



Universidad
Zaragoza

**MÁSTER EN ESTUDIOS AVANZADOS SOBRE EL
LENGUAJE, LA COMUNICACIÓN Y SUS
PATOLOGÍAS**

CURSO 2024/2025

**Trabajo Final de Máster
Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso
de un Niño de 3 Años.**

Autor:

Alejandro Torralba Medina

Directora:

Ester Ayllón Negrillo

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN**

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el presente Trabajo Final de Máster del curso académico 2024/2025, con el título: “Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años”. El trabajo ha sido desarrollado de manera autónoma con fines investigativos. Todos los datos aportados se basan en la bibliografía correspondientemente citada y referenciada.

Firma:

A handwritten signature in black ink that reads "Alejandro Torralba". The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath the name.

A 21 de junio de 2025

ÍNDICE

Resumen/Abstract.....	5
1. Introducción/Justificación.....	7
2. Marco teórico.....	8
2.1. TEA Desde la Perspectiva Clínica: Diagnóstico e Intervención.....	8
2.1.1. Definición y Evolución Histórica del Autismo. Criterios Diagnósticos	8
2.1.2. Etiología: Bases Neurobiológicas.....	10
2.1.3. Comunicación y Lenguaje en el TEA.....	11
2.1.4. Intervenciones y Terapias para el TEA.....	13
2.2. TEA desde la Perspectiva Educativa: La Detección y la Atención Temprana.....	15
2.2.1. La Importancia de la Detección y la Atención Temprana. Señales de Alerta.....	15
2.2.2. Prevención, Evaluación e Intervenciones en el Ámbito Educativo.....	17
2.2.3. Inclusión Educativa y Social. Perspectiva Familiar y Apoyo Social.....	21
3. Estudio de Caso.....	23
3.1. Descripción del Método de Investigación.....	23
3.2. Objetivos de la Investigación.....	23
3.3. Muestra para el Caso.....	24
3.4. Justificación del Método y la Muestra Escogidos.....	26
3.5. Contexto Escolar e Instrumentos del Estudio	27
3.5.1. Detección Previa. Diseño e Instrumentos.....	27
3.5.2. Agentes Implicados.....	29
3.5.3. Metodologías y Recursos.....	30

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

3.6. Procedimiento.....	33
3.7. Resultados.....	34
3.7.1. Observación Directa del Niño y del Trabajo Pedagógico Realizado por la Tutora y la Especialista de AL.....	34
3.7.2. Recopilación y Análisis de Información Diagnóstica Relevante.....	36
3.7.3. Síntesis de los Datos Obtenidos mediante Instrumentos Estandarizados y No Estandarizados.....	42
3.8. Propuestas de seguimiento.....	43
4. Discusión.....	45
4.1. Límites y fortalezas.....	48
5. Conclusiones.....	49
6. Referencias bibliográficas.....	50
7. Anexos.....	59
Anexo I.....	59
Anexo II.....	60
Anexo III.....	62
Anexo IV.....	63

- Elaborado por Alejandro Torralba Medina.
- Dirigido por Ester Ayllón Negrillo.
- Depositado para su defensa en la convocatoria de junio de 2025.
- Extensión de aproximadamente 15000 palabras.

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una afección dentro del campo del neurodesarrollo que se muestra principalmente a través de alteraciones de la comunicación social y patrones restringidos y repetitivos de comportamiento. En los primeros años de vida correspondientes a la etapa de Educación Infantil, estas alteraciones se traducen en dificultades en el desarrollo y adquisición del lenguaje verbal y no verbal, la pragmática, la comprensión y expresión emocional y en la interacción comunicativa tanto con adultos como con iguales, entre otros factores.

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar la importancia de la detección y atención temprana en casos de niños y niñas con TEA, destacando el papel esencial tanto de los profesionales docentes como de la familia y los iguales en este proceso. Asimismo, se profundiza en metodologías y recursos específicos para abordar las necesidades comunicativas y lingüísticas derivadas del trastorno. Mediante un estudio de caso único, centrado en un alumno de 3 años escolarizado en un centro ordinario, se han obtenido resultados a partir de la observación directa, la intervención y la coordinación entre los distintos agentes educativos. La evolución del niño se ha registrado en dimensiones clave del TEA como la comunicación social, la reciprocidad emocional y el lenguaje expresivo y receptivo, entre otros como la simbolización o la flexibilidad y los patrones repetitivos. Entre las conclusiones, se destaca la eficacia de la intervención temprana, la relevancia de la formación docente en comunicación aumentativa y alternativa, los beneficios del contacto con iguales y la implicación activa de la familia en el desarrollo comunicativo del menor.

Palabras clave: TEA, comunicación, lenguaje, atención temprana, intervención educativa, coordinación, formación, profesorado, iguales, familia.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized, among other aspects, by qualitative impairments in social communication and by restricted and repetitive patterns of behavior. In Early Childhood Education, these characteristics result in significant difficulties in the development of verbal and non-verbal language, pragmatics, emotional expression and comprehension, as well as social interaction with both adults and peers.

This paper aims to analyze the importance of early detection and intervention in children with ASD, emphasizing the essential role of teaching professionals, families, and peers. Furthermore, it explores specific methodologies and resources to address the communicative and linguistic needs arising from the disorder. Through a single case study focused on a 3-year-old student enrolled in a mainstream educational setting, data were collected through direct observation, educational intervention, and collaboration with the different agents involved. The child's development was assessed in key ASD dimensions such as social communication, emotional reciprocity, and expressive and receptive language. The conclusions highlight the effectiveness of early intervention, the relevance of teacher training in augmentative and alternative communication (AAC), the benefits of peer interaction, and the active involvement of the family in supporting the child's communicative development.

Keywords: Autism Spectrum Disorder (ASD), communication, language, early intervention, educational intervention, coordination, teacher training, peers, family.

Introducción/Justificación

“El alumnado con Trastorno del Espectro Autista (TEA), continúa aumentando por décimo año consecutivo”. Este titular arrojado por la Confederación del Autismo en España (2022), focaliza de manera apropiada la justificación acerca de la necesidad de seguir ahondando en la investigación del TEA. Uno de cada cien niños en el mundo tiene este trastorno (OMS, 2023). Tomando datos concretos a nivel estatal, el incremento de casos fue de un 8% en el curso 2020-2021 con respecto al curso anterior. No obstante, este incremento no es un fenómeno estadísticamente repentino, sino que el aumento se lleva observando desde el curso 2011-2012 de manera continuada (Confederación Autismo España, 2022b).

En la actualidad, la cifra de alumnado ACNEAE (con necesidades específicas de apoyo educativo), que se encuentra incluido en dicha denominación a causa del TEA, es superior al 25% (Confederación Autismo España, 2022b). Por lo tanto, resulta indiscutible su presencia en las aulas de Infantil y Primaria. Es, sin duda, una realidad educativa, que supone un reto, tanto para docentes y familiares, como por supuesto, para los propios niños y niñas. Las barreras son múltiples y multidimensionales: Lenguaje y comunicación; Habilidades motrices finas y gruesas; Interacciones sociales; Integración; Relaciones con su contexto externo. (Delgado, 2021). Se profundizará en todo ello en los próximos apartados.

Las consecuentes intervenciones del ámbito educativo, son enlazables al ámbito clínico, dada la necesaria cooperación entre ambos para un abordaje común (Iñigo, 2022). Uno de los procesos que se consideran claves y que debe ser promovido y llevado a cabo por el colectivo docente desde un rol protagonista, junto por supuesto a la familia (Delgado, 2021), es el de la detección temprana, un proceso complejo, cuyo objetivo es el de acelerar el diagnóstico desde el ámbito clínico y el uso de recursos desde el ámbito familiar y educativo (Confederación Autismo España, 2022a). Los infantes pueden ser situados en el espectro TEA a partir de los 18 meses, lo que facilita el proceso de autonomía y capacitación para la vida adulta, ya que este se dificultará si se desatienden las necesidades de la persona por un periodo prolongado de tiempo (Delgado, 2021). Por lo tanto, la detección y Atención Temprana se trata de un proceso fundamental, en el cual intervienen diversos agentes correspondientes a los distintos entornos del niño o niña diagnosticado: familiar, escolar, iguales, clínico...

Para profundizar y aportar nuevas conclusiones acerca del TEA desde la perspectiva de la detección e intervención tempranas, se plantea una investigación cualitativa a través de un estudio de caso sobre un niño de 3 años que se encuentra cursando 1º de Educación Infantil en un centro educativo ordinario, evaluado a nivel psicopedagógico y en proceso de diagnóstico clínico, presentando claros rasgos TEA. El contacto con el mismo ha sido directo y la finalidad de la investigación será la observación de un caso real con el fin de comparar metodologías e intervenciones tempranas observadas en un contexto escolar cotidiano con otros datos e investigaciones que se analizarán previamente. Tras dicha comparativa, se extraerán conclusiones y propuestas metodológicas concretas de intervención, teniendo siempre en cuenta las limitaciones que este modelo de investigación cualitativa supone, ya que no es universalizable ni aplicable a todos los contextos ni casos, pero sí que ofrecerá un acercamiento real contrastable acerca de la importancia de la evaluación e intervención tempranas y puede servir como guía para aquellos docentes que se vean obligados a afrontar la presencia del TEA en sus aulas.

Marco Teórico

TEA desde la Perspectiva Clínica: Diagnóstico e Intervención

Definición y Evolución Histórica del Autismo. Criterios Diagnósticos

Las primeras concepciones y estudios oficiales del autismo se consideran a partir de las contribuciones de Leo Kanner en Estados Unidos y Hans Asperger en Austria, si bien a lo largo de los años se han documentado multitud de casos históricos que presentan alteraciones en ciertas dimensiones del ser humano, como son la comunicación social o ciertos aspectos comportamentales, características que se corresponden con las dimensiones que actualmente se consideran afectadas en los casos de TEA (Golt y Kana, 2022). Desde los comienzos de la Edad Moderna, se han documentado casos de personas cuyo comportamiento podría enmarcarse en el espectro autista, a raíz de testimonios, generalmente de carácter religioso, como los de Lutero o Fray Junípero. No obstante, en aquella época, las personas que presentaban signos propios del autismo eran tratados como víctimas de una enfermedad de carácter mental o de la presencia de espíritus. Casos ya en la Edad Contemporánea, como Víctor “El niño de Aveyron”, han sido estudiados como posibles TEA, si bien la autora Hare Lane descarta esta posibilidad en su libro “El niño de Aveyron” (1976), (García y Huitriado, 2024).

Ya en el siglo XX, en los años 20, Gustav Jung comienza a usar desde el campo de la psicología, los términos de “introversión” y “extroversión”, siendo catalogados lo que actualmente se considera como niños y niñas TEA con la etiqueta de “introvertidos”. Kanner publicará en los años 40 “*Autistic disturbances of affective contact*”, en la que documenta casos concretos a los que atribuye características específicas que pueden llegar a considerarse del grado de trastorno. Hans Asperger estableció el llamado “síndrome de Asperger”, también en los años 40, catalogación que ha llegado hasta la actualidad, denominando a sus pacientes como “pequeños profesores” (García y Huitrado, 2024).

En 1952, la Asociación Americana de Psiquiatría publica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), el cual ha tenido varias ediciones, y en todas ellas el autismo, su clasificación y su consideración, ha ido evolucionando (Anexo I).

El DSM-5, (2014) introduce el TEA en los trastornos del neurodesarrollo, unificando multitud de trastornos en uno solo: Trastorno Autista; Trastorno de Asperger; Trastorno Generalizado del Desarrollo. Queda excluido el Síndrome de Rett. El DSM-5-TR (2022), no realiza grandes cambios en relación con el TEA, salvo en el apartado de los criterios diagnósticos, tal y como se verá más adelante (García y Huitrado, 2024).

El CIE-11 (2018), mantiene la definición del Autismo ya establecida por el CIE-10 (1990): “Un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en las formas de comunicación, y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restringido de intereses y actividades”. No obstante, al igual que en el cambio producido del DSM-IV al DSM-5, el TEA pasa a estar de los Trastornos Generalizados del Desarrollo a formar parte de los Trastornos del Neurodesarrollo (Ramírez Vargas et al, 2019).

Tanto el DSM-5-TR como el CIE-11 se encuentran alineados a la hora de establecer los criterios diagnósticos para una evaluación clínica destinada a la detección del TEA. El primero de ellos establece tres niveles de severidad en función de las necesidades de apoyo: “Apoyo simple” (Nivel 1), “Apoyo sustancial” (Nivel 2) y “Apoyo muy sustancial” (Nivel 3). Se puede concluir en base al citado manual, que las áreas más afectadas en una persona con TEA son la comunicación, la interacción social y el comportamiento debido a los patrones repetitivos e intereses restringidos (Anexo II).

Etiología: Bases Neurobiológicas y Teorías Cognitivas

La etiología o causas concretas del autismo todavía no han sido definidas por los científicos de una manera exacta. No obstante, sí que parece claro el desarrollo del trastorno debido a factores genéticos y ambientales.

La importancia de los factores genéticos, puede comprobarse analizando el aumento de probabilidad de pertenecer al espectro autista al encontrarse antecedentes familiares: la frecuencia es de un 4,5% en hermanos de pacientes (Sánchez-Carpintero, 2024) y de un 90% en el caso de gemelos monocigóticos (Riera, 2021). Se cree que más de 100 genes de distintos cromosomas pueden estar relacionados con el desarrollo del TEA, dando lugar a mutaciones genéticas. Dichas mutaciones genéticas se producen tras interrumpirse el normal desarrollo del cerebro en una etapa temprana del embarazo (Sánchez-Carpintero, 2024). Otras causas biológicas asociadas son los problemas en las conexiones cerebrales, un crecimiento anómalo del cerebro o de algunas de sus zonas, o deficiencias en el metabolismo y en el sistema inmunitario del organismo (Cala et al, 2015). Por lo tanto, queda clara la base neurobiológica del trastorno.

