estar estrechamente relacionada con las posibles

situaciones de bullying sufridas en estos niños/as por parte de sus compañeros de clase, debido a la poca comprensión de las personas por algunas actitudes o comportamientos de las personas con TEA con ellos.

Por otro lado, también es conocido por todos que la escuela es un lugar propicio para el aprendizaje y la adquisición de diferentes conocimientos. Sin embargo, a su vez, también supone un entorno favorable para el desarrollo y el establecimiento de relaciones sociales entre el alumnado e iguales (por ejemplo, los compañeros de clase, de colegio...) o entre el alumnado y personas mayores a ellos (el profesorado, por ejemplo). Es por ello que, teniendo en cuenta las dificultades en el desarrollo social características del TEA, la escuela puede suponer un contexto más ansiógeno para una persona con TEA que para una persona con un desarrollo normotípico, pudiendo aumentar la probabilidad de desarrollo de algún tipo de trastorno de ansiedad en ella.

Por esta razón, es muy importante que el profesorado y especialistas de la educación sepan reconocer las posibles situaciones ansiógenas en la escuela para el alumnado con TEA y sus causas y cómo poder actuar para favorecer la reducción de ésta, favoreciendo así un mejor desarrollo de este alumnado en la escuela.

Como ya se ha nombrado anteriormente, el “ensombrecimiento diagnóstico” y las múltiples y diversas técnicas y métodos de evaluación se han convertido en una barrera para un adecuado diagnóstico, lo que a su vez ha dificultado una adecuada intervención. En cuanto a ello, la intervención, como bien explica (Paula-Pérez, 2015), ha de estar dirigida a trabajar la educación emocional (el reconocimiento, la autorregulación...) en los niños/as con TEA, para ayudarles a mejorar su capacidad para reconocer, manejar y controlar las emociones propias en los momentos de máxima “explosión” de éstas, como podrían ser, en este caso, las crisis de ansiedad.

2.7. Intervención escolar del TEA.

Para llevar a cabo una intervención escolar del alumnado con TEA en las aulas de los centros educativos es muy importante que ésta se produzca bajo la ideología de una inclusión educativa.

La inclusión educativa hace referencia a un proceso que persigue el objetivo de proporcionar el derecho de todas las personas por acceder a la educación. Sin embargo, no sirve una educación simple y cualquiera, sino que es necesaria una educación de calidad y con igualdad de oportunidades. Este proceso nos ayudará a largo plazo a eliminar todos los procesos de discriminación y/o exclusión, eliminando las barreras existentes respecto al

acceso, la participación y el aprendizaje en el sistema educativo. Así, entre todos seremos capaces de crear una sociedad más justa, más democrática y más solidaria con todo el mundo (Echeita Sarrionandia y Duk Homad, 2008).

Por ello, la inclusión educativa nos permite trabajar y proporcionar una educación de calidad a todo el alumnado, teniendo en cuenta sus características y necesidades particulares, favoreciendo el aprendizaje y el desarrollo adecuado de todo el alumnado.

Respecto al alumnado con TEA y su intervención, es necesario tener en cuenta la importancia que tiene la realización de un diagnóstico precoz y la puesta en marcha de una intervención temprana antes de que el niño/a acuda a un centro educativo. Gracias a esta intervención se favorecerá la adquisición de capacidades y habilidades que le permitan desarrollar un rendimiento escolar de calidad (Valdez-Maguiña y Cartolin-Príncipe, 2019).

En el momento, en el que alumnado con TEA es escolarizado en los centros educativos, es necesario conocer y poner en marcha los métodos o técnicas que pueden favorecer al desarrollo de una intervención escolar y un adecuado desarrollo del niño/a. Estos métodos han de: ser creados bajo una fuerte estructuración; estar basados en las ideologías de los procesos de modificación de la conducta; ser adaptativos a las necesidades de los niños/as y su evolución con el paso del tiempo; permitir la implicación de los contextos y entornos cercanos de la persona como la familia y la comunidad; e, implementarse de manera precoz e intensiva. Algunos de estos métodos o técnicas pueden ser:

- **Método TEACCH:** Según Tortosa Nicolás (2004) y Miguel Corriea (2013), esta metodología tiene como principal objetivo trabajar y fomentar el trabajo autónomo por parte del estudiante con TEA, favoreciendo a su vez un mejor y más efectivo desarrollo del niño en ámbitos como la casa, la escuela o la sociedad. A través de este método se consigue trabajar y controlar el impacto de las características y conductas autistas sobre el niño/a y sus entornos.

