



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

La presencia de niños y niñas autistas en centros escolares en Educación Infantil

Trabajo fin de grado presentado por:
Luciana Benattar Guernik
Titulación: Maestra en Educación Infantil
Línea de investigación: Estado de cuestión
Director/a: María Moscoso

Ciudad: Barcelona
30/01/2015
Firmado por: Luciana Benattar Guernik

CATEGORÍA TESAURO: 1.1.8 Métodos pedagógicos; 1.1.9 Psicología

*Ayúdame a comprender.
Organiza mi mundo y facilítame que anticipe lo que va a suceder.
Dame orden, estructura y, no caos.
No sólo soy autista.
También soy un niño, un adolescente o un adulto.
Comparto muchas cosas de los niños, adolescente o adultos
a los que llamáis “normales”.
Me gusta jugar y divertirme,
quiero a mis padres y a las personas cercanas,
me siento satisfecho cuando hago las cosas bien.
Es más lo que compartimos que lo que nos separa.*

Riviere

RESUMEN

Este trabajo de fin de Grado que se expone a continuación trata sobre el autismo. En este se pretende investigar sobre qué es el autismo, características, causas y tipos de TEA. Además de indagar la manera en la que los profesores abordan su trabajo con estos niños, que metodología realmente utilizan. Como se puede comprobar tienen pocos recursos de trabajo en estos centros y apoyo escolar.

El trabajo empieza con un marco teórico donde permite al lector situarse y centrarse en el tema en profundidad.

Posteriormente se analiza los vínculos que existen entre familia-escuela y las metodologías empleadas. Y por último se describe un caso real de un niño autista desde que tiene 9 meses hasta ahora que tiene 10 años, pasando por tres colegios diferentes.

Palabras Clave: Autismo, Vinculo familia-escuela, Educación, Metodología, caso Juan.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO	5
OBJETIVOS DEL TFG	6
MARCO TEÓRICO	7
3.1 <i>Etimología de la palabra AUTISMO</i>	7
3.2 QUE ES EL DSM	13
3.2.1 DSM-IV	14
3.2.2 DSM5. Criterios diagnósticos.	18
LOS VINCULOS FAMILIA - ESCUELA	22
METODOLOGIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS	25
5.1 Pictogramas	26
5.2 El Método ABA Siglas en inglés Applied Behavioral Analysis (ABA) Análisis Conductual Aplicado o Método de Modificación de Conductas	27
5.3 Musicoterapia con niños autistas	28
EJEMPLO CASO REAL: EL CASO DE JUAN	29
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANNEXOS	39

1. INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO

Este trabajo sobre autismo, nace de las inquietudes que me surgieron cuando empecé a trabajar como técnica de necesidades educativas especiales en una escuela infantil. Allí conocí a un niño al que le diagnosticaron autismo. A partir de ese momento, creé un vínculo muy fuerte con el niño y su familia.

Para mí lo más importante era conocer en profundidad el trastorno y buscar métodos para motivar al niño y así poder aprovechar sus puntos fuertes.

Yo, como docente necesito sentirme preparada para poder atender a niños con este trastorno y así ofrecerles una atención individualizada. Al mismo tiempo es necesario establecer una relación estrecha con la familia para favorecer la educación de su hijo, intentando darles los recursos necesarios para aprovechar el potencial de este.

Como cita Rivière (Qué nos pediría un autista, 1996) en una de sus 20 ideas:

“Merece la pena vivir conmigo. Puedo darte tantas satisfacciones como otras personas, aunque no sean las mismas.

Puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista, sea tu mayor y mejor compañía.”

La tesis está estructurada en 4 partes:

En la primera encontramos el marco teórico donde se clasifican los autores más relevantes que han investigado sobre el autismo, y la clasificación de los DSM.

La segunda parte analizamos los vínculos que tiene la familia con el centro escolar, ya que es muy importante crear buenos lazos para poder dar la mejor educación posible a estos niños.