En segundo lugar, se encuentran los factores ambientales, los cuales, en suma, a la predisposición genética, puede suponer el desarrollo del autismo. Es decir, ni todas las personas predispuestas genéticamente a desarrollar el trastorno lo harán, ni todas las personas con unos factores ambientales concretos. Tiene que darse la combinación de ambos factores para que el trastorno sea una realidad en la persona (Riera, 2021). Los factores ambientales que se asocian con el TEA son los siguientes (Arberas, 2019; Posar, 2017): (a) Edad parental avanzada; (b) Exposición prenatal a tóxicos, químicos o contaminación; (c) Obesidad, diabetes u otras enfermedades inmunitarias en la madre; (d) Prematuridad o bajo peso al nacer y (e) Privación de oxígeno en el cerebro del bebé en el momento del nacimiento.

Además de las bases genéticas y ambientales, se han propuesto varias teorías cognitivas definidas como “clásicas” (Vicente y Martín González, 2021):

La Teoría de la Mente sugiere que las personas con TEA presentan dificultades para comprender y predecir los estados mentales de los demás, lo que afecta su capacidad para interactuar socialmente (Bamicha y Drigas, 2022). Algunos estudios, como el de Collins et al.

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

(2024), han profundizado en el tema y han demostrado cómo los usuarios con TEA, adolescentes en dicho estudio, presentan dificultades en la atribución de estados mentales complejos y en la conceptualización de la relación entre estados mentales y comportamientos.

La Disfunción Ejecutiva en el TEA hace referencia a las dificultades en funciones cognitivas como la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio. Estas funciones ejecutivas son esenciales para la autorregulación y la adaptación a nuevas situaciones, y su alteración puede contribuir a los comportamientos repetitivos y la rigidez cognitiva observados en el TEA (Jardim et al, 2024).

Otra teoría más actual es la teoría de la Coherencia Central Débil, que propone que las personas con TEA tienden a centrarse en los detalles en lugar de percibir la información de manera global, lo que puede explicar tanto sus habilidades excepcionales en tareas específicas como sus dificultades en la comprensión del contexto general (Tassini et al, 2022).

Estas teorías no son excluyentes y pueden coexistir, proporcionando una comprensión más completa de las manifestaciones cognitivas del TEA.

En conclusión, no se puede establecer una causa exacta o única del autismo, sino a una combinación de ellas, y deberá analizarse cada caso particular, ya que al igual que no hay dos personas iguales, tampoco hay dos casos TEA idénticos (Cala, 2015).

Comunicación y Lenguaje en el TEA

Tal y como puede observarse en las áreas afectadas por el TEA, detallado en los criterios diagnósticos para el mismo que establece el Manual DSM-5-TR (APA, 2022) y adjuntado en los anexos del presente trabajo, una persona para ser diagnosticada con TEA, debe mostrar “deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social en diversos contextos”. Ya desde la primera fase diagnóstica, puede observarse la afectación que tendrá el trastorno en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje. El *National Institute on Deafness and Other Communication Disorders* (2020), determina un progreso desigual de las habilidades del habla y el lenguaje. Por ejemplo, puede darse un desarrollo muy avanzado en el área semántica de una determinada temática de interés, o incluso buena memoria lectora, pero el

desarrollo no es equivalente en las áreas expresiva y comprensiva a la hora de entender y poder explicar ese mismo contenido.

Las investigaciones coinciden en señalar que la ausencia o el retraso de desarrollo del lenguaje expresivo son uno de los principales signos de alarma para las familias (Artigas, 1999, como se citó en Barajas, 2021), lo que convierte al lenguaje en un marcador crucial en la detección precoz del trastorno.

Se puede establecer una pequeña guía referenciada de las distintas dimensiones del lenguaje lingüísticas afectadas en el desarrollo de los niños y niñas con TEA (Barajas 2021; Buetas, 2021; Gallardo et al, 2022).

Tabla 1

Alteraciones en los componentes del lenguaje en caso de TEA

Componente	Descripción de la afectación en TEA
Fonología	Aunque no siempre está afectada, son frecuentes alteraciones en la prosodia, tono, ritmo, volumen y entonación, que resultan en un habla monótona o con inflexiones inadecuadas (Gallardo et al., 2022).
Semántica	Se observan limitaciones en el vocabulario, dificultad para comprender y utilizar términos abstractos, y uso de palabras sin intención comunicativa. El lenguaje puede parecer avanzado en algunos niños, pero carente de funcionalidad contextual (Buetas, 2021; Paul, 2007).
Morfosintaxis	Se caracteriza por construcciones gramaticales simples, frecuentes omisiones de artículos, verbos y morfemas flexivos. Es común la ecolalia inmediata o diferida, y la inversión pronominal (Tager-Flusberg et al., 2005; Gallardo et al., 2022).

Pragmática El aspecto más afectado. Se caracteriza por dificultades significativas en el uso social del lenguaje: iniciar conversaciones, mantener turnos, ajustar el lenguaje al contexto o interpretar intenciones ajenas. La comunicación no verbal (gestos, contacto ocular, expresividad facial) también se ve comprometida (Gallardo et al., 2022; Buetas, 2021).

Estas características varían en intensidad y en forma según cada persona, lo que hace imprescindible una evaluación e intervención individualizada.

Además del lenguaje oral, el componente no verbal (contacto visual, expresiones faciales, gestualidad) está alterado en muchas personas con TEA, afectando la eficacia de la comunicación global. Un niño puede parecer desinteresado o evasivo cuando en realidad está teniendo dificultades para procesar o emitir señales no verbales (Gallardo et al., 2022).

Cuando el lenguaje verbal no se desarrolla o no es suficiente para expresar necesidades y emociones, es fundamental recurrir a Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), que permiten crear canales funcionales y adaptados para la expresión y comprensión (Flores, 2025).

Por todo lo anterior, es esencial concebir la comunicación como un fenómeno multimodal y funcional. La intervención debe atender a todas las dimensiones del lenguaje, desde lo fonético hasta lo pragmático, promoviendo estrategias que se ajusten al nivel evolutivo y a las particularidades cognitivas y emocionales de cada niño. Como afirma Gallardo et al (2022), fomentar una comunicación funcional incide también en el desarrollo de la Teoría de la Mente, la empatía y la competencia social.

Intervenciones y Terapias para el TEA

Desde la perspectiva clínica, existen distintas opciones de tratamiento destinadas a la mejora de la vida de las personas con TEA. Las medidas de intervención educativa serán expuestas más adelante. Los distintos tratamientos pueden clasificarse siguiendo distintos enfoques (Armijos et al. 2023; Mebarak et al. 2009):

Enfoque Conductual. Es el principal de todos y se basa en el cambio de conducta o comportamiento una vez que ya se ha establecido un diagnóstico. Deberá aplicarse de manera conjunta entre los profesionales de atención médica, los educadores y cuidadores, pudiendo ser aplicado en la propia escuela. Uno de los tratamientos más conocidos siguiendo es el análisis conductual aplicado, que se estructura en dos procesos:

Enseñanza de Tareas Discriminadas. Se basa en un aprendizaje por instrucciones por el cual se pretende enseñar comportamientos o respuestas deseadas, por medio de instrucciones simples y recompensas, ignorando los comportamientos y las respuestas no deseados.

Tratamiento de Respuesta Fundamental. Se pretende el desarrollo y/o adquisición de destrezas fundamentales como la comunicativa, pero no en un entorno médico sino en uno natural, como puede ser el hogar o la escuela.

Enfoque de Desarrollo. Este enfoque se basa en el desarrollo de destrezas, como lingüísticas o físicas, las cuales no se han adquirido o no se han desarrollado de manera correcta a causa del TEA. Suele aplicarse de manera coordinada a los tratamientos conductuales. Algunos ejemplos son las terapias de habla y lenguaje para la comprensión y el uso del lenguaje verbal y no verbal como herramienta. También la terapia ocupacional, como la fisioterapia o las terapias de integración sensorial, con el fin de mejorar las destrezas y habilidades físicas, como el Modelo Denver de Inicio Temprano (de 12 a 48 meses) (Armijos et al. 2023).

Enfoque Educativo. Hacen referencia a aquellos aplicados directamente por los maestros y maestras en el entorno escolar, con el fin de que las personas con TEA, puedan desarrollar su máximo potencial en un entorno conocido y cotidiano como es el escolar, en contacto directo con los iguales. Más adelante se ahondará más en profundidad en este enfoque.

Enfoques Socio-Relacionales. Se basan en la promoción de la interacción directa de la persona con TEA con otras personas, en un entorno estructurado, ya sea con los progenitores por medio de terapia familiar, con los iguales en el entorno escolar o provocando otro tipo de interacciones provocadas.

Enfoques Farmacológicos. Es importante clarificar que no existen medicamentos que puedan tratar la sintomatología principal del TEA, pero en casos muy severos, profesionales médicos pueden usarlos para paliar síntomas secundarios.

Enfoques Psicológicos. No es un tipo de tratamiento principal, sino más bien complementario, basándose en la terapia psicológica con el fin de paliar problemas de carácter psicológico que las dificultades causadas por el TEA pueden generar, como ansiedad o depresión.

Existen múltiples terapias específicas que pueden ser usadas para el tratamiento de la sintomatología, tanto principal como secundaria del TEA: terapia con animales, artística, o de relajación. Todas aquellas que no puedan incluirse en alguno de los enfoques previamente explicados, se denominan como terapias “complementarias” o “alternativas” (Gonzales, 2014).

TEA desde la Perspectiva Educativa: La Detección y la Atención Temprana

La Importancia de la Detección y la Atención Temprana. Señales de Alerta

Para una exitosa detección e intervención clínica y educativa en los casos de TEA, además de la importancia del contexto cercano y su coordinación, existe un proceso específico que es de gran relevancia para un tratamiento exitoso: La atención temprana. El *Libro Blanco de la Atención Temprana* (2000), la define como “conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene 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”. Es decir, la Atención Temprana se basa en la implementación de medidas para la respuesta a las necesidades educativas y de desarrollo de los infantes desde el primer momento que un trastorno o dificultad es reconocido.

La justificación científica se halla en la inmadurez y la plasticidad del sistema nervioso durante aproximadamente los primeros 6 años de vida, lo cual permite una mayor capacidad de recuperación y reorganización que decrece con los años, por supuesto también condicionada por factores genéticos, biológicos, psicológicos y socio-ambientales. Por lo tanto, las intervenciones de la Atención Temprana, deben ser lo más precoces posibles, una

vez que se ha detectado un problema en el desarrollo, o tan solo se sospecha sobre el mismo (Peña et al; 2022). En el caso concreto del autismo, en base a los actuales conocimientos, herramientas y protocolos, este puede ser detectado y diagnosticado alrededor de los 18 meses, si bien en España el promedio sigue siendo los 5 años, lo cual no deja de suponer un retraso con respecto al acceso de la implementación de medidas e intervenciones necesarias, científicamente demostradas, con las resultantes consecuencias negativas, tal y como reporta la Confederación Autismo España (2022a).

Los efectos son muy claros: Algunos estudios han demostrado que el 86% de casos TEA que reciben de Atención Temprana, desarrollan el lenguaje verbal, frente a solamente un 50% en los casos que no (Harris y Handleman, 2000, citado en Sampedro, 2012). Más del 80% de casos de TEA son detectados en primer lugar por la familia, mientras que en un 15% son ya los docentes del centro educativo quienes se percatan de las señales de alerta, a partir de la observación de la sintomatología más evidente. Una vez que estas señales primarias son identificadas, el diagnóstico formal suele demorarse alrededor de 2 años (Fortea et al, 2013).

Otros estudios, aumentan la detección temprana por parte de los maestros hasta un 20% (Sampedro, 2012). No obstante, todos los estudios convergen en la importancia y necesidad de la rápida detección para maximizar las posibilidades de aumentar la calidad de vida de la persona con TEA y su inserción social. Es responsabilidad de la familia apoyarse en los profesionales, tanto clínicos como educativos, para poder gestionar la presencia del TEA, de una manera adaptativa y funcional, incluyendo el hogar familiar, ya que, si se establecen adaptaciones en todos los contextos menos en el familiar, estos no tendrán un gran impacto (Massaguer, 2020). Algunos estudios han evidenciado la correlación entre una mayor implicación familiar en el proceso de la Atención Temprana y un mejor desarrollo de sus hijos e hijas (Popp y You, 2014).

La detección temprana del TEA, puede lograrse de manera precoz a través de la familia y el profesorado tal y como se ha detallado. En este proceso, serán fundamentales las señales o signos de alerta, definidos como “posibles indicadores de trastornos en el desarrollo infantil” (GAT, 2005). La Asociación Española de Pediatría (2014) y la Confederación Autismo España (2022c) han establecido sus respectivas guías que padres, madres y docentes pueden seguir, para una posterior evaluación más exhaustiva, es la siguiente, organizada por edades (Anexo III).

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Es importante tener en cuenta, que la observación de alguna de estas señales en el niño o niña no significa que este sea un caso de TEA. Tampoco en los casos que sí lo son se dan todas las señales, ni de manera simultánea. Por ello, es importante recurrir a una evaluación especializada cuando exista duda razonable (Confederación Autismo España, 2022c).

Prevención, Evaluación e Intervenciones en el Ámbito Educativo

Las señales de alerta, tal y como ya se ha comentado, suelen ser observadas en primer lugar por la familia o el profesorado (Sampedro, 2012; Fortea et al, 2013). Cabe tener en cuenta que, en la mayoría de casos, el TEA no es diagnosticado hasta los 2 o 3 años de edad, debido a la complejidad del trastorno, así como la espera por parte de familia y pediatras a que se dé una mejoría acorde con el desarrollo cronológico (Miller, 2024). Otros estudios señalan la media de diagnóstico actual en unos 4 años y medio (De la Granja, 2022).

Por lo tanto, no estamos ante una identificación de la existencia del trastorno en una fase de detección precoz o temprana. Una vez que tanto el centro escolar como las familias son conscientes de los signos de alerta previamente descritos, lo habitual es iniciar el proceso de evaluación psicopedagógica. Este permitirá reunir toda la información sobre el niño o niña y será el punto de partida para el diseño y la ejecución de las estrategias de intervención psicopedagógica (Massani et al, 2015).