Este método se basa en los siguientes principios:

1. Adaptación óptima.
2. Colaboración entre padres y profesionales.
3. Intervención eficaz.
4. Énfasis en la teoría cognitiva y conductual.
5. Enseñanza estructurada con medios audiovisuales.
6. Entrenamiento multidisciplinario en el modelo generalista.

A través de la estructuración y secuenciación clara de los procesos de enseñanza permitimos que el alumnado pueda anticipar y comprender qué va a ocurrir y así

reducir sus niveles de estrés y ansiedad y, por tanto, reducir la probabilidad de producción de conductas inapropiadas socialmente. Para ello, es recomendable utilizar elementos como: ayudas visuales (como el uso de colores), agendas u horarios personales, rutinas, etc., elementos que faciliten la organización y anticipación de las tareas.

También, concretan que dicho método establece, a su vez, que el proceso de enseñanza-aprendizaje debe regirse por las siguientes ideas:

1. Procesos de enseñanza-aprendizaje (EA) 1 a 1, es decir, procesos de EA individuales, que permitan adaptar el proceso y utilizar diferentes técnicas o estrategias en función de los puntos débiles y fuertes manifestados por el niño/a y evaluados por el docente.
2. Tener presente cuál es la posición del docente en los momentos en los que se llevan a cabo procesos de EA, ya que una posición u otra favorecerá un tipo de aprendizaje u otro. Por ejemplo: la posición cara a cara favorece la comunicación entre el docente y el alumno/a y la evaluación o realización de actividades sociales. Mientras que, la posición uno al lado del otro permite favorecer el nivel de concentración y atención para la realización de las instrucciones o sobre los materiales que se están utilizando.

Del mismo modo que el método TEACCH, existen otros proyectos cuyo objetivo principal es favorecer la organización del espacio y tiempo que rodean al alumno/a para favorecer su comprensión y mejor desarrollo sobre el entorno, teniendo en cuenta áreas como la autonomía, la comunicación... Un ejemplo de éstos es el Proyecto PEANA o Proyecto de Estructuración Ambiental en el aula de niños/as con Autismo, proyecto creado por Tamarit, De Dios, Domínguez y Escribano en 1990 (como se cita en Tortosa Nicolás, 2004).

- **Sistemas Aumentativos o Alternativos de Comunicación o SAAC:** Según el Portal Aragonés de Comunicación Aumentativa y Alternativa o ARASAAC (2022) los SAAC son métodos de comunicación que ayudan a aumentar el nivel de expresión del lenguaje (en el caso de los aumentativos) y/o compensar las dificultades sobre el lenguaje (en el caso de los alternativos). Para ello, se utilizan recursos vinculados al uso de símbolos (como, los pictogramas) o al uso de gestos (como la mímica o signos manuales).

Estos recursos se adaptan a las necesidades y características personales de cada persona y suponen una fuente de motivación para la iniciación o el desarrollo del

proceso de expresión de ideas, sentimientos..., acciones que favorezcan la puesta en marcha de relaciones sociales de calidad en estas personas y, por tanto, reduciendo el aislamiento social y los niveles de estrés, ansiedad, depresión... (Sorio Martín, 2017).

Los pictogramas son instrumentos visuales que ayudan a las personas con dificultades en el área de lenguaje y comunicación social a manifestar sus pensamientos, ideas, sentimientos... al resto de la sociedad. Normalmente, estos se utilizan con personas que no están alfabetizadas como consecuencia de la edad o de una discapacidad (ARASAAC, 2022).

En relación a los pictogramas, encontramos sistemas como el PECS (Picture Exchange Children System). Según Tortosa Nicolás (2004), este sistema tiene como objetivo ayudar a las personas con dificultades en el lenguaje (personas con TEA u con cualquier otro trastorno del desarrollo y/o personas con dificultades en el lenguaje) a comunicar aquello que quiera a través de la entrega de la tarjeta con el dibujo del objeto que quiere a otra persona para que a cambio ésta le dé dicho objeto. Además, dicho autor también remarca la importancia de que dicho sistema ha de estar adaptado al nivel desarrollo de cada alumno/a y, si es utilizado en las aulas, debe crearse un rincón en el que el alumnado pueda almacenar todas las tarjetas y que éstas estén a su disposición siempre.