La tercera parte indagamos las diferentes metodologías que emplean los centros escolares, ya que cuando se habla de la franja de 0 a 6 años, la metodología empleada es muy escasa, aun habiendo metodologías buenas para llevar a cabo en el aula.

Y por último se narra la historia de un caso real, de un niño que tuvo en la escuela infantil desde los 9 meses hasta los tres años. Y desde que se fue de este centro hasta ahora que tiene 10 años y ha pasado por tres colegios diferentes.

2. OBJETIVOS DEL TFG

La lectura reflexiva de este trabajo de investigación debe permitir el logro de los siguientes objetivos:

Objetivo general: Indagar por el papel de los centros escolares en los casos de niños y niñas con autismo en educación infantil.

Objetivos específicos:

- Explicar qué es el autismo.
- Conocer cuáles son los vínculos que se establecen, a nivel teórico, entre las familias con niños autistas y los centros escolares.
- Indagar de qué manera se abordan los casos de autismo en los centros escolares ordinarios.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Etimología de la palabra AUTISMO

Autismo proviene del griego, de Autós que significa, propio, uno mismo. Como un niño muy suyo, tan suyo, que parece no necesitar de los demás. Tan metido en su mundo que nos parece incluso imposible el poder atraerlo al nuestro para poder comunicarnos con él.

AUTISMO

Autismo es el término utilizado por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en su obra *Dementia praecox of the group of schizophrenias* (1911 y trad.al ingles en 1950). Sin embargo, la definición clínica del síndrome autista no apareció hasta el año 1943, año en el que Leo Kanner gracias a su estudio del comportamiento de 11 niños (8 niños y 3 niñas), describió de forma minuciosa los casos de estos pacientes, Kanner comentaba sus características comunes especiales que se referían principalmente a tres aspectos:

1. **Las relaciones sociales.** Para Kanner, el rasgo fundamental del síndrome de autismo era "la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones" (1943, p. 20), sobre la que hacía la siguiente reflexión: "Desde el principio hay una extrema soledad autista, algo que en lo posible ignora o impide la entrada de todo lo que le llega al niño desde fuera. El contacto físico directo, o aquellos movimientos o ruidos que amenazan con romper la soledad, se tratan como si no estuvieran ahí o, si no basta con eso, se sienten dolorosamente como una penosa interferencia" (ibídem).
2. **La comunicación y el lenguaje.** Kanner destacaba también un amplio conjunto de deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje de los niños autistas, a las que dedicó un artículo monográfico en 1946 titulado "Lenguaje irrelevante y metafórico en el autismo infantil precoz". Tanto en este artículo como en el de 1943 se señala la ausencia de lenguaje en algunos niños autistas, su uso extraño en los que lo poseen como si no fuera "una herramienta para recibir o impartir mensajes significativos" (1943, P. 21) y se definen alteraciones como la ecolalia (tendencia a repetir emisiones oídas, en vez de crearlas espontáneamente), la tendencia a comprender las emisiones de forma muy literal, la inversión de pronombres personales, la falta de atención al lenguaje y la apariencia de sordera en algún momento del desarrollo.
3. **La "insistencia en la invarianza del ambiente"** Kanner comentaba hasta qué punto se reduce drásticamente la gama de actividades espontáneas en el autismo y cómo la

conducta del niño "está gobernada por un deseo ansiosamente obsesivo por mantener la igualdad, que nadie excepto el propio niño, puede romper en raras ocasiones" (p. 22). Perspicazmente relacionaba esta característica con otra muy propia del autismo: la incapacidad de percibir o conceptualizar totalidades coherentes y la tendencia a representar las realidades de forma fragmentaria y parcial.