La realización de la evaluación psicopedagógica y la elaboración del propio informe, debe ser realizado por un especialista en Psicología, Pedagogía o Psicopedagogía, es decir, el orientador del centro, una vez que el profesorado lo demande (Cadime y Mendes, 2019). A nivel legal, se recoge la obligatoriedad de que los padres, madres y tutores legales de los niños evaluados, hayan autorizado el procedimiento y sean informados de los resultados y medidas que se establecerán en consecuencia. En el caso de la comunidad autónoma de Aragón, es la Orden ECD/913/2023, de 11 de julio (Extraído del BOA).

Las fases de la evaluación psicopedagógica, pueden ordenarse y denominarse de manera variable según la fuente consultada, pero de manera global, deberá constituirse en las siguientes fases (Hernández, 2017):

1. Recogida de Información. Se considera que este proceso comienza desde las primeras observaciones realizadas en el aula por el personal docente y en el hogar por la familia al alumno en cuestión. Pueden recopilarse observaciones de manera sistemática, cuando los aspectos a observar están previamente fijados o de manera asistemática, cuando el objetivo es el registro de la mayor cantidad de información posible sin focalizar en aspectos particulares. Algunos instrumentos de observación son las rúbricas, diarios de clase, diarios de trabajo, guías de observación, o registros anecdóticos (Guerrero, 2022).

La entrevista, por su parte, es un instrumento de evaluación y recogida de información que consiste en el intercambio de información entre el profesorado y el alumnado y sus familias. Puede ser de tipo abierto, con preguntas flexibles, que pueden modificarse a lo largo de la entrevista y responderse de una manera libre y reflexiva, o de tipo cerrado incluyendo preguntas con opciones de respuesta, siendo más utilizadas en el ámbito clínico. También existen las entrevistas mixtas (Aymes, 2017). Algunos ejemplos son el ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada) (Rutter et al, 2003) o el M-CHAT-R/F (Lista de verificación modificada para autismo en niños pequeños revisada) (Robins et al, 2009).

Por último, uno de los principales instrumentos de recogida de información, son las pruebas estandarizadas. Estas se definen como una “forma de evaluación estandarizada del aprendizaje, caracterizadas por seguir un proceso riguroso con marcos referenciales teóricos y metodológicos con los cuales se miden rasgos observables en la población objeto” (Gutiérrez y Acuña, 2021).

Hay multitud de pruebas que evalúan las distintas áreas afectadas por el TEA, aunque se ha realizado una pequeña selección y se destacan las siguientes (Castillero, 2018): Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2) (Lord et al, 2012), que evalúa comunicación, interacción social y juego; Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS-3) (Harrison y Oakland, 2015), que no es exclusivo para el TEA pero evalúa sus áreas afectadas; Cociente del Espectro Autista (AQ) (Baron-Cohen et al, 2001), destinado a que sea el propio niño quién responda a las preguntas en relación con posibles comportamientos TEA.

En este punto es importante introducir el inventario I.D.E.A., creado por Ángel Rivière (1997), con el objetivo de valorar el nivel y grado de afectación en las distintas dimensiones

de la persona que son afectadas por el TEA, con el fin de proporcionar información relevante en la posterior intervención. Se evalúan 12 dimensiones agrupadas en 4 escalas: Desarrollo Social; Comunicación y Lenguaje; Anticipación y Flexibilidad; Simbolización. Cada una de las dimensiones dentro de cada escala debe ser clasificada por el evaluador atribuyéndole un nivel de gravedad entre cuatro, teniendo cada nivel una puntuación determinada. De esta forma pueden determinarse las escalas y dimensiones concretas más y menos afectadas (García-Gómez, 2022).

2. Valoración y Diagnóstico. Una vez que se ha recopilado toda la información posible a través de los instrumentos detallados, se analiza la misma y se delimita el problema. El “diagnóstico” de la evaluación psicopedagógica, consiste en la identificación de las necesidades pedagógicas del alumnado (Hernández, 2017). Es importante tener claro que, en la escuela, los orientadores y profesorado, únicamente identifican las necesidades derivadas de un trastorno o discapacidad a las que se debe prestar apoyo educativo, pero los diagnósticos formales de los trastornos o discapacidades, solamente pueden llevarlos a cabo los profesionales sanitarios (Rosen, 2024).

3. Toma de Decisiones. Una vez identificadas las necesidades, la información recopilada y analizada se traslada a las familias y se establece un plan de acción en el que debe estar incluido el equipo de orientación, el profesorado y las familias, aparte de evidentemente el propio alumno o alumna (Hernández, 2017). Una de las decisiones cruciales a tomar, es el tipo de centro educativo más adecuado para el alumno o alumna. Existen distintas modalidades en función de la gravedad y las necesidades específicas de la persona, pero de manera general, podemos clasificar los centros en tres tipos (Linuesa, 2021a):

Centros Ordinarios. El alumno o alumna TEA se encuentra en un centro educativo ordinario y en un aula junto a otros compañeros y compañeras que no pertenecen al espectro. Los profesionales de Audición y Lenguaje y de Pedagogía Terapéutica elaboran una planificación de apoyos en conjunto con el profesorado tutor y de referencia, llevando a cabo las adaptaciones del currículo más convenientes.

Centros Ordinarios de Atención Preferente. Al igual que en los centros ordinarios sin atención preferente, se procura que, con apoyos extensos y especializados, que permitan el mayor acceso posible al currículo ordinario y el desarrollo de competencias personales y

sociales. En estos centros existen “Aulas Estables”, más conocidas como “Aulas TEA”, en las que solamente se encuentra alumnado TEA, con las adaptaciones y apoyos necesarios. Los profesionales que habitualmente integran estas aulas son un maestro de Audición y Lenguaje, otro de Pedagogía Terapéutica y el apoyo puntual de un Técnico especialista o Integrador Social. Si el nivel de gravedad lo permite, es común que parte del horario escolar, según la asignatura, se realice en el aula ordinaria, con sus compañeros de referencia.

Centros de Educación Especial. En este caso, el alumnado TEA solamente se va a relacionar con otro alumnado ACNEAE. En este caso, el centro cuenta con profesionales especializados del ámbito sanitario, pero también del ámbito clínico. Los recursos, medidas y servicios en estos casos no son generalizables a un centro ordinario. No obstante, existen modelos de escolarización combinada, en los que el alumno TEA transcurre su escolarización entre un centro ordinario y uno de Educación Especial.

Los tipos de adaptaciones que se lleven a cabo con el fin de dar respuesta a las necesidades específicas de apoyo educativo del alumnado TEA pueden ser de dos tipos (Gil, 2019):

Adaptaciones Curriculares Significativas (ACS). Estas adaptaciones suponen la eliminación, sustitución o adición de elementos significativos que forman parte del currículum oficial: Contenidos, objetivos, criterios de evaluación o estándares de aprendizaje evaluables. Este tipo de adaptación solamente se puede implementar previa evaluación psicopedagógica, ya que está destinada a la adaptación a las necesidades educativas especiales del alumnado que así lo requiere.

Adaptaciones Curriculares No Significativas (ACNS). Estas adaptaciones afectan a los tiempos, tipos de actividades, metodología, técnicas e instrumentos de evaluación con las que se trabaja en el aula. No requieren de informe psicopedagógico ni aprobación del equipo de Orientación. Pueden ser de carácter temporal o permanente, individualizado o también pueden usarse de manera colectiva, a criterio del docente. Un simple cambio de sitio en el aula o el uso de un recurso material de apoyo puntual como un lápiz adaptado, ya puede considerarse una ACNS.

4. Aplicación del Plan de Acción. En esta etapa, cada uno de los agentes debe desarrollar el papel que se le ha encomendado tras la toma de decisiones, asegurándose de que se cumplan (Hernández, 2017). Cabe destacar la importante labor del maestro tutor en el aula ordinaria y de los maestros especialistas en los apoyos establecidos, tanto dentro como fuera del aula o en las Aulas Estables si es el caso. Las adaptaciones llevadas a cabo serán cruciales en el día a día para el desarrollo del alumnado TEA, pudiendo explotar al máximo las Adaptaciones Curriculares ya definidas, sobre todo las No Significativas. Estas pueden ir desde apoyos visuales, procurar un ambiente relajado por medio de la organización del aula, hasta la explotación de distintas metodologías, materiales y la coordinación entre agentes educativos (Gil, 2019).

5. Seguimiento y Evaluación de Resultados. Finalmente, es crucial la comunicación de resultados entre el profesorado y las familias, estableciendo un seguimiento continuo del plan de acción, con el fin de comprobar si los resultados son los previstos, ya que de lo contrario tendría que modificarse. Es importante que las medidas establecidas vayan evolucionando a la vez que el niño o niña lo va haciendo (Hernández, 2017).

Inclusión Educativa y Social. Perspectiva Familiar y Apoyo Social

Un último factor, pero no por ello menos importante, que debe ser tenido en cuenta en la detección, intervención y promoción del alumnado TEA, son las propias familias. Es importante destacar, que, tanto para la detección como para el tratamiento del TEA, jugarán un papel fundamental tanto la familia como los educadores de la persona afectada, ya que al convivir con ella en el día a día, es mucho más probable que puedan detectar señales de alerta, y una vez que se ha producido el diagnóstico, pueden velar por el desarrollo y la mejora de la situación de la persona (Zambrano-Mendoza y Lescay-Blanco, 2022). Está estudiado y comprobado que la implicación activa de la familia y el mantenimiento de una comunicación fluida entre escuela y hogar está correlacionada con una mejoría tanto social como académica en los niños y las niñas con TEA (Schuck et al, 2022).

El diagnóstico de TEA puede llegar a las familias con alivio por conocer a qué responde la sintomatología presentada por sus hijos, pero también puede suponer un proceso de aceptación doloroso o incluso de negacionismo, el cual se refleja cuando la familia no acepta la situación ante los profesionales médicos y docentes (Martínez y Bilbao, 2008).

La adaptación de la familia a un diagnóstico de TEA ha llegado a ser descrita por diversos autores como un auténtico proceso de duelo con sus correspondientes fases, para el que será necesario un proceso de ajuste emocional y la búsqueda activa de recursos, lo cual requiere de apoyo psicoeducativo desde los servicios públicos (Woodgate et al, 2008). Algunos consejos generales que las familias pueden seguir en el día a día en el hogar, sumadas a las medidas específicas aconsejadas por los profesionales clínicos y educativos son: establecer conexiones significativas; proporcionar consistencia en el hogar; seguir las estrategias personalizadas que mejor se adapten al caso; celebración conjunta de logros; amor incondicional (Zarza, 2023).

El núcleo familiar es quien mejor conoce los gustos, comportamientos, actitudes, y estímulos sensoriales más efectivos en el niño o niña, pudiendo aconsejar a los profesionales docentes las medidas más efectivas para ellos y poder así aplicarlas en el aula. El profesorado con un conocimiento oportuno puede apoyar a las familias coordinando sus acciones para garantizar un mejor desarrollo e interacciones (Delgado, 2021). La creación de una red de apoyo entre familias, profesorado y a mayor escala, asociaciones externas y servicios públicos, contribuye a la reducción del aislamiento y la mejoría en la calidad de vida de las personas con TEA (van der Heuvel et al, 2023).

El fin último de todo el proceso de evaluación e intervención es el de la inclusión. La OMS reconoce el derecho de todas las personas, al disfrute en el más alto nivel de salud física y mental. En 2014, la 67ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución “Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista”, en la que se insta a los Estados miembros y organismos asociados a fortalecer las capacidades para abordar tanto el TEA como otros problemas del desarrollo, fomentando medidas inclusivas o fortaleciendo la capacidad del personal sanitario (OMS, 2023). Lograr la inclusión educativa y social implica garantizar la accesibilidad de manera transversal en diversos ámbitos (comunicativo, emocional, cognitivo...) (Booth y Ainscow, 2002) La función mediadora del profesorado en este proceso de inclusión es esencial, no solamente con la familia y el entorno exterior al centro, sino también entre tutores y especialistas, con el fin de promover la inclusividad en el aula, que no deja de representar la sociedad externa en pequeña escala (Al Jaffal, 2022).

Estudio de Caso

Descripción del Método de Investigación

Los estudios de caso son un método de estudio de carácter generalmente cualitativo, aunque pueden incluirse también datos cuantitativos, que pueden usarse en el ámbito de la investigación de multitud de disciplinas (Codina, 2023). Pueden establecerse dos características esenciales que constituyen al mismo: En primer lugar, “investiga un fenómeno contemporáneo en profundidad dentro de su contexto en el mundo real” y en segundo, “los límites entre el fenómeno del caso y el contexto en el que se encuentran pueden no ser claramente evidentes” (Yin, 2018). Esto hace referencia a la importancia del contexto en el que el fenómeno estudiado se encuentra en el momento de serlo, pudiendo ser elegido dicho contexto por el investigador, lo que se denomina “construcción del caso” (Codina, 2023).

En el presente trabajo, el fenómeno estudiado es el TEA, concretamente en edades tempranas desde la perspectiva de la detección temprana. El contexto escogido para la construcción del caso es el escolar, ya que se ha considerado el más apropiado y completo, permitiendo la observación del trabajo de distintos profesionales, contacto directo con el sujeto estudiado, pequeñas intervenciones y cercanía con la familia.

A través de distintas metodologías, llevadas a cabo de manera propia o por otros profesionales asociados al caso, se pretende dar respuesta a los objetivos establecidos, analizando los resultados obtenidos y todas las observaciones realizadas. En este sentido se seguirá el procedimiento ordinario de cualquier investigación de carácter cualitativo.

Las conclusiones del caso se definirán por medio de una generalización analítica del mismo. Este proceso es definido por Giménez (2012) y consiste en la generalización del estudio de caso a otros casos similares, en este caso de TEA en edades tempranas, ya que el caso estudiado en sí, es una prueba importante de las argumentaciones finales que se defienden.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar la detección, situación educativa e intervenciones en un niño TEA en un periodo temprano de desarrollo y escolarización.