Y respecto al uso de gestos, símbolos, signos... es denominado como lenguaje signado o bimodal (ARASAAC, 2022). Respecto a este tipo de lenguaje, Tortosa Nicolás (2004) destaca el “Programa de Comunicación Total-Habla Signada” de Benson Schaeffer. Este programa tiene como objetivo fomentar la aparición, el desarrollo y la adquisición del lenguaje oral en aquellos niños/as que muestren graves dificultades en él, primando la aparición de un lenguaje funcional de “habla signada” que permita a los niños/as comunicar sus deseos a otras personas, normalmente adultos. Para ello, se combinan la producción del lenguaje hablado y la producción de signos.

- Programas informáticos o TICS: Según Tortosa Nicolás (2004) las TICS suponen un medio o recurso muy motivador para el aprendizaje general de los niños/as en general y, por tanto, también, para el desarrollo y aprendizaje de los niños/as con TEA. Por lo tanto, las TICS y los programas informáticos suponen para los niños/as con TEA:

1. Medio de fácil control, ya que pueden anticipar qué es lo que va a ocurrir, favoreciendo a su vez la autonomía en ellos/as.
2. Aportan una estimulación multisensorial realmente atractiva, lo que les conduce a participar de forma activa sobre él y producir aprendizajes significativos.
3. Recurso que aporta alto nivel de motivación, favorece la atención y disminuye los niveles de ansiedad y estrés ante la producción de errores.
4. Respetan el ritmo de aprendizaje de cada uno y se adaptan a éste.
5. Supone un medio que favorece el establecimiento de relaciones sociales en el momento en el que la actividad a realizar implica la participación de más de una persona.
6. Incluso, en algunas ocasiones, las TICS nos pueden servir como SAAC ya que permiten la producción oral de palabras o ideas que la persona con dificultades en el lenguaje ha marcado con anterioridad, favoreciendo el proceso de comunicación con otras personas (Sorío Martín, 2017).

Sin embargo, como destaca Tortosa Nicolás (2004) para un adecuado uso de las TICS en el aula es necesario producir aprendizajes planificados curricularmente en torno a dichas herramientas, favoreciendo así aprendizajes que tengan en cuenta las necesidades del alumnado y que ayuden en el desarrollo positivo de éstas.

- **El aprendizaje a través de entorno naturales:** Según López Gómez et al. (2008), a través del uso de entorno naturales en el proceso de aprendizaje del alumnado con TEA se consigue minimizar una de las principales dificultades mostradas por este alumnado: generalizar los aprendizajes producidos a todas las situaciones posibles. Es decir, estos niños/as son capaces de aprender cualquier conducta, habilidad, etc. en una situación concreta, pero desarrollan dificultades sobre la capacidad de generar y generalizar dicho aprendizaje sobre otras situaciones diferentes. Por ello, el uso de entornos/situaciones naturales y próximas al alumno/a le permiten generar aprendizajes más significativos y así reducir en la medida lo posible el impacto de dichas dificultades.

En resumen, según Tortosa Nicolás (2004) algunas de las recomendaciones que ha de seguir un/a docente al llevar a cabo los procesos de EA con este alumnado y que pueden favorecer una educación de mayor calidad en los niños/as con TEA son:

- Procesos de EA que no atiendan exclusivamente a los errores producidos, generando procesos de EA en los que la posibilidad de producirlos sea lo más mínima posible. De esta manera se conseguirá reducir los niveles de estrés o ansiedad y favorecer un aprendizaje más significativo en el alumnado.
- Procesos de EA vinculados al aprendizaje mediante la producción de estimulación sensorial de diferentes objetos.
- Procesos de EA vinculados al juego en todos sus niveles (conducta sensoriomotriz repetitiva y exploradora, juego simbólico...), ya que esta metodología considera que “el trabajo es un juego y jugar es un trabajo”.
- La creación de un ambiente en el aula estructurado, basado en el método TEACCH como ya hemos visto anteriormente.
- Propiciar respuestas hacia las conductas comunicativas verbales o gestuales producidas por el niño/a, aunque éstas no sean de carácter intencional.
- Apoyarnos en lo visual, debido a su alta capacidad de atracción sobre los niños/as con TEA.
- Trabajar, a través de la Intervención Comunicativa y el Apoyo Conductual Positivo, las conductas problemáticas realizadas con el niño/a. Para ello, hemos de analizar la conducta: saber por qué se origina y cuáles son sus consecuencias tras la realización. En muchas ocasiones, dichas conductas esconden un mensaje y debemos ser capaces de averiguar cuál es. Tras haberlo averiguado deberemos poner en marcha la realización de conductas incompatibles con la “conducta problemática” para intentar conseguir que ésta desaparezca y, posteriormente, el aprendizaje de conductas más adaptativas y comunicativas que les permita transmitir el mismo mensaje que querían transmitir con la otra.