Unos meses después de la publicación del artículo sobre autismo escrito por Kanner, el doctor Hans Asperger, dio a conocer los casos de niños con "psicopatía autista", vistos y atendidos en el Departamento de Pedagogía Terapéutica (*Heilpädagogische Abteilung*) de la Clínica Pediátrica Universitaria de Viena. Hay que resaltar que Asperger no conocía el artículo de Kanner y publicó sus propias observaciones en un artículo de 1944, titulado "La psicopatía autista en la niñez". En él destacaba las mismas características principales señaladas por Kanner. "El trastorno fundamental de los autistas -decía Asperger- es la limitación de sus relaciones sociales. Toda la personalidad de estos niños está determinada por esta limitación" (p. 77. *ed. cit.*). Además Asperger señalaba las extrañas pautas expresivas y comunicativas de los autistas, la compulsividad y el carácter obsesivo de sus pensamientos y acciones, y la tendencia de los autistas a guiarse exclusivamente por impulsos internos, ajenos a las condiciones del medio.

Asperger (ibídem) definía con las siguientes características

- Falta de empatía, ingenuidad
- Poca habilidad para hacer amigos
- Lenguaje repetitivo
- Pobre comunicación no verbal
- Interés desmesurado por ciertos temas, destacando su capacidad para hablar de sus temas favoritos de modo sorprendentemente detallístico y preciso.
- Torpeza motora y mala coordinación Asperger solía utilizar la denominación de "pequeños profesores" (*kleine Professoren*) para referirse a ellos.

A finales del año 1940 Bruno Bettelheim, publicó un libro titulado "La fortaleza vacía" (1967) en este culpabilizaba a las madres como la causa principal del autismo. Utilizó el término "madres nevera", se referiría a ellas como madres frías e insensibles. Esta teoría de Bettelheim fue contra decida en 1964 por Bernard Rimland, en su libro "autismo infantil". Para Rimland que era padre de un niño con autismo, era un trastorno biológico y no una enfermedad emocional causado por madres y/o padres fríos e insensibles. Lorna Wing comenzó un exhaustivo proceso de investigación, a partir del momento, en que le

diagnostican autismo a su hija, ella tradujo al inglés el trabajo de Hans Asperger y lo bautizó Síndrome de Asperger en un artículo titulado «Asperger's syndrome: a clinical account», aparecido en la revista *Psychological Medicine* (vol. 11, págs. 115 a 130). Junto a su amiga Judith Gould, en el año 1979, después de realizar un estudio utilizaron el término Trastornos del Espectro Autista (TEA) ya que consideraban que son un conjunto de alteraciones que afectan al desarrollo infantil. Estas alteraciones varían mucho de un niño a otro y la gravedad de las mismas varia de un caso a otro, de ahí que se hable de un "espectro". Wing ,ratificaba su idea en una entrevista para el al periódico inglés *The Guardian* en mayo del 2011“Siento que es más seguro el uso del espectro del autismo, ya que se basa en la única cosa constante: problemas con el instinto social. Debemos mantener las descripciones de los diferentes grupos, pero menos rígidas. Tenemos que ver a cada niño como un individuo; para ayudarles tenemos que entender todas sus habilidades particulares, dificultades, conductas y emociones“.

En su libro “El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia” (1988) Lorna, describe la triada de Wing (pag 44-59)

- Deficiencias en la interacción social
- Deficiencias de la comunicación
- Deficiencia en la imaginación

Más adelante agregó a estos los patrones repetitivos de actividad e intereses como otro de los aspectos fundamentales a considerar en el proceso diagnóstico.

Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith en el año 1985 comenzaron a considerar que el autismo es un trastorno de la mente. Esta teoría sustenta que hay una dificultad en la comprensión de los estados mentales de uno mismo y los demás, esto reduce considerablemente la comprensión de situaciones cotidianas. En ese mismo año Baron-Cohen publicó un artículo titulado “¿Tienen los niños autistas Teoría de la mente?”. En el planteaba una hipótesis sobre cuál sería el proceso mental del niño.