Objetivos Específicos

- Analizar aspectos relativos al desarrollo, la interacción, la comunicación y el lenguaje temprano en un caso de TEA.
- Identificar y valorar métodos y recursos para la detección temprana del TEA en el ámbito escolar.
- Recopilar resultados que constituyan información de valor para la intervención educativa ante el TEA en Educación Infantil.
- Realizar propuestas de intervención y de seguimiento para casos como el expuesto en base a los resultados obtenidos.

Muestra para el Caso: Características y Dimensiones Afectadas

El niño que sirvió como muestra para el estudio de caso es un alumno de 1º de Educación Infantil al que a lo largo del estudio denominaremos “Marcos” a modo de seudónimo. Marcos se encuentra escolarizado en un colegio de carácter urbano y concertado en el que se imparte Educación Infantil, Primaria y Secundaria. El centro es de tipo ordinario no preferente, por lo que no cuenta con Aulas Estables o TEA, estando Marcos en contacto con todos sus compañeros y compañeras a lo largo de toda la jornada escolar.

En el momento en el que comienza el estudio, el niño cuenta exactamente con 3 años y 9 meses. Desde el centro se define a Marco como un niño con rasgos TEA, no existe un diagnóstico médico definitivo en el momento en el que comienza el estudio de caso. Precisamente en ese momento, Marcos estaba empezando a ser asistido por profesionales médicos, llegando el diagnóstico formal con posterioridad. Desde las primeras señales de alerta en el centro se realizaron las pruebas psicopedagógicas pertinentes a la edad del niño y se comenzaron a implementar las medidas necesarias para el caso.

Con respecto a la descripción de las capacidades y comportamientos de Marcos, se puede poner el foco en las distintas dimensiones relacionadas con el TEA. Con respecto a la interacción social, las relaciones con los iguales son inexistentes, siendo la única interacción observada el apartar a los compañeros cuando se encuentran en su camino o golpearlos en caso de rabietas. Con los adultos, la relación con los adultos sigue patrones extremos, tal y como recogen las guías de señales de alerta del TEA (Asociación Española de Pediatría, 2014). Es decir, lo mismo se produce indiferencia extrema por parte del niño ante la presencia de adultos, o se esfuerza por llamar su atención con gestos y balbuceos en caso de necesidad.

A nivel lingüístico y comunicativo, el niño no emite ninguna palabra verbalmente, más que gritos, risas, gorjeos y fonemas aislados, tanto vocálicos como consonánticos. Por supuesto, no había desarrollado ningún tipo de escritura. A nivel conductual e interactivo, su comportamiento en el aula puede denominarse como disruptivo. Marcos no atiende a ninguna indicación de la tutora, siendo incapaz de sentarse en su silla o seguir las actividades de aula.

En relación a la anticipación y la flexibilidad, Marcos muestra un comportamiento basado en patrones restrictivos y repetitivos, tanto en su comportamiento como en sus intereses diarios. Su comportamiento tanto en el aula, el recreo o la sala polivalente, se basa en caminar por el recinto sin un rumbo fijo e ir agarrando aquellos objetos que más le llaman la atención, pero sin darles el uso para el que están destinados. Su principal interés es la interacción con los libros, arrancando sus páginas o transportándose junto a él. También presenta cierta fijación con los aros, los cuales se encuentran en lugares altos tanto en el aula ordinaria como en la polivalente. Muestra un alto nivel de frustración cuando no puede alcanzarlos y nadie los descuelga por él, reflejado en lloros, gritos y en menor medida golpes al adulto o a los iguales que se encuentran cerca.

Igualmente presenta un carácter inflexible ante el cambio de lugar o de actividad. Los momentos críticos son la entrada y la salida del centro. La salida resulta especialmente complicada en caso de que Marcos se encuentre realizando una de sus actividades de interés. Otro de los momentos complicados es el del almuerzo, ya que Marcos muestra ningún tipo de reacción ante el hambre, pudiendo pasar toda la jornada sin ingerir alimentos a no ser que la tutora le anime a comer. Su almuerzo favorito son las galletas, ignorando cualquier otro alimento que se le ofrezca y pudiendo llegar a intentar agarrar sin permiso el almuerzo de los compañeros si ellos tienen galletas y él no. La hiporreactividad es generalizada frente a otros

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

estímulos: sonoros, luminosos, verbales y gestuales. Solamente en caso de necesidad, como alcanzar un objeto que desea o abrir una puerta, Marcos muestra interés por los adultos.

A nivel motor se caracteriza por el comportamiento vestibular descrito. Realiza movimientos amplios y numerosos, suele llevarse las manos a la boca y le relajan los movimientos circulares, sobre todo el balanceo y los giros de la mano de un adulto.

La situación familiar de Marcos es compleja. Sus padres proceden de Malí y llevan pocos años en España. Además de Marcos, tienen otras dos hijas, de 7 y 9 años, escolarizadas también en el centro y cursando Educación Primaria. Los conocimientos de castellano son básicos por parte de los padres, siendo sobre todo el padre quién mantiene un mayor contacto con la tutora y quién va a buscar a Marcos al colegio. La relación entre familia y centro, representada principalmente por el padre y por la tutora del aula respectivamente, ha atravesado por distintas etapas, no siendo del todo buena en algunas de ellas, debido a la falta de cooperación por parte de la familia a la hora de escuchar las aportaciones de la tutora, ignorando completamente las señales de alerta y con reticencia a realizar las pruebas pertinentes con el pediatra. Se puede afirmar que el comportamiento familiar se encuentra en una fase negacionista, característica en algunas familias frente al TEA (Martínez y Bilbao, 2008; Woodgate et al, 2008).

En conclusión, analizando el caso de Marcos desde un punto de vista observacional, queda patente la correspondencia de los rasgos del niño con los criterios diagnósticos y dimensiones afectadas recogidas en el DSM-5 (APA, 2013).

Justificación del Método y la Muestra Escogidos

Para el estudio de la detección precoz y la intervención en casos tempranos de TEA, se ha escogido el estudio de caso como método de investigación, ya que permite abarcar un campo de estudio muy complejo adentrándose en profundidad en una vivencia específica y real del TEA, analizando todas y cada una de las dimensiones afectadas por el mismo, conociendo en profundidad su contexto y valorar la efectividad y resultados de intervenciones a lo largo del tiempo (Yin, 2018). A través de la generalización analítica (Giménez, 2012), se extraerán conclusiones lo más generalizables posible a otros casos similares.

No obstante, será muy importante tener en cuenta las limitaciones que este modelo de investigación conlleva, debido a la alta subjetividad en la que puede decaer el investigador a la hora de interpretar los resultados, o los filtros que deben aplicarse al generalizar los resultados, ya que no todas las afirmaciones serán extrapolables al total de otros casos o contextos (Satter, 2024).

La muestra escogida (el niño estudiado) ha sido escogido debido a que cumple distintas características adaptables al objeto de estudio: corta edad, con lo cual los procesos de detección e intervención son tempranos y pertenencia al espectro autista con rasgos comunicativo-lingüísticos, interactivos y conductuales muy marcados, lo que permite contrastar la teoría previamente analizada con los procesos de evaluación e intervención llevados a cabo con el niño en una dimensión escolar real. En el propio aula del niño escogido, se da la presencia de más casos TEA, pero ninguno con manifestaciones tan evidentes como en el caso de Marcos.

El centro fue escogido debido a la cercanía, tanto física como profesional, propiciada por la realización de prácticas en este centro por parte del investigador y los vínculos ya establecidos con profesionales de dicho centro, que posibilitaron el acceso y estudio conjunto del caso mencionado, cumpliendo la doble función de incrementar vías para el buen desarrollo del niño y recopilar información beneficiosa para la investigación del tema. El periodo de contacto y estudio con el niño se extendió durante 3 meses, de enero a marzo, correspondientes al tercer trimestre del curso escolar.

Contexto Escolar e Instrumentos del Estudio

Detección previa. Diseño e Instrumentos

La detección de un posible Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el caso de Marcos ha tenido lugar de forma relativamente temprana, considerando su corta edad y la reciente incorporación al entorno escolar. Desde las primeras semanas, se identificaron una serie de indicadores descritos en el correspondiente apartado que coinciden con las señales de alerta reconocidas por entidades como la Asociación Española de Pediatría (2014) y la Confederación Autismo España (2022c) (Anexo III). Entre los signos observados destacan:

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

ausencia de lenguaje verbal, limitada comunicación funcional, escasa iniciativa social, intereses restringidos de alta intensidad y presencia de conductas disruptivas.

Como parte del proceso de evaluación inicial, se mantuvo una comunicación continua entre el centro educativo y la familia, con el objetivo de recabar información sobre el desarrollo del niño en el entorno familiar. Aunque no se llevó a cabo una entrevista estructurada formal, se realizaron intercambios informativos y las correspondientes notificaciones legales, siendo la tutora del aula la principal interlocutora. La información obtenida del contexto familiar fue limitada, en parte por las dificultades de comunicación y también debido a la percepción inicial de la familia respecto al desarrollo del niño.

Con el objetivo de obtener información estructurada y respaldada en pruebas estandarizadas para el estudio de caso, se aplicaron los siguientes instrumentos desde el Departamento de Orientación al finalizar el primer trimestre del curso. Estas herramientas se seleccionaron por su validez en la detección de indicadores asociados al Trastorno del Espectro Autista (TEA) y su utilidad en el contexto educativo infantil.

Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R) (Robins, Fein & Barton, 2009). Cuestionario de cribado dirigido a padres o tutores, diseñado para la detección temprana de posibles indicadores de autismo en niños pequeños. Aunque su rango de aplicación recomendado se sitúa en torno a los 16-30 meses, en este caso se estimó pertinente su uso como herramienta complementaria, dada su facilidad de aplicación y su enfoque en el entorno familiar. El cuestionario fue administrado con apoyo lingüístico y supervisión del equipo orientador.

Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition (ADOS-2) (Lord et al., 2012). Instrumento estandarizado de observación semiestructurada utilizado para evaluar habilidades relacionadas con la comunicación, la interacción social, el juego y el uso imaginativo de materiales. En este caso se aplicó el Módulo 1, correspondiente a niños mayores de 31 meses que no emplean lenguaje de frases de forma consistente. La aplicación fue llevada a cabo por personal cualificado, siguiendo el protocolo establecido por el manual de administración.

Inventario de Desarrollo Battelle (Newborg et al., 1998). Herramienta de evaluación del desarrollo que permite analizar el rendimiento en cinco áreas principales: Personal/Social,

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Adaptativa, Motora, Comunicación y Cognitiva. Su aplicación se realizó mediante la técnica de observación sistemática en el contexto escolar, con participación coordinada entre la orientadora, la tutora del aula y la especialista en Audición y Lenguaje.

Inventario de Espectro Autista (I.D.E.A.) (Rivière, 2002). Instrumento específico para la evaluación del perfil autista, estructurado en doce dimensiones agrupadas en cuatro escalas funcionales: Desarrollo Social, Comunicación y Lenguaje, Anticipación y Flexibilidad, y Simbolización. Su cumplimentación fue realizada por el equipo docente especializado, con base en la observación continuada del alumnado durante un periodo de recogida de información.

Agentes Implicados

Investigador Externo (Autor). Figura coordinadora que recopila la mayor cantidad de información y selecciona los aspectos que se deben analizar e intervenciones a implementar, en acuerdo con el resto de agentes implicados, con el fin de llegar a la obtención de resultados y conclusiones.

Tutora del Aula. Figura clave, ya que conoce al niño estudiado desde comienzo de curso y es la profesional del centro que más horas está en contacto con el mismo. Aporta gran cantidad de información de carácter observacional en las conductas, actitudes, comportamientos, comunicaciones y capacidades del niño. También colabora en la implementación de nuevas metodologías e intervenciones.

Maestra de Audición y Lenguaje. Colaboradora de la tutora de aula. También aporta información relativa al día a día del niño, ya que tiene espacios de trabajo diario de manera individualizada con el niño y participa en las intervenciones.

Equipo de Orientación. La Orientadora del centro se encarga de coordinar el proceso de evaluación psicopedagógica, siendo determinante en la definición de las necesidades de apoyo del niño y las intervenciones concretas que se deben llevar a cabo para cumplir estos apoyos. Puede beneficiarse del presente estudio para dicha labor.

Metodologías y Recursos

A continuación, se describen los distintos recursos y metodologías de intervención que fueron empleados a lo largo del periodo del estudio de caso correspondiente al contacto directo con el niño en el aula, en todo momento de manera coordinada con la tutora de aula y/o la especialista de Audición y Lenguaje. Las metodologías empleadas son las siguientes:

Ludificación (Modelo Denver). La principal estrategia para la intervención con Marcos está fundamentada en la ludificación y consistente en la práctica de diversas dinámicas basadas en el juego con el objetivo de observar su comportamiento y capacidades y la introducción de variables con el objetivo de establecer o incrementar capacidades. Esta metodología, creada por las psicólogas Rogers y Dawson se denomina “Modelo Denver” (2010). Establece tres objetivos: Centrarse en las áreas cognitiva, lingüística y socioemocional; Reducir la severidad de los síntomas; Mejorar el desarrollo del niño (Martínez, 2020). Para trabajar dichos objetivos, se organiza la intervención en base a dimensiones específicas, en este caso se ha optado por las establecidas en el inventario I.D.E.A. que se realizó al niño: Desarrollo Social; Comunicación y Lenguaje; Anticipación y Flexibilidad; Simbolización.

Desarrollo social. Las interacciones de Marcos con sus iguales son nulas salvo en aquellas situaciones en las que alguno de sus compañeros tiene algún objeto de su interés, como un cuento, tras lo cual procede a intentar quitárselo. En el caso de los adultos, estas son más frecuentes, ya que el mismo niño reconoce su función directriz en el aula, acudiendo a los mismos cuando desea salir al recreo, abrir una puerta, o se encuentra incómodo o disconforme con alguna situación, lo que suele expresarse por medio de una rabieta. En el caso de la ludificación, se procura controlar estos impulsos, de manera que Marcos sea capaz de compartir materiales con sus compañeros y compañeras y entienda cuándo es el momento de jugar, cuando se puede salir y cuando no, o cuando tiene que prepararse para ir a casa.