2.8. Dificultades y confusiones sobre la intervención escolar en niños y niñas con TEA de la etapa de Educación Infantil.

Aunque no se han encontrado investigaciones respecto a las dificultades en la intervención escolar con alumnado con TEA en la Educación Infantil, desde mi punto de vista como futura docente y alumna en prácticas, podría considerarse que las dificultades desarrolladas en este proceso son consecuencia de todas las dificultades generadas en los intentos de producción de diagnósticos precoces en el TEA. Es decir, la intervención precoz (en todos los ámbitos) también se ve perjudicada por los diagnósticos tardíos. De esta

manera, es muy complicado como maestros/as (desde este ámbito concreto) poder atender en el aula de manera temprana y adecuada al alumnado con TEA sin un diagnóstico claro, por ejemplo.

Sin embargo, los maestros/as podemos encontrarnos ante variados y diferentes escenarios respecto al desarrollo del TEA en las aulas, escenarios que pueden suponernos diferentes y numerosas dificultades para la puesta en marcha de una intervención escolar de calidad.

Dichos escenarios posibles pueden ser: la presencia de un niño/a con un diagnóstico específico de TEA desde atención temprana; la presencia de un niño/a sin un diagnóstico específico de TEA; la presencia de un niño/a con un diagnóstico encubierto en otro trastorno con sintomatología similar a la del TEA; y, la presencia de un niño/a con un diagnóstico de TEA que “ensombrezca diagnósticamente” a otro trastorno, como destaca Beneytez Barroso (2019).

Todos estos escenarios han de ser tenidos en cuenta desde el centro escolar y sus especialistas con el principal objetivo de poder atender de la manera más adecuada y eficaz posible al alumnado con TEA. Por ejemplo, teniendo en cuenta cada escenario se puede destacar que:

- Cuando en un aula se cuenta con la presencia de alumnado sin ningún tipo de diagnóstico, pero en el cual se observan signos de alerta ante la presencia del TEA (en este caso), es muy complicado para el profesorado del aula saber cuáles son sus necesidades educativas concretas de éstos y, por lo tanto, se dificulta de manera consecuente la puesta en marcha de métodos y técnicas que podrían generar grandes beneficios sobre su proceso de E-A y su proceso de desarrollo.
- Ante la presencia de un alumno/a con un diagnóstico de TEA encubierto sobre otro trastorno con sintomatología similar a la del TEA, hemos de tener en cuenta que en ese momento la intervención realizada sobre el alumno/a no se va a corresponder al 100% con sus necesidades y, por tanto, al igual que se retrasará su diagnóstico verdadero, también lo hará la puesta en marcha de la intervención de calidad sobre sus necesidades. De esta manera se podrá influir negativamente en el desarrollo general del niño/a.
- Con la presencia de un alumno/a con un diagnóstico de TEA que encubre a otro trastorno ocurre lo mismo que con el caso anterior: tanto el diagnóstico como la

intervención adecuada se verán atrasados y el desarrollo general del alumno/a podrá verse influenciado negativamente.

- Por último, respecto al escenario en el que en el aula se cuenta con la presencia de un alumno/a con un diagnóstico de TEA, a pesar de los métodos y técnicas de intervención que existen, como docentes hemos de tener en cuenta que contamos con una gran cantidad de dificultades.

Teniendo en cuenta algunos aspectos que hemos ido destacando a lo largo del trabajo como, por ejemplo, el desarrollo de sintomatología muy variada entre dos niños/as con un mismo diagnóstico (TEA), como destaca Miguel Correia (2013), no existe un tratamiento concreto que sea eficaz para intervenir sobre el TEA y, por tanto, lo único posible es la puesta en marcha de métodos psicoeducativos que nos ayuden a intentar reducir al máximo posible la sintomatología manifestada por cada niño/a.