También Rivière publicó en 1996 “¿Qué nos pediría un autista?” En el escribe 20 ideas y/o explicaciones para entenderlos (ver anexos). Ángel Rivière en 1997 define autismo como: “Aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas o impredecibles: aquellas personas que viven como ausentes mentalmente, ausente a las personas presentes, y que por todo ello se sienten incompetentes para prevenir, regular y controlar su conducta por medio de la comunicación”.

Según Rivière (1997) son 12 las dimensiones alteradas que caracterizan el espectro autista. Pueden ordenarse en cuatro niveles:

Trastorno del desarrollo social

1. Trastornos cualitativos de la relación social.
2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas).
3. Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.

Trastorno de la comunicación y el lenguaje

4. Trastornos de las funciones comunicativas.
5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.

Trastorno de la anticipación y flexibilidad

7. Trastornos de las competencias de anticipación.
8. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
9. Trastornos del sentido de la actividad propia.

Trastorno de la simbolización

10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.
11. Trastornos de la imitación.
12. Trastornos de la capacidad de hacer significantes.

Estas doce dimensiones proporcionan una idea de su diversidad y la necesidad de adaptarlas a las condiciones particulares de cada persona con espectro autista. Con el objetivo de un diagnóstico inicial o/y un seguimiento de los tratamientos Rivière elabora el Inventario de Espectro Autista (IDEA).

Causas del autismo

Las causas del autismo han motivado muchas investigaciones de distintas índoles, pero aun al día de hoy no hay nada concreto. Para Simon Baron-Cohen en su libro "Autismo. Una Guía para padres" Los numerosos estudios médicos que se han desarrollado indican una multiplicidad de causas biológicas (genéticas, metabólicas, infecciosa) que pueden provocar la alteración del desarrollo mental que se manifiesta en el trastorno autista (1998)

Tipos de autismo

EI TEA

El TEA (trastorno del espectro autista) se caracteriza por tener dificultad en la comunicación, y modelos de conducta estereotípicos, limitados y repetitivos. Dentro del espectro autista se encuadran diferentes trastornos: trastorno autista (autismo clásico), trastorno de Asperger (Síndrome de Asperger), El trastorno de Rett (síndrome de Rett), trastorno generalizado del desarrollo no especificado (PDD-NOS, por sus siglas en inglés) y el trastorno desintegrativo infantil (CDD, por sus siglas en inglés). La evolución de cada uno de estos trastornos no es la misma de unas personas a otras.

Trastorno de Asperger

Es uno de los trastornos del espectro autista, los niños que lo padecen tienen una inteligencia normal, inclusive a veces es superior a la media, tienen una memoria sorprendente, pero son solitarios y tímidos. Les cuesta entender o interpretar pensamientos y sentimientos de otras personas. Tienen dificultades en la comunicación y en interacción social.

Trastorno de Rett

El Síndrome de Rett es un trastorno que afecta casi exclusivamente al sexo femenino.

El crecimiento y desarrollo del niño aparentemente es normal hasta que poco a poco se van notando diferentes síntomas de tipo mental y físico. Estos síntomas suelen comenzar a manifestarse con la pérdida del tono muscular, la pérdida del uso voluntario de las manos seguido de un crecimiento retardado del cerebro y de la cabeza, presenta dificultad para gatear y/o caminar y pierde el contacto visual.

Trastorno Generalizado del Desarrollo-no especificado (PDD-NOS) Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

El PDD-NOS es un trastorno del espectro del autismo. Un niño puede ser diagnosticado con

PDD-NOS si él o ella muestra algunos de los comportamientos del trastorno autista, pero no cumple con todas sus características. Pero puede suceder que sea diagnosticado de PDD-NOS, desarrollar características más autistas con la edad, y ser re-diagnosticado con autismo u otro trastorno generalizado.