Lenguaje y Comunicación. La expresión verbal en el caso de Marcos no va más allá de gritos, sollozos, risas y gorjeos, pero no se produce ninguna combinación fonética ni intentos de comunicación de manera verbal. No obstante, se procura hablar a Marcos durante los juegos realizados, explicando el proceso y pronunciando de manera clara todas las palabras, de manera que visual y auditivamente se establezcan posibilidades de asociación de las

palabras pronunciadas con el significado de las mismas. Los procesos comunicativos de Marcos, tanto a nivel verbal como no verbal, se limitan a las interacciones descritas anteriormente: Necesidades de carácter espacial. Las necesidades de carácter fisiológico como comer o ir al servicio no se comunican. No obstante, para fomentar esta intención comunicativa, se procura desde la actuación de los adultos que cada acción que se realiza con el niño sea verbalizada antes de producirse, pudiendo usarse también los gestos. No se realiza una entrada o salida de una habitación, o se inicia o cambia de juego o material utilizado sin dar una explicación al infante del motivo por el que esto se produce.

Anticipación y Flexibilidad. El interés principal de Marcos se basa en los libros y cuentos del aula a nivel estructural, no en su contenido. Marcos arranca sus páginas, los transporta y golpea otros objetos con ellos. Por medio de juegos, materiales y dinámicas, se procura que Marcos amplíe su horizonte de conocimientos e intereses. Con respecto a la anticipación, se intenta que Marcos se centre en cada momento en la actividad a realizar. Si por ejemplo quiere terminar el juego e irse a casa, pero todavía no es el momento, se le indica verbalmente con un “No, todavía no nos vamos a casa”. Si en cambio el padre de Marcos ya ha llegado y es el momento de terminar la actividad, se le enseña la mochila para que se la ponga, señal que Marcos tiene asumida, por lo que el momento de salir resulta sencillo salvo en días que Marcos quiere seguir jugando y se producen las “pataletas”.

Simbolización. El tiempo para las actividades de ludificación se han realizado con Marcos de manera general en el espacio de la última hora de la mañana antes de marcharse a casa, en el aula polivalente, debido a la gran cantidad de material de la que dispone la misma, así como del gran espacio que se puede utilizar. Si bien la mayoría de sesiones se llevaron a cabo de manera individual, sí que se contó con algunos compañeros en sesiones puntuales. En las mismas se trató de utilizar sus elementos favoritos, como los aros y los libros de manera funcional en el caso de los libros, por medio de la observación de las imágenes presentes en los mismos, y de manera simbólica en el caso de los aros, usándolo como elementos ficticios tratando que Marcos imitase el juego. Debido a la escasez de intención comunicativa e interacción social, no se pudo avanzar demasiado en este ámbito.

Trabajo por Rincones (Método TEACCH). En el trabajo de aula, que es el más común a lo largo de la jornada, durante el cual Marcos comparte espacio con sus iguales, se procura que el espacio se encuentre organizado de una manera predecible y estructurada por rincones.

Esto facilita el orden general del aula, ya que Marcos no es capaz de permanecer mucho tiempo sentado, ni seguir la planificación general de actividades, por lo que requiere de una planificación más individualizada, indicando la disposición del material y el lugar del aula en el que se encuentra, la actividad que se debe llevar a cabo. Algunos ejemplos son los siguientes:

Cesta de Cuentos. Cuando la cesta de cuentos se coloca en su mesa, Marcos sabe que es el momento del día en el que puede interactuar libremente con ellos. No obstante, al no saber leer todavía y debido a su predisposición a romperlos, es conveniente que un adulto controle su interacción con los mismos.

Tartera del Almuerzo. En el momento del almuerzo, la apertura de la tartera personal de Marcos le indica el espacio destinado a comer. Una de las características de Marcos relacionadas con el TEA es la hiporreactividad o ausencia de sensibilidad y expresión ante necesidades vitales en algunos momentos, como el hambre, pudiendo pasar toda la mañana sin comer si no se le indica. Una de las mayores dificultades era precisamente el correcto desarrollo del almuerzo, ya que Marcos rechazaba la comida si no era de su agrado.

Almohada. La misma indica el momento de descanso después del recreo, una relajación que la tutora realizaba con todos los niños y niñas de su clase antes de continuar con las actividades al final de la mañana. No todo el alumnado traía la suya propia, pero en el caso de Marcos, le ayudaba a comprender la acción a realizar, a pesar de que en ocasiones no usaba el objeto para el fin que le da sentido, característica habitual de los niños y niñas TEA por lo general.

Esta organización del espacio y las actividades, se corresponde con pautas establecidas en el método TEACCH, un enfoque desarrollado por los psicólogos Schopler y Mesibov para favorecer el aprendizaje y la autonomía de las personas con TEA (Odrizola, 2024). Cabe destacar que las pequeñas medidas llevadas a cabo por la tutora contaban con la ayuda de la profesional de Audición y Lenguaje en los momentos de la jornada que la misma dedicaba al trabajo con Marcos, pero no siempre podían ser llevadas a cabo, sobre todo en los momentos en los que la tutora se encontraba sola en el aula, debido a la necesidad de la tutora de atender al resto del alumnado.

Técnicas de Relajación. Se llevaban a cabo tanto en momentos de transición, como la entrada o salida del colegio, cambios de actividad o de lugar, así como después de rabietas o enfados. En el caso de niños TEA como Marcos, deben ser estrategias directas, sencillas y breves, dadas las dificultades comunicativas y de comprensión de las situaciones, lo cual se muestra por medio de lloros, gritos o agresividad (Sánchez, 2023). Las técnicas de relajación son tan sencillas como la inmovilización, el uso de música, distracción con un nuevo estímulo o establecer contacto físico suave que transmita calma y cercanía al niño.

Los recursos utilizados a lo largo del estudio de caso han sido variados y de diversa naturaleza:

Recursos Materiales. Todos aquellos recursos de carácter físico que se han utilizado a lo largo de las diversas sesiones con el fin de trabajar las metodologías previamente indicadas: Aros, cuentos, libros, juguetes, colchonetas, recursos digitales, música...

Recursos Humanos. Son aquellos profesionales que han intervenido en el estudio de caso, ya indicados en el apartado correspondiente: Investigador externo, tutora del aula, especialista en Audición y Lenguaje y orientadora.

Recursos de Investigación y Evaluación. Diario de sesiones personal en el cual se recopilaron todos los aspectos relevantes observados en relación a aspectos de interés como el lenguaje, comunicación, comportamiento y cognición del niño y su evolución a lo largo de las sesiones. También se pueden incluir en esta categoría las evaluaciones previas realizadas por el departamento de orientación ya analizadas.

Procedimiento

Para llegar a la definición de los resultados finales del estudio de caso, el procedimiento que se ha establecido y se ha seguido ha estado consensuado con el centro escolar y ha sido el siguiente:

- Observación del niño y del trabajo pedagógico realizado por la tutora y la profesional de Audición y Lenguaje en el centro.

- Recopilación y análisis de información diagnóstica relevante.
- Síntesis de los datos obtenidos mediante instrumentos estandarizados y no estandarizados.
- Propuesta de seguimiento.

Resultados

En el presente apartado se recogen todos los resultados obtenidos a lo largo del estudio de caso, los cuales se pueden estructurar en las cuatro partes delimitadas en el procedimiento: observación directa del niño y del trabajo pedagógico realizado por la tutora y la especialista en Audición y Lenguaje; recopilación y análisis de información diagnóstica relevante; síntesis de los datos obtenidos mediante instrumentos estandarizados y no estandarizados; elaboración de una propuesta de seguimiento (recogida en un apartado posterior). Todas las conclusiones obtenidas fueron compartidas con el centro.

Los resultados se exponen a través de una serie de tablas que sintetizan las principales dimensiones evaluadas en el niño, organizadas según criterios observacionales, diagnósticos y evolutivos. Esta organización facilita una visión global y progresiva del desarrollo del caso, desde la observación directa hasta la interpretación e integración de los datos recogidos por pruebas estandarizadas y no estandarizadas.

Observación Directa del Niño y del Trabajo Pedagógico Realizado por la Tutora y la Especialista de AL

El seguimiento observacional del niño tanto en el aula con la tutora como en las sesiones con la maestra de Audición y Lenguaje se llevó a cabo a lo largo de todo el periodo de estudio, pero ya en los primeros días se apreciaron cualitativamente características correspondientes a los criterios diagnósticos y dimensiones afectadas en el TEA según el DSM-5-TR (APA, 2022). Dichas conclusiones se han descrito en el apartado que describe al niño estudiado como muestra del caso y se sintetizan en la siguiente tabla para su posterior análisis y contraste con las pruebas estandarizadas realizadas:

Tabla 2

Registro observacional de Marcos

Dimensión	Observaciones
Interacción social	No establece relaciones con los iguales; los aparta o golpea en caso de rabia. Con los adultos, muestra patrones extremos: indiferencia o búsqueda activa de atención con gestos y balbuceos.
Lenguaje y comunicación	No emite palabras; solo gritos, risas estereotipadas, gorjeos y fonemas aislados. No ha desarrollado escritura. Comportamiento comunicativo limitado y no simbólico.
Patrones restrictivos	Presenta conductas repetitivas y restrictivas. Desplazamientos sin rumbo fijo, manipulación inadecuada de objetos. Interés marcado por libros y aros.
Anticipación y flexibilidad	Muestra frustración intensa ante la inaccesibilidad de estos objetos y ante cambios de lugar o actividad. Dificultades especialmente notables en la salida del centro y en el momento del almuerzo.
Conducta e interacción en el aula	Conducta disruptiva. No atiende a indicaciones ni sigue actividades. Incapaz de permanecer en su silla.

Simbolización Ausencia de juego simbólico.

Alimentación y motivación No expresa hambre de forma espontánea. Necesita estimulación para comer. Preferencia exclusiva por galletas; puede intentar quitar el almuerzo a compañeros si tienen galletas.

Respuesta sensorial Hiporreactividad generalizada a estímulos sonoros, visuales, verbales y gestuales. Solo muestra atención a adultos si necesita algo.

Motricidad Presenta comportamiento vestibular. Realiza movimientos amplios y se lleva las manos a la boca. Le relajan los movimientos circulares como el balanceo y los giros de mano con ayuda del adulto.

El registro observacional correspondiente a Marcos muestra un perfil de funcionamiento caracterizado por una gran afectación tanto de la interacción social como de la comunicación. El niño presenta gran dificultad para establecer relaciones con sus iguales y con los adultos, salvo en situaciones muy específicas. Además, la existencia de conductas disruptivas y ritualizadas, así como una escasa flexibilidad tanto en rutinas como en intereses, refuerza la hipótesis de un trastorno del espectro autista. Este primer análisis cualitativo ha sido clave para orientar la posterior evaluación formal.

Recopilación y Análisis de Información Diagnóstica Relevante

A continuación, se adjuntan los resultados de las evaluaciones estandarizadas realizadas por el centro como parte de la evaluación psicopedagógica de Marcos, así como la evaluación no estandarizada realizada durante la intervención posterior a la evaluación psicopedagógica.

En la siguiente tabla se resumen los principales resultados obtenidos a partir de la realización de pruebas diagnósticas estandarizadas, utilizadas como parte de la evaluación psicopedagógica previa. Los instrumentos aplicados son el M-CHAT-R, ADOS-2, el Inventario de Desarrollo Battelle y el I.D.E.A., que permiten aproximarse al perfil de desarrollo del niño en relación con el espectro autista.

Tabla 3

Resultados de las Pruebas Diagnósticas

Prueba	Resultado
M-CHAT-R	5/20: Riesgo medio
ADOS-2	25/32: Alteración; Supera P. corte de TEA
Inventario de Desarrollo Batelle	Edad equivalente: 15 meses (desfase)
I.D.E.A.	85/96

Nota. M-CHAT-R = Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised; ADOS-2 = Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd Edition; I.D.E.A. = Inventario de Espectro Autista.

Los resultados obtenidos en las pruebas diagnósticas se alinean de forma clara con las observaciones descritas realizadas por medio de registro observacional. El M-CHAT-R indica un riesgo medio, mientras que la puntuación obtenida en la ADOS-2 supera el punto de corte clínico para el TEA. El desfase madurativo señalado por el Inventario Battelle, junto con la elevada puntuación en el I.D.E.A., sugiere un perfil de desarrollo claramente afectado en áreas clave. Estos resultados permiten tanto al centro como a la familia establecer una línea de trabajo objetiva sobre la que planificar la intervención.

El Inventario para el Diagnóstico del Espectro Autista (I.D.E.A.) se aplicó como instrumento central en la evaluación psicopedagógica del niño. La tabla refleja las puntuaciones obtenidas en cada dimensión del instrumento organizado en cuatro escalas, acompañadas de una breve justificación cualitativa. Los resultados permiten identificar las áreas afectadas del desarrollo.