Además, debemos tener en cuenta que sus aprendizajes y su desarrollo nunca serán los mismos ni se producirán de la misma manera que el de otro niño/a con el mismo diagnóstico. Es decir, al igual que en los procesos de E-A del alumnado con un desarrollo normotípico, cada alumno/a con TEA aprenderá de una manera diferente. Así mismo, lo que puede llegar a ser muy útil en la intervención con uno de ellos/as, para otro podrá resultar poco eficaz.

Por todo ello, como docentes debemos hacer frente a este desafío o dificultad, intentando encontrar cuáles son los métodos, las técnicas, los instrumentos... de intervención más adecuados para cada alumno/a en concreto y haciendo las adaptaciones necesarias para cada caso concreto (López Gómez et al., 2008). Este hecho puede retrasar la puesta en marcha de una intervención eficaz sobre el trastorno, influir negativamente y generar dificultades en el desarrollo positivo y adecuado de este alumnado.

Otra de las dificultades con las que se ha de hacer frente en las escuelas para la puesta en marcha de una intervención eficaz es la falta de recursos tanto de carácter material como humano. De esta manera, en los centros educativos el profesorado debe hacer frente a la ausencia parcial de unos recursos materiales y humanos de calidad (por ejemplo, contar con la presencia de un único/a docente especialista de PT para todo el alumnado) o incluso con la ausencia total de éstos (por ejemplo, no contar con la presencia de ningún/a docente de PT/AL; o, no contar con el suficiente apoyo económico del centro y los altos cargos educativos del gobierno para la compra de recursos materiales necesarios para la intervención con dicho alumnado).

Y, por último, la realidad de las aulas demuestra que aún sigue manifestándose un desconocimiento y una inadecuada formación de los docentes del aula propia del TEA,

realidad que dificulta la comprensión por parte de los docentes de las necesidades educativas reales de este alumnado y, por tanto, la puesta en marcha de una intervención de calidad (Valdez-Maguiña y Cartolin-Príncipe, 2019).

Ante dichas dificultades, el profesorado ha de dar de sí lo mejor posible para intentar que la intervención sobre el alumnado con TEA en sus aulas sea de la mayor calidad posible, por ejemplo, a través de la creación propia de los recursos materiales que dicho alumnado requiere. Por todo ello, como conclusión, me gustaría destacar que en muchas ocasiones el profesorado suele encontrarse “desamparado” ante una situación de importante relevancia en la educación como es la de atención e intervención sobre dicho alumnado, la cual nos permita generar una educación inclusiva y de calidad para todo nuestro alumnado.

3. Conclusiones y valoración personal

Este trabajo supone una gran recogida de información respecto al TEA y sus características e, incluso, el proceso de diagnóstico y sus dificultades, encontrando gran cantidad de información sobre ello. Dicha información ha permitido producir un documento que sirva de gran utilidad para agentes educativos, familiares... o cualquier otro usuario que tenga curiosidad o quiera aprender más sobre dicho trastorno y qué implica.

Incluso, a través de él se ha intentado ofrecer un punto de vista relacionado con la labor docente que permita reflexionar sobre las dificultades con las que el profesorado y los especialistas de la educación debemos hacer frente en relación al TEA, pero que puede extenderse a cualquier otro trastorno o realidad en las aulas. Dicha reflexión pretende servir de punto de partida para una consecuente reflexión sobre las condiciones propias de los centros educativos.

Por otro lado, sin embargo, dicho trabajo también posee algunos puntos críticos como la escasa o inestable información respecto a algunos puntos tratados como el punto sobre las causas de origen del TEA. Este punto crítico repercute de manera automática en el diagnóstico y éste a su vez en la intervención. Por tanto, la inestabilidad sobre el conocimiento de las causas del TEA genera las principales dificultades mostradas a lo largo del trabajo respecto a la concreción de los instrumentos más eficaces y positivos para un diagnóstico y una intervención precoz en niños desde los 0 hasta los 6 años. Dicho punto podría ser tratado en futuras investigaciones y, por tanto, suponer una nueva y futura líneas de investigación, que ayuden a avanzar en un mayor conocimiento sobre el origen del trastorno, permitiendo y favoreciendo diagnósticos e intervenciones más precoces y de