Tabla 4

Resultados del Inventario I.D.E.A. aplicado a Marcos

Escala / Dimensión	Puntuación	Justificación
I. Socialización		
a. Relaciones sociales	6	Se vincula principalmente con sus padres y hermano. No establece relación con otros adultos ni con iguales.
b. Capacidades de referencia conjunta	8	No participa en actividades conjuntas simples ni utiliza la mirada para compartir atención.
c. Capacidades intersubjetivas y mentalistas	8	No hay respuestas intersubjetivas primarias o secundarias ni imitación. No responde a estados emocionales ajenos.
II. Lenguaje y comunicación		

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

a. Funciones comunicativas	4	Se comunica únicamente para pedir o rechazar, moviendo la mano del adulto o entregando objetos. No hay comunicación simbólica.
----------------------------	---	--

b. Lenguaje expresivo	8	Ausencia total de palabras. Únicamente vocalizaciones sin intención comunicativa.
-----------------------	---	---

c. Lenguaje receptivo	8	No responde al lenguaje verbal a menos que exista estímulo físico o muy directo.
-----------------------	---	--

III. Anticipación y flexibilidad

a. Anticipación	7	No anticipa rutinas simples. Muestra resistencia a los cambios. Solo anticipa ocasionalmente el momento de ir a casa.
-----------------	---	---

b. Flexibilidad	6	Realiza rituales simples como alinear objetos y muestra enfado ante interrupciones.
-----------------	---	---

c. Sentido de la actividad propia	8	Conductas sin meta aparente. No sigue consignas externas que no sean impuestas físicamente.
-----------------------------------	---	---

IV. Simbolización

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

a. Ficción e imaginación	8	Ausencia de juego funcional o simbólico. Uso incorrecto de objetos.
<hr/>		
b. Imitación	8	No se ha observado ninguna conducta de imitación.
<hr/>		
c. Suspensión (creación de significantes)	6	Se observan gestos como el señalamiento, pero no se desarrollan símbolos ni juego simbólico.
<hr/>		

El Inventario I.D.E.A. proporciona una evaluación detallada de distintas áreas del desarrollo asociadas al TEA. Marcos presenta puntuaciones altas (es decir, niveles de afectación elevados) en las cuatro escalas del inventario, con pequeñas variaciones en función de la dimensión específica, pero con una calificación de “grave” a “muy grave” en la práctica totalidad (Anexo IV). Estos resultados confirman la correspondencia de los patrones de desarrollo de Marcos con los del TEA, así como una necesidad de una intervención multidimensional con la priorización de objetivos centrados en la comunicación funcional y la regulación emocional.

A partir de la observación continua durante el segundo trimestre, se recogieron datos comparativos que permiten analizar la evolución de Marcos en el ámbito escolar. La siguiente tabla sintetiza los cambios observados desde el inicio hasta el final del periodo de estudio, lo cual resulta útil a la hora de identificar mejoras, estancamientos o áreas donde se requiere un trabajo más intensivo. Las dimensiones comparadas siguen la clasificación del inventario I.D.E.A.: Social, haciendo referencia a las relaciones establecidas tanto entre el niño y los iguales como el niño y los adultos; Lenguaje, y Comunicación, describiendo su nivel de desarrollo verbal y no verbal, así como la existencia o no de intención comunicativa; Anticipación/Flexibilidad se centra en los gustos predominantes del niño, sus intereses y la capacidad de adoptar flexibilidad tanto con respecto a estos como en las acciones cotidianas.

También se evalúa en este apartado la capacidad de anticipación; Simbolización, detallando el nivel de desarrollo de esta capacidad; Se ha añadido la categoría de Conducta, que hace referencia al comportamiento global del niño en el entorno escolar.

Tabla 5

Evolución en dimensiones evaluadas entre enero y marzo

Dimensión	Inicio de estudio (Enero)	Fin de estudio (Marzo)
Social	Relación limitada a los adultos en caso exclusivo necesidades espaciales como abrir una puerta o alcanzar un objeto. Actitud agresiva hacia los iguales.	La interacción con los adultos se amplía al juego guiado. Sigue siendo escasa hacia los iguales, pero se reduce la agresividad.
Comunicación/ Lenguaje	Lenguaje no verbal como señalamientos. El lenguaje verbal se basa en fonemas aislados, sonidos guturales, risas estereotipadas y llanto. No se percibe intención comunicativa salvo en necesidad espacial como abrir una puerta.	Continúa siendo de carácter no verbal. Se aprecian aproximaciones a las protopalabras. Continúa la risa estereotipada. Intención comunicativa sigue siendo escasa.
Anticipación/Flexibilidad	Interés fijo en los libros y cuentos. Pataletas y frustración cuando este interés no puede satisfacerse. Necesidad de indicaciones para cambio de actividad o seguimiento de la rutina.	Cierta flexibilidad. Los intereses siguen siendo fijos pero se aprecia mayor flexibilidad tanto para ser estimulado con elementos diferentes como en la rutina.

Simbolización	No se aprecia capacidad de simbolización. Ausencia de juego funcional, capacidad imaginativa e imitación.	La capacidad de simbolización no está adquirida, pero se aprecia una mayor disposición a la interacción con un adulto que guíe el juego simbólico, pero no por iniciativa propia.
Conducta	Prolifera la disrupción y el comportamiento agresivo. Rechaza comer cualquier alimento.	Mayor propensión a la calma y la tranquilidad. Acepta ingerir alimentos que son de su agrado.

Aunque el nivel de desarrollo general de Marcos sigue evidenciando limitaciones importantes, los datos recogidos entre el inicio y el final del segundo trimestre permiten identificar signos positivos de evolución. Se observa una ligera mejora en la interacción con adultos y una mayor disposición hacia el juego simbólico dirigido. La conducta también muestra una mayor regulación emocional. No obstante, las áreas relacionadas con la anticipación y la flexibilidad, así como la interacción con los iguales y la intención comunicativa continúan sin empezar a desarrollarse, lo que apunta a la necesidad de mantener una intervención sostenida en el tiempo.

Síntesis de los Datos Obtenidos mediante Instrumentos Estandarizados y No Estandarizados

Analizando en conjunto todos los resultados recopilados en las distintas pruebas, se evidencia que Marcos, la muestra tomada para el caso, es un perfil caracterizado por afectaciones significativas en todas las dimensiones vinculadas al Trastorno del Espectro Autista, especialmente en lo relativo a la comunicación simbólica, la interacción social y la flexibilidad cognitiva. Si bien la evaluación psicopedagógica aún no ha finalizado

formalmente con un dictamen sobre medidas de escolarización, los datos recogidos respaldan la hipótesis diagnóstica de pertenencia al espectro autista.

Asimismo, los registros observacionales y los datos obtenidos a través del inventario I.D.E.A. permiten identificar las áreas que se encuentran en proceso activo de mejora, como la disposición a la interacción simbólica guiada o una mayor regulación conductual. Esta evolución, aunque leve, constituye una base útil para el centro escolar para poder establecer objetivos de intervención individualizados y orientados a maximizar el desarrollo del niño en el contexto escolar.

En la discusión final, desarrollada a continuación, se valorará la evolución del caso con la finalidad de establecer conclusiones comunes y extrapolables a otros casos de TEA, utilizando estos resultados como base de fundamentación de las mismas.

Propuestas de Seguimiento

Para finalizar el estudio de caso, se proponen algunas estrategias de intervención en base a los resultados extraídos y a la situación contextual observada a lo largo del estudio, los cuales fueron compartidos y comentados con los agentes del centro escolar que colaboraron en la realización del estudio a la finalización del mismo:

Establecer un Programa Organizado de Coordinación Familia-Centro. Tal y como demuestran los estudios, las adaptaciones implementadas en casos TEA, no gozarán de impacto si no se llevan a cabo en el contexto familiar (Massaguer, 2020). Es por ello, que se consideraría muy positivo en casos como el presente, que las adaptaciones y estrategias metodológicas de trabajo que son llevadas a cabo en el centro escolar, también lo sean en el hogar, compartiendo agentes educativos y familiares los resultados, logrando así un incremento notable en la superación de obstáculos por parte del niño y mejoría en su desarrollo. Para ello, el primer paso será ayudar, desde el mismo centro o por parte de ayuda externa, a la familia a superar la fase inicial de negación, motivada por el dolor de asimilar una situación tan compleja como es el TEA (Martínez y Bilbao, 2008). La superación de esta etapa es fundamental para un mejor afrontamiento del caso de Marcos.

Profundizar en las Habilidades Sociales en Situaciones entre Iguales. La socialización entre iguales es un aspecto complejo a desarrollar en caso de infantes con TEA como Marcos, ya que las interacciones con los mismos son de un carácter más indiferente y lineal, no con picos tan extremos como en el caso de las relaciones con adultos (Asociación Española de Pediatría, 2014). Con el fin de integrarse en las actividades realizadas por otros niños y niñas, existen multitud de programas y recursos que pueden ser empleados, como la Guía para el juego dirigido en centros educativos, desarrollada por la delegación cordobesa de la Confederación Autismo España (Ruiz y Muñoz, 2017). Dicha Confederación, agrupa a 192 entidades a lo largo del país, incluida la Asociación Autismo Aragón o la Asociación Autismo Huesca. Otras posibilidades fuera del centro escolar para la socialización entre iguales son los programas de ocio para personas TEA que proponen asociaciones como ATADES.

Implementar Sistemas de Comunicación Aumentativos y Alternativos (SAAC). Pueden ser usados como complemento al lenguaje oral hasta que el mismo se desarrolle. Algunos ejemplos son los pictogramas, sistemas gráficos, uso de signos o sistemas de comunicación por intercambio de imágenes (PECS). Distintas asociaciones especializadas en el TEA pueden servir de referencia para la selección de estos. Los enumerados han sido extraídos de la Federación del Autismo en Madrid (Linuesa, 2021b).

La Ayuda Externa de una Asociación Especializada. Puede resultar crucial, ya que la pertenencia a las mismas, o al menos la utilización de sus recursos y ayuda aporta tanto a las personas con TEA como a sus familias multitud de ventajas, no solo a nivel económico, material o informativo, sino también de protección frente al acoso escolar al cual las personas con TEA pueden verse expuestas y de integración al abogar por la participación activa en la sociedad de todas las personas las personas por igual, tal y como atestiguan usuarios autistas (Pantoja, 2020). La Asociación Autismo Aragón extiende su apoyo a lo largo de la comunidad autónoma, ofreciendo servicios de evaluación y diagnóstico, asesoramiento a los profesionales de la educación, programas de voluntariado y asesoramiento directo para las familias, por lo que podría servir de gran provecho tanto para Marcos, su familia y el centro escolar a la hora de intervenir y potenciar su desarrollo (Asociación de Familiares de Personas con Autismo Aragón, 2025).

Discusión

Para finalizar este estudio sobre el TEA en edades tempranas y la importancia de la Atención Temprana, es fundamental reflexionar acerca de la teoría primeramente expuesta en base a la revisión de asociaciones y expertos estudiosos de la cuestión, siendo esta puesta en contraste con la realidad experimentada que supone el estudio de caso realizado. De esta manera, podrán extraerse conclusiones de valor para el desarrollo de la labor docente en relación con el alumnado TEA y para la comunidad educativa en general.

La detección y atención temprana se han definido como fundamentales para incrementar las posibilidades de posibilitar el mejor desarrollo posible en el caso del alumnado TEA (Peña et al, 2022). En el caso de Marcos, cuya identificación como niño TEA se ha realizado a los 3 años, la detección ha sido más temprana que la media española (Confederación Autismo España, 2022a). Las señales de alerta fueron primeramente percibidas por la tutora y el centro, algo que sucede entre el 15 % y 20% de los casos, siendo más habitual que la familia identifique en primer lugar los signos de un posible trastorno (Sampedro, 2012; Fortea et al, 2013). En este caso, no obstante, resulta comprensible la manera en la que se percibieron las señales de alerta, debido a la fase de negacionismo ya explicada en la actitud de los progenitores (Woodgate et al, 2008).

Tal y como se ha expuesto, las señales de alerta en el caso de Marcos, resultaron evidentes en el propio centro escolar, debido a la sintomatología mostrada en las distintas dimensiones afectadas por el TEA (Asociación Española de Pediatría, 2014; Confederación Autismo España, 2022c): Comunicación social e interacciones afectadas, déficits en el lenguaje o patrones restrictivos de comportamiento e intereses. Tal y como el DSM-5-TR (APA, 2022) establece, los síntomas o señales, no pueden ser explicados por una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo, algo que la evaluación psicopedagógica no ha determinado, mostrando resultados de riesgo alto en TEA y un desfase de 15 meses en su desarrollo con respecto a sus compañeros.

Sin embargo, el carácter de las evaluaciones psicopedagógicas no supone etiquetar al alumnado y establecer medidas con un carácter permanente, sino que queda sometida a un constante seguimiento y evaluación (Hernández, 2017). Las evaluaciones realizadas y las medidas establecidas deben evolucionar con el niño, sobre todo en casos precoces como este.

La atención médica que Marcos se encuentra recibiendo en el momento del estudio de caso, también supondrá una gran ayuda tanto para la familia como para el centro educativo, ya que permitirá que las medidas establecidas para favorecer el desarrollo integral y el aprendizaje de Marcos puedan determinarse con la posibilidad de una mayor efectividad.

La conclusión respecto a la detección previa, es que debe realizarse con la mayor prontitud posible, ya sea a iniciativa de la familia o del profesorado, ya que esto aumentará las posibilidades de éxito de una atención temprana, tal y como se realizó en el caso de Marcos, acotando rápidamente las posibles causas del problema, iniciando un proceso de coordinación con la familia, de actuación en el centro y de derivación a especialistas médicos, proceso de coordinación el cual se ha demostrado por los estudios como correlacionalmente positivo (Popp y You, 2014; Schuck, et al 2022; van der Heuvel et al, 2023). Este conjunto de acciones de manera temprana puede favorecer grandes logros, como la aparición de lenguaje verbal, que se da en un 86% de casos TEA que reciben Atención Temprana (Harris y Handleman, 2000, citado en Sampedro, 2012). Marcos no ha comenzado a desarrollarlo todavía como tal, pero su evolución a lo largo del estudio de caso, en aspectos como una mayor regulación en su trato con los adultos y menor disruptividad en el trato entre iguales, suponen buenos precedentes para ese desarrollo verbal.

Las medidas de intervención más efectivas, por lo tanto, deben ser decididas y aplicadas después de que el diagnóstico y valoración de necesidades ya hayan sido realizados (Hernández, 2017). Es importante recordar que los profesionales del ámbito escolar, ya sean docentes u orientadores, no pueden realizar un diagnóstico formal de TEA, sino establecer las necesidades a las que se debe responder, ya que este es responsabilidad de los profesionales del ámbito clínico (Rosen, 2024).

Una vez realizada la valoración inicial de necesidades, es importante tomar decisiones antes de implementar medidas, como la modalidad de escolarización (Linuesa, 2021a). En el caso de Marcos, el estudio de caso se ha realizado en un centro ordinario, en el cual se ha determinado su continuidad por el momento, en espera de la observación de más resultados, ya que, si la evolución del niño no es compatible con su estadia en el centro, podría plantearse el traslado a un centro con aulas preferentes o a la modalidad de educación especial, ya sea de manera combinada o permanente. No obstante, es importante tener en cuenta la corta edad de Marcos, cuyo desarrollo, a pesar del desfase demostrado se encuentra

en un periodo que todavía puede calificarse como inicial y con posibilidades de expansión y reducción del desfase cronológico con respecto a sus compañeros (Booth y Ainscow, 2002).

Si bien los problemas de desarrollo son un factor presente en las personas con TEA a lo largo de toda su vida, estos varían en su expresión y gravedad y no significan la ausencia de progreso, consecución y consecución de logros (Zarza, 2023). Así mismo, el contacto de Marcos con el resto del alumnado del centro, aunque sea una de las dimensiones afectadas, puede servir como herramienta educativa. La nula interacción y comunicación con los iguales ha evolucionado desde una agresividad inicial a una aparente indiferencia, abriendo la posibilidad de la utilización de estrategias como la mediación entre pares, las cuales pueden posibilitar el desarrollo de intención comunicativa y de interacciones verbales y no verbales (Booth y Ainscow, 2002). La permanencia del niño en entornos comunes con sus iguales se sitúa en la línea de la Declaración de los Derechos Humanos (Moral, 2018).

No obstante, la acción diferenciadora en el ámbito escolar será la realizada en el día a día por el personal docente. Esta acción comienza desde el momento en que el más mínimo signo de alerta o problema es detectado, tal y como sucede en el caso de Marcos, en el cual, tutora, especialista de AL y orientadora adoptaron medidas y empezaron el proceso de coordinación con la familia con anterioridad a la realización formal de la evaluación psicopedagógica, a pesar de la existencia de dudas, miedos, angustia o problemas con el resto de familias debido a la complejidad de la situación, ya que deben ser los agentes familiar y escolar, quienes protagonicen este proceso al ser los más cercanos al niño (Fortea et al, 2013; Massani et al, 2015; Sampedro, 2012). Una vez realizada la misma, es importante atender al modelo de escolarización y las actuaciones o adaptaciones dispuestas, tanto significativas como no significativas en el caso de Marcos, pero es la constancia en la aplicación de metodologías diarias ya descritas, como la ludificación, el método TEACCH o las técnicas de relajación, las que marcarán las posibilidades de progreso, aunque este sea pequeño, tal y como hemos podido observar en el caso de Marcos (Gil, 2019; Hernández, 2017).

El caso de Marcos debe servir como ejemplo de que la detección, atención y estimulación tempranas son posibles en el caso de niños y niñas TEA en la etapa de Educación Infantil, siempre que exista una implicación y formación constante por parte del profesorado, tal y como se recoge en la legislación vigente, como en el Artículo 102 de la LOMLOE (Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica

2/2006) en el ámbito estatal, o en el Decreto 168/2018 del Boletín Oficial de Aragón en el ámbito autonómico. En este caso han sido principalmente los agentes educativos quienes han encabezado tanto la detección ante las señales de alerta como las primeras intervenciones, pero igual de necesaria es la coordinación e implicación familiar. En el caso de Marcos la progresiva superación de la fase de negación por parte de la familia coincide con una evolución del niño con respecto a la superación de las barreras causadas por el TEA, si bien el trabajo con la familia queda pendiente de una implicación mucho mayor, en la cual posiblemente puedan jugar un papel fundamental las asociaciones externas, tal y como se ha comentado en la propuesta de seguimiento.

Limitaciones

Las principales limitaciones encontradas a la hora de la realización del estudio, se basan en el tamaño pequeño de la muestra, ya que se trata de un estudio de caso único. Esto ocasiona que deba ser tenido en cuenta que las conclusiones extraídas del mismo no podrán ser extrapolables a la totalidad de casos del alumnado denominado como TEA, sino que deberán ser tenidos en cuenta en su contexto particular, pudiendo suponer el presente estudio una guía orientativa basado en un caso particular. Igualmente, la duración de tres meses del periodo del estudio y la corta edad de la muestra, propicia que los resultados sean muy limitados dentro del propio caso.

Sin embargo, este trabajo cuenta con varias fortalezas que lo dotan de valor. En primer lugar, la abundante recopilación de fuentes bibliográficas permite una profundización previa con respecto a la actual situación del TEA y su detección en el ámbito de la intervención temprana en niños y niñas de Infantil desde una dimensión tanto clínica como pedagógica. El análisis de un estudio de caso reciente y real, permite el contraste de los estudios recopilados previamente con la realidad de la presencia del trastorno en un centro escolar actual, lo cual permite la extracción de conclusiones concretas, útiles para en la labor profesional de cualquier docente que se encuentre o se pueda encontrar en contacto con alumnado TEA. La asistencia presencial al centro educativo, así como la cooperación con las profesionales educativas responsables del niño que constituye la muestra del caso, aumenta la riqueza del estudio, posibilitando que todos los agentes implicados se beneficien del mismo.

Conclusiones

Sintetizando todo lo anterior, se reafirma que la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un proceso clave a la hora de posibilitar intervenciones ajustadas a las necesidades del alumnado desde etapas iniciales. Identificar señales de alerta cuanto antes favorece la puesta en marcha de apoyos especializados que pueden incidir positivamente de forma significativa en el desarrollo integral del niño, especialmente en áreas como la comunicación, la interacción social y la regulación emocional.

Asimismo, los resultados obtenidos junto con la experiencia de trabajo en el centro, ponen de manifiesto la importancia de la acción coordinada entre los diferentes profesionales del centro escolar. La colaboración entre tutores, especialistas en Audición y Lenguaje, equipos de orientación y otros agentes del entorno educativo permite diseñar respuestas más efectivas y adaptadas.

Por otro lado, es evidente la necesidad de una formación continua y específica del profesorado en lo relativo a la detección, comprensión e intervención en casos de alumnado con trastorno del espectro autista. Esta capacitación debe ser permanente con el fin de contribuir a una atención más profesional e individualizada, tal y como la actualidad lo requiere, al mismo tiempo que se fomenta la empatía y la sensibilidad hacia estos estudiantes.

Del mismo modo, el estudio demuestra que la escolarización en centros ordinarios, cuando las condiciones lo permiten, aporta beneficios notables para el alumnado con TEA. El contacto con los iguales en entornos estructurados y con los apoyos adecuados favorece no solo la integración social, sino también el desarrollo de habilidades comunicativas, lingüísticas y de interacción funcional.

Finalmente, cabe destacar el papel esencial de la familia en el proceso educativo del niño o niña con TEA. La aceptación del diagnóstico y la colaboración activa con el centro educativo y los profesionales médicos son elementos que repercuten positivamente en la superación de las barreras personales y contextuales que el trastorno implica de por sí, influyendo de manera directa en el bienestar emocional del menor y en la eficacia de las medidas adoptadas.

Referencias Bibliográficas

Al Jaffal, M. (2022). Barriers general education teachers face regarding the inclusion of students with autism. *Frontiers in Psychology, 13*, 873248. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.873248>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Arberas, C., & Ruggieri, V. (2019). Autismo: aspectos genéticos y biológicos. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), 16-21. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200005

Armijos Reyes, J. L., Quinto Saritama, E. V., Álvarez Román, L. L., Morocho Medina, R. A., & Llerena Samaniego, J. V. (2023). Técnicas de intervención en el trastorno del espectro autista: una revisión sistemática. *Revista Universidad y Sociedad, 15*(4), 192-203. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202023000400192

Asociación de Familiares de Personas con Autismo Aragón. (2025). *Autismo*. <https://www.autismoaragon.com/>

Asociación Española de Pediatría. (2014). *Autismo: señales de alerta para su detección*. <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/senales-alerta-para-deteccion-autismo>

Aymes, M. (2017). La entrevista como herramienta de evaluación en el colegio. *Blog Eleia – Centro Eleia de Actividades Psicológicas*. <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/la-entrevista-como-herramienta-de-evaluacion-en-el-colegio/>

Bamicha, V., & Drigas, A. (2022). ToM & ASD: The interconnection of Theory of Mind with the social-emotional, cognitive development of children with Autism Spectrum Disorder. The use of ICTs as an alternative form of intervention in ASD. *Technium Social Sciences Journal, 33*(1), 42–72. <https://doi.org/10.47577/tssj.v33i1.6845>

Barajas, L. M. (2022). Lenguaje y comunicación en el autismo. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México, 11*(28). <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i28%20fasc.%203>

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5–17. <https://doi.org/10.1023/A:1005653411471>

Booth, T., & Ainscow, M. (2011). *Index for Inclusion: Developing learning and participation in schools*. Centre for Studies in Inclusive Education. <https://oei.int/wp-content/uploads/2015/03/index-for-inclusion-3-espanol.pdf>

Buetas Guardingo, I. (2021). *Estudio de caso TEA para trabajar el área de la fonética y la fonología* (Tesis de Máster, Universidad de Zaragoza). <https://zaguan.unizar.es/record/108607/files/TAZ-TFM-2021-1149.pdf>

Cadime, I., & Mendes, S. (2024). Psychological assessment in school contexts: Ethical issues and practical guidelines. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. <https://doi.org/10.1186/s41155-024-00318-x>

Cala, O., Licourt, D., & Cabrera, N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 157–178. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1561-31942015000100019&script=sci_arttext

Castillero, O. (2018). Una selección de test que permiten detectar los rasgos autistas, especialmente durante la infancia. *Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/clinica/pruebas-para-detectar-autismo>

Codina, L. (2023). Estudios de caso: Características, tipología y bibliografía comentada. *Blog de Lluís Codina*. Universitat Pompeu Fabra. <https://www.lluiscodina.com/estudios-de-caso/>

Collins, A., Carroll, K., Gerber, A., Gavin, E., & Lerner, M. (2024). Theory of Mind and social informant discrepancy in autism. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01676-4>

Confederación Autismo España. (2022a). *Detección y atención temprana*. <https://autismo.org.es/que-hacemos/lineas-de-accion/deteccion-y-atencion-temprana/>

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Confederación Autismo España. (2022b). *El alumnado con autismo continúa aumentando por décimo año consecutivo*. <https://autismo.org.es/actualidad/noticias/el-alumnado-con-autismo-continua-aumentando-por-decimo-ano-consecutivo/>

Confederación Autismo España. (2022c). *Señales de alerta para la detección del trastorno del espectro del autismo*. <https://autismo.org.es/actualidad/noticias/senales-de-alerta-para-la-deteccion-del-trastorno-de-l-espectro-del-autismo/>

De la Cruz, J., González, M. J., & González, M. (2010). *Inventario de Desarrollo Battelle (Inventario IDEA)*. TEA Ediciones.

De la Granja, I. (2022). El problema del diagnóstico tardío en autismo. *Cuídate Plus*. <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2022/07/21/problema-diagnostico-tardio-autismo-179934.html>

Delgado, P. (2021). Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la educación. Observatorio / Instituto Para el Futuro de la Educación. <https://observatorio.tec.mx/trastorno-del-espectro-autista-tea-educacion/>

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2000). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>

Flores, A. S. (2025). *Impacto del uso de pictogramas en el desarrollo del lenguaje en niños con trastorno del espectro autista TEA* (Trabajo de Fin de Máster, Universidad Estatal Península de Santa Elena). <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/13404>

Forteza Sevilla, M. S., Escandell Bermúdez, M. O., & Castro Sánchez, J. J. (2013). Detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 191–199. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2013.v87n2/191-199/es>

Gallardo Montes, C. P., Caurcel Cara, M. J., Crisol Moya, E., & Jarque Fernández, S. (2022, enero). *La comunicación y el lenguaje en niños con autismo: desarrollo y dificultades*.

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Congreso Internacional de Innovación Educativa, Granada, España.
file:///C:/Users/USER/Downloads/PonenciaGallardoetal2022LA%20COMUNICACI%C3%93N%20Y%20EL%20LENGUAJE%20EN%20NI%C3%91OS%20CON%20AUTISMO.pdf

García, G., & Huitriado, J. C. (2024). Evolución del autismo: un recorrido histórico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 9348–9354. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13086

García-Gómez, A. (2020). Propuesta de tres dimensiones complementarias al Inventario del Espectro Autista de Rivière. *Psicología Educativa*, 28(1), 81–90. <https://doi.org/10.5093/psed2020a24>

Gil, I. (2019, 9 abril). Adaptaciones curriculares: ¿qué son y qué tipos hay? *Fundación Adecco*. <https://fundacionadecco.org/blog/que-son-las-adaptaciones-curriculares/>

Giménez, G. (2012). El problema de la generalización en los estudios de caso. *Cultura y Representaciones Sociales*, 7(13), 33–64. <https://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v7n13/v7n13a2.pdf>

Golt, J., & Kana, R. K. (2022). History of autism. En R. K. Kana (Ed.), *The neuroscience of autism* (pp. 1–14). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816393-1.00002-6>

Gonzales, E. (2014). Enfoques de intervención para niños con trastorno del espectro autista: últimos avances. *EOS Perú*, 5(1), 19–32. <https://eosperu.net/revista/wp-content/uploads/2015/10/ENFOQUES-DE-INTERVENCION-PARA-NINOS-CON-TRASTORNOS-DEL-ESPECTRO-AUTISTA-ULTIMOS-AVANCES.pdf>

Guerrero, J. A. (2022). Instrumentos para evaluar a los alumnos: ejemplos de guía de observación, diario de clase, registro anecdótico y escala de actitudes. *Docentes al Día*. <https://docentesaldia.com/2019/09/15/instrumentos-para-evaluar-a-los-alumnos-ejemplos-de-guia-de-observacion-diario-de-clase-registro-anecdoticoy-escala-de-actitudes/>

Gutiérrez, J. G., & Acuña, L. A. (2021). Evaluación estandarizada de los aprendizajes: una revisión sistemática de la literatura. *CPU-e. Revista de Investigación Educativa*, (34), 1–25. <https://doi.org/10.25009/cpue.v0i34.2800>

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Harrison, P. L., & Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System (3rd ed.) (ABAS-3)*. *Western Psychological Services*.