mayor calidad. De esta manera, también se conseguirá facilitar el trabajo y la labor de los docentes y el resto de especialistas sobre las personas con TEA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adrián Serrano, J.E. y Bausá Vilallave, E. (1997). Dificultades diagnósticas en el autismo. Presentación de un caso. *Fòrum de recerca*, (3). <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/80387>
2. Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J.A. y Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*, 31(1), 37-44. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2008/sam081f.pdf>
3. Alimente. (9 de abril de 2022). Encuentran pruebas de que el autismo comienza a desarrollarse durante el embarazo. *Alimente*. https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2022-04-09/autismo-comienza-desarrollarse-embarazo-utero_3404329/
4. American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Médica Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
5. Arky, B. (2022). *Por qué muchas niñas autistas se quedan sin ser identificadas*. Child Mind Institute. <https://childmind.org/es/articulo/por-que-muchas-ninas-autistas-no-son-identificadas/>
6. Barrios Roda, J.L., Blau Amorós, A. y Forment Dasca, C. (s.f.). *TEA. Trastorno del Espectro del Autismo. Una guía para la comunidad educativa*: Generalitat Valenciana. Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport. https://ceice.gva.es/documents/169149987/169674754/TEA_guia_comu_educativa.pdf
7. Beneytez Barroso, C. (2019). *Síntomas de ansiedad en los Trastornos del Espectro del Autismo desde un enfoque transdiagnóstico*. [Tesis doctoral]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/56729/1/T41307.pdf>
8. Blanco Guijarro, M.R. (2005). La educación de calidad para todos empieza en la primera infancia. *Revista Enfoques Educativos*, 7(1), 11-33. <https://enfoqueseducacionales.uchile.cl/index.php/REE/article/view/48175>

9. Campos, A.L. (2010). *Primera infancia: Una mirada desde la neuroeducación*. Cerebrum. <http://www.iin.oea.org/pdf-iin/rh/primera-infancia-esp.pdf>
10. Caretti Giangaspro, E. y Alcamí Pertejo, M. (2007). Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 9(34), 301-315. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638696009>
11. Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. *Surveillance Summaries*, 61(3). [https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm#:~:text=Results%3A%20For%202008%2C%20the%20overall,1%2C000%20children%20aged%208%20years\).](https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm#:~:text=Results%3A%20For%202008%2C%20the%20overall,1%2C000%20children%20aged%208%20years).)
12. Confederación Autismo España. (2014). *Sobre el TEA*. <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA>
13. Confederación Autismo España. (23 de mayo de 2022). El alumnado con autismo continúa aumentando por décimo año consecutivo. <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/el-alumnado-con-autismo-continua-aumentando-por-decimo-ano-consecutivo>
14. Dalmaschio Biasutti de Oliveira, L., Welinton Dias de Oliveira, R., Serrano Enciso, J y Miyuki Nakamura-Palacios, E. (2016). Aplicación clínica de la escala de autismo en los niños. *Revista Cuba de Pediatría*, 88(4), 406-416. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000400002
15. Echeita Sarrionandia, G. y Duk Homad, C. (2008). Inclusión Educativa. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(2), 1-8. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661079/REICE_6_2_1.pdf?se
16. Equipo Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo de la Región de Murcia. (2022). *Detección y evaluación*. <https://equipoautismomurcia.com/deteccion-y-evaluacion/>
17. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2003). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>
18. García Nieto, N. (1995). El diagnóstico pedagógico en la educación infantil. *Revista Complutense de Educación*, 6(1). <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED9595120073A>

19. Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. *Zona Próxima*, (8),108-123. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85300809>
20. Kope, T., Ho, H.H. y Eaves, L.C. (2001). Screening for autism and pervasive developmental disorders in very young children. *British Columbia Medical Journal*, 43(5), 266-271. <https://bcmj.org/articles/screening-autism-and-pervasive-developmental-disorders-very-young-children>
21. Lara Correa, D.L., Utria Rodríguez, O. y Ávila-Toscano, J.H. (2012). Factores de riesgo pre, peri y postnatales asociados al género en niños y niñas con autismo. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 77-90. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299025051009>
22. López Gómez, S., García Álvarez, C. y Ordóñez Blanco, S.M. (2008). La intervención escolar en los trastornos del espectro autista. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 16(1,2), 121-131. https://www.researchgate.net/publication/277993575_La_intervencion_escolar_en_los_transtornos_del_espectro_autista
23. Lyall, K., Munger, K.L., O'Reilly, E.J., Santangelo, S.L. y Ascherio, A. (2013). Maternal dietary fat intake in association with autism spectrum disorders. *American Journal of Epidemiology*, 178(2), 209-220. <https://doi.org/10.1093/aje/kws433>
24. Martos Pérez, J. y Llorente Comí, M. (2020). *El niño al que se le olvidó cómo mirar: Comprender y afrontar el autismo*. La Esfera de los Libros.
25. Miguel Correia, S. (2013). Autismo: Características e intervención educativo en la edad infantil. [Trabajo fin de grado]. *Universidad de la Rioja, Servicio de Publicaciones*. https://www.academia.edu/28628807/Autismo_caracter%C3%ADsticas_e_intervenci%C3%B3n_educativa_en_la_edad_infantil?from=cover_page
26. Mira, A., Berenguer, C., Baixauli, I., Roselló, B. y Miranda, A. (2019). Contexto familiar de niños con autismo. Implicaciones en el desarrollo social y emocional. *Medicina*, 79(1), 22-26. <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019/volumen-79-ano-2019-suplemento-1/contexto-familiar-de-ninos-con-autismo-implicaciones-en-el-desarrollo-social-y-emocional/>
27. Montagut Asunción, M., Mas Romero, R.M., Fernández Andrés, M.I. y Pastor Cerezuela, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 11(1), 42-54. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2804>

28. Morales, P., Domènech-Llaberia, E., Jané, M.C. y Canals, F. (2013). Trastornos leves del espectro autista en educación infantil: Prevalencia, sintomatología co-ocurrente y desarrollo psicosocial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 217-231. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12922>
29. Paula-Pérez, I. (2013). Coocurrencia entre ansiedad y autismo. Las hipótesis del error social y la carga alostática. *Revista de Neurología*, 56(1), 545-559. <https://doi.org/10.33588/rn.56S01.2012652>
30. Paula-Pérez, I. (2015). *La ansiedad en el autismo. Comprenderla y tratarla*. Alianza Editorial.
31. Portal Aragonés de Comunicación Aumentativa y Alternativa (2022). *¿Qué son los SAAC?*. <https://arasaac.org/aac/es>
32. Reichenberg, A., Gross, R., Weiser, M., Bresnahan, M., Silverman, J., Harlap, S., Rabinowitz, J., Shulman, C., Malaspina, D. Lubin. G., Y Knobler, H., Davidson, M. y Susser, E. (2006). Advancing paternal age and autism. *Archives of General Psychiatry (JAMA Psychiatry)*, 63(9), 1026-1032. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1026>
33. Rutter, M., Bailey, A. y Lord, C. (adaptación de Pereña, J. y Santamaría, P.). (2019). *SCQ. Cuestionario de Comunicación Social*. TEA Ediciones. https://web.teaediciones.com/ejemplos/scq_extracto_manual.pdf
34. Saldaña, D. (2011). Desarrollo infantil y autismo: la búsqueda de marcadores tempranos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 141-157. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3640868>
35. Sanz López, Y., Guijarro Granados T. y Sánchez Vázquez, V. (2007). Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(100), 303-317. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200004
36. Sorio Martin, A.M. (2017). ARASAAC. Sistema Aumentativo y Alternativo de Comunicación: Implantación de SAAC en el aula con niños autistas. *Universidad de Zaragoza*. <https://zaguan.unizar.es/record/69560/files/TAZ-TFG-2017-4947.pdf?version=1>
37. Tortosa Nicolás, F. (2004). Intervención Educativa en el alumnado con Trastornos del Espectro Autista. *Servicio de Atención a la Diversidad. Dirección General de Promoción Educativa e Innovación. Consejería de Educación, Ciencia e*

Investigación.

<https://trastornosdeldesarrollo.wordpress.com/2016/11/08/intervencion-educativa-en-el-alumnado-con-trastornos-del-espectro-autista/>

- 38.** Valdez-Maguiña, G. y Cartolin-Príncipe, R. (2019). Desafíos de la inclusión escolar del niño con autismo. *Revista Medica Herediana*, 30(1), 60-61.
<https://doi.org/10.20453/rmh.v30i1.3477>