Hernández, M. P. (2017, 23 octubre). *Fases de la evaluación psicopedagógica* [Presentación]. SlideShare.
<https://es.slideshare.net/slideshow/fases-de-la-evaluacin-psicopedaggica-76237395/76237395>

Iñigo, A. M. (2022). *Convergencia del sistema de evaluación psicopedagógica y clínica del alumnado TEA* [Tesis doctoral, UNED].
file:///C:/Users/USER/Downloads/_NIGO_MART_NEZ_Alma_Mar_a_tesis-3.pdf

Jardim, D., Morais, S., Sayal, A., Pereira, J., Meneses, S., Areias, G., Direito, B., Macedo, A., & Castelo-Branco, M. (2024). Neurofeedback training of executive function in autism spectrum disorder: Distinct effects on brain activity levels and compensatory connectivity changes. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 16, 3.
<https://doi.org/10.1186/s11689-024-09531-2>

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., Bishop, S. L., Gotham, K., Bishop, S.L., Luyster, R.J., & Guthrie, W. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule (2nd ed.)*. *Western Psychological Services*.

Linuesa, S. (2021a). Modalidades de escolarización para el alumnado con necesidades educativas especiales. *Federación Autismo Madrid*.
<https://autismomadrid.es/articulo-especializado/modalidades-de-escolarizacion-para-el-alumno-con-necesidades-educativas-especiales/>

Linuesa, S. (2021b). ¿Qué son los sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación? *Federación Autismo Madrid*.
<https://autismomadrid.es/articulo-especializado/que-son-los-sistemas-aumentativos-y-o-alternativos-de-comunicacion/>

Martínez, A. (2020). Modelo Denver: qué es y por qué recomendamos su uso. *Asociación Tajibo*. <https://tajibo.org/modelo-denver-autismo/>

Martínez Martín, M. Á., & Bilbao León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215–230.
<https://doi.org/10.4321/S1132-05592008000200009>

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Massaguer, B. (2020). La familia, un apoyo fundamental en las personas con TEA. *Programa Ita*. <https://itasaludmental.com/blog/link/224>

Massani, J. F., García, S., & Hernández, E. (2015). La evaluación psicopedagógica de niños(as) con trastornos del espectro autista mediante el perfil psicoeducativo. *Revista Universidad y Sociedad*, 7(2), 1–15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202015000200021

Mebarak, M., Martínez, M., & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe*, (24), 91–107. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n24/n24a07.pdf>

Miller, C. (202). ¿Por qué se suelen demorar los diagnósticos de autismo? *Child Mind Institute*. <https://childmind.org/es/articulo/por-que-se-suelen-demorar-los-diagnosticos-de-autismo/>

Moral, O. (2018). TEA. Interacción con los iguales: amigos y compañeros dentro de la estimulación. *Unidad de Rehabilitación NeuroAlicante*. <https://neuroalicante.es/tea-interaccion-con-los-iguales-amigos-y-companeros-dentro-de-la-es-timulacion/>

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2020). *Trastornos del espectro autista: problemas de comunicación en los niños*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/voice/Autism-Spanish-508.pdf?utm_source=chatgpt.com

Newborg, E., Stock, J., Wnek, L., Guidubaldi, J., & Svinicki, J. (1998). *Battelle Developmental Inventory Screening Test*. Houghton Mifflin.

Odriozola, N. (2022, 10 junio). Autismo y método TEACCH: fomentando la autonomía de las personas con TEA. *Fundación Hospitalarios*. <https://ospitalarioakfundazioaeuskadi.org/es/articulo/autismo-y-metodo-teacch-fomentando-la-autonomia-de-las-personas-con-tea/>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Autismo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Pantoja, I. (2020, 2 julio). La importancia de las asociaciones y fundaciones de autismo. *Autismo Vivo*.
<https://www.autismovivo.org/post/la-importancia-de-las-asociaciones-y-fundaciones-de-autismo>

Paul, R. (2007). Communication and its development in autism spectrum disorders. En F. Tager-Flusberg, R. Paul y C. Lord (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (pp. 109–124). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544446.005>

Peña, J. L., Abenia, P., Alonso, X., Vidal, J., Ortiz, S., & Ponte, J. (2022). Atención temprana. *Asociación Española de Pediatría*.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07.pdf>

Popp, T. K., & You, H.-K. (2014). Family involvement in early intervention service planning: Links to parental satisfaction and self-efficacy. *Journal of Early Childhood Research, 14*(3), 333–345. <https://doi.org/10.1177/1476718X14552945>

Posar, A., & Visconti, P. (2017). Actualización en los trastornos del espectro del autismo. *RET: Revista de Toxicomanías, 80*, 3–13.
https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET_80_trastornos_del_autismo.pdf

Ramírez, A., Sánchez, J. M., & Quiroga, V. (2019). *Nuevas categorías diagnósticas en trastorno del espectro autista (TEA): Evolución hacia DSM-5 y CIE-11*. En XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Ponencia 10). <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-10PON10Reg2365.pdf>

Riera, M. (2021, 8 febrero). Qué es el autismo, y qué lo causa. *ADNinstitut*.
<https://www.adninstitut.com/que-es-el-autismo-que-lo-causa-n-52-es>

Rivière, Á. (2002). *Inventario de Espectro Autista (IDEA)*. TEA Ediciones.

Robins, D. L., Fein, D., & Barton, M. L. (2009). *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up (M-CHAT-R/F)*. Western Psychological Services.

Rogers, S. y Dawson, G. (2000). *Early Start Denver Model (ESDM)*.

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

Rosen, P. (2024). La diferencia entre la identificación en la escuela y un diagnóstico clínico. *Understood*.
<https://www.understood.org/es-mx/articles/the-difference-between-a-school-identification-and-a-clinical-diagnosis>

Ruiz, S. y Muñoz, M. (2017). *¿Yo también juego! ¿TEApuntas?* Asociación Autismo Córdoba.
https://www.autismo.org.es/sites/default/files/blog/adjuntos/yo_tambien_juego_teapuntas_optimizado.pdf

Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R)*. Western Psychological Services.

Sampedro, M. E. (2012). Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria? *Revista CES Psicología*, 5(1), 112–117. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539529011.pdf>

Sánchez, Y. (2023). Ejercicios de relajación para niños con autismo. *Pintando sonrisas*. <https://www.pintadosonrisas.top/ejercicios-de-relajacion-para-ninos-con-autismo/>

Sánchez-Carpintero, R. (2024). Autismo: Causas, síntomas y tratamiento. *Unidad de Neuropediatría, Clínica Universidad de Navarra*.
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/autismo>

Satter, S. (2024). Ventajas y desventajas de los estudios de caso en investigación. *Trymata*.
<https://trymata.com/es/blog/ventajas-y-desventajas-de-los-estudio-de-caso-en-investigacion/>

Schuck, R. K., Simpson, L. A., & Golloher, A. N. (2022). How is parental educational involvement related to school satisfaction for parents of young autistic children? *The School Community Journal*, 32(1), 201–224. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1347523.pdf>

Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and communication in autism. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior* (pp. 335–364). <https://doi.org/10.1002/9780470939345.ch12>

Tassini, S., Cardoso, M., Bueno, O., & de Mello, C. (2022). Weak central coherence in adults with ASD: Evidence from eye-tracking and thematic content analysis of social scenes. *Applied Neuropsychology: Adult*, 31(4), 657–668. <https://doi.org/10.1080/23279095.2022.2060105>

Van den Heuvel, R. M., Wensing, M., Geurts, H. M., & Teunisse, J. P. (2023). The social support network of adults with an autism spectrum condition: An exploration using the Network in Action-Questionnaire. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53, 1974–1988. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05467-5>

Vicente, A., & Martín-González, I. (2021). The literalist bias in the autistic spectrum conditions: Review of existing accounts. *Studies in Psychology*, 42, 298–333. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1909248>

Woodgate, R. L., Ateah, C., & Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1075–1083. <https://doi.org/10.1177/1049732308320112>

Yin, R. K. (2018). *Investigación sobre estudio de casos: Diseño y métodos* (Applied Social Research Methods Series, Vol. 5). SAGE. <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/YIN%20ROBERT%20.pdf>

Zambrano-Mendoza, A. I., & Lescay-Blanco, D. M. (2022). Rol de la familia en la calidad de vida y autodeterminación de las personas con trastornos del espectro autista. *Gestar*, 5(9), 71–101. <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/71/126>

Zarza, V. (2023). Las familias son co-terapeutas fundamentales en el desarrollo y progreso de sus hijos. *Confederación Autismo España*. <https://autismo.org.es/actualidad/noticias/tal-como-somos-familias/>

Anexos

Anexo I. Evolución del TEA en los manuales DSM

Edición del DSM	Clasificación del Autismo
DSM-I (1952)	Autismo clasificado como trastorno psicótico, reacción esquizofrénica infantil.
DSM-II (1968)	Continúa como esquizofrenia infantil. Se denomina “psicosis”.
DSM-III (1980)	Se reconoce como Trastorno del Desarrollo. Aparecen tres categorías: Autismo Infantil, Trastorno Generalizado del Desarrollo de inicio en la infancia, y Atípico.
DSM-III-R (1987)	Se introduce el término “Trastorno Autista”, eliminando “infantil”.
DSM-IV / DSM-IV-TR	Clasifica al Autismo como Trastorno Generalizado del Desarrollo. Definición incluye afectación en interacción social, comunicación y conductas repetitivas.
DSM-5 (2013)	Se consolida el término Trastorno del Espectro Autista (TEA) con criterios diagnósticos agrupados en dos grandes bloques.

Anexo II. Criterios diagnósticos para el TEA según el DSM-5-TR

A. Deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social en diversos contextos. Dentro de estas deficiencias, se establecen tres subtipos:

- A1: Deficiencias en la reciprocidad socioemocional. Esto se ejemplifica principalmente en el mantenimiento de una conversación. Se encontrarán dificultades en un transcurso normal del proceso comunicativo, ya que la persona con TEA puede rechazar iniciar o responder a las interacciones. También pueden darse dificultades a la hora de compartir intereses, emociones o afectos.
- A2: Deficiencias en conductas comunicativas no verbales. Hace referencia a la descoordinación entre lenguaje verbal y no verbal, problemas en el mantenimiento del contacto visual, carencia de expresión facial y corporal o dificultades en el uso y comprensión gestual.
- A3: Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. Estas deficiencias afectan a la adaptación en los contextos sociales: Dificultades para entablar amistades, compartir juegos, principalmente imaginativos, o directamente ausencia de interés por otras personas.

B: Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Se manifiestan de distintas maneras:

- B1: Estereotipias en el habla, movimientos, o en el uso de objetos: Ecolalia, repetición constante de frases específicas, estereotipias motoras, o alineación de juguetes, por ejemplo.
- B2: Monotonía e inflexibilidad: Hace referencia a rutinas o patrones verbales o conductuales, que se expresan de manera ritual, pudiendo la persona sufrir de gran angustia si estos se ven modificados.
- B3: Intereses restringidos y fijos. Son distintos en cada persona, muy específicos y se demuestran con gran intensidad.

Atención Temprana en el TEA: Estudio de Caso de un Niño de 3 Años.

- B4: Hiperreactividad o hiporreactividad ante estímulos sensoriales: Puede ir desde molestias extremas por determinados sonidos hasta indiferencia total ante los cambios bruscos de temperatura.

C: Los síntomas deben estar presentes desde las primeras etapas del desarrollo, aunque algunos de ellos puedan no manifestarse por completo o camuflarse hasta que la demanda social es excesivamente elevada para la persona con TEA.

D: Los síntomas causan alteraciones significativas a nivel social, laboral, o en cualquier otra área de importancia cotidiana.

E: Todos los síntomas explicados no pueden justificarse por una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo. Debe tenerse en cuenta la alta comorbilidad entre la discapacidad intelectual y el TEA, por lo que de darse el caso, la presencia del TEA estará definida por una comunicación social inferior con respecto al nivel normal de desarrollo.

Anexo III. Señales de alerta del TEA

Edad	Señales de alerta más comunes
Antes del año	Ausencia de contacto ocular, anticipación motora, falta de juegos interactivos.
12 meses	Ausencia de balbuceo o gestos comunicativos (saludar, señalar).
12-18 meses	No responde al nombre, no señala, no expresa necesidades, reacciones atípicas a sonidos.
18 meses	No verbaliza palabras sencillas.
18-24 meses	Retraso en el lenguaje, ausencia de imitación, juego repetitivo, no hay juego simbólico.
24 meses	No hay frases espontáneas de dos o más palabras.
A partir de 3 años	Lenguaje anómalo, ecolalias, regresión, ausencia de juego simbólico, desinterés social, apego o indiferencia.
A partir de 5 años	Mutismo, entonación atípica, intereses restrictivos, dificultades sociales y de adaptación a cambios.

Anexo IV. Gráfico I.D.E.A. Marcos

Perfiles para la valoración de los casos con el IDEA

Nombre: Marcos

Edad: 3 años y 9 meses

Muy Grave	8		X	X			X	X			X	X	X		
	7								X						
Grave	6	X								X					X
	5														
Moderado	4					X									
	3														
Leve	2														
	1														
Ausente	0														
		R e l a c i o n e s s o c i a l e s	R e f e r e n c i a l e s	I n t e r s u b j e c t i v i d a d y m e n t a l i s m o	F u n c i o n e s c o m u n i c a t i v a s	L e n g u a j e e x p r e s i v o	L e n g u a j e c o m p r e h e n s i v o	A n t i c i p a c i ó n	F l e x i b i l i d a d	S e n t i d o d e a c t i v i d a d	F i c c i ó n e i m a g i n a c i ó n	I m i t a c i ó n	S u s p e n s i ó n	P u n t u a c i ó n t o t a l	
		Social			Comunicación y Lenguaje			Anticipación y flexibilidad			Simbolización				
		DIMENSIONES													