Trastorno desintegrativo infantil (CDD) Childhood Disintegrative Disorder

Este trastorno se hace evidente cuando un niño después de desarrollarse normalmente comienza a perder las destrezas que había logrado hasta ese momento. Los niños con CDD tienen un retroceso en la función motora y en la inteligencia. Sus síntomas son muy parecidos a los del autismo, tales como, los modelos repetitivos del comportamiento, la dificultad para relacionarse con los demás y el deterioro del lenguaje. Los niños que la padecen a menudo pueden tener problemas de control de esfínteres.

3.2 QUE ES EL DSM

Las siglas DSM provienen de “Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders” es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Estos criterios de diagnóstico proporcionan un lenguaje común entre los distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos e investigadores de las ciencias de la salud) que tratan a pacientes con dichos trastornos, estableciendo claramente los criterios que los definen y ayudando a asegurar que el diagnóstico sea preciso y consistente.

En general, el DSM es el sistema de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación, tanto para el **diagnóstico** clínico como para la investigación y la docencia. Es importante que siempre sea utilizado por personas con prudencia, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

El **DSM** ha sido revisado con frecuencia desde su primera publicación en 1952. Desde la edición **DSM I** a la versión **DSM IV R** se utilizó en la nomenclatura la numeración romana, en esta nueva edición del **DSM**, su nomenclatura es arábica (**DSM-5**).

En Mayo de 2013, se publicó en EEUU esta nueva edición del DSM (APA, 2013) . En España ya tenemos la versión traducida (2014).

Para explicar las novedades que nos trae el DSM-5 respecto a la nueva clasificación del Autismo, 1 de Mayo del 2013 en el Curso Previo al IMFAR 2013, Congreso Internacional para la Investigación del Autismo, Andrés Martin, profesor de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Yale, expuso las siguientes consideraciones:

En primer lugar, realizó una aproximación histórica de las diferentes ediciones del DSM

1. En el **DSM-I** y en el **DSM-II** (1952 y 1968) el autismo era considerado un síntoma de la esquizofrenia
2. En el **DSM-III** (1980) se comenzó a hablar de Autismo infantil.
3. En el **DSM-III-R** (1987) se incluyó el trastorno autista.
4. En el **DSM-IV** (2000) se definen cinco categorías diagnosticas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado
5. En el **DSM-5** (2013) se habla de una única categoría, el **Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)**

3.2.1 DSM-IV

El DSM-IV y la CIE-10 proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de autismo infantil.

3.2.1.1 Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00]

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

- 1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - d) Falta de reciprocidad social o emocional.
- 2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
- 3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
 - a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

- c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - d) Preocupación persistente por partes de objetos.
- B.** Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil. trastorno viene recogido con el nombre de autismo infantil.

El DSM-IV y la CIE-10 proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de síndrome de Rett.

3.2.1.2 Criterios para el diagnóstico de F84.2 Trastorno de Rett [299.80]

- A.** Todas las características siguientes:
- (1) Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
 - (2) Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
 - (3) Circunferencia craneal normal en el nacimiento.
- B.** Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:
- (1) Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
 - (2) Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
 - (3) Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
 - (4) Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
 - (5) Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Los criterios y códigos diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 son idénticos, excepto en el Criterio C, donde la CIE-10 también incluye una «pérdida general del interés por los objetos y el entorno». En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de otro trastorno, el desintegrativo infantil.

3.2.1.3 Criterios para el diagnóstico de F84.3 Trastorno desintegrativo infantil

[299.10]

- A.** Desarrollo aparentemente normal durante los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B.** Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 1. Lenguaje expresivo o receptivo
 2. Habilidades sociales o comportamiento adaptativo
 3. Control intestinal o vesical
 4. Juego
 5. Habilidades motoras
- C.** Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 1. Alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con los compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
 2. Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o mantener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
 3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.
- D.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

El DSM-IV y la CIE-10 proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de síndrome de Asperger.

3.2.1.4 Criterios para el diagnóstico de F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

- A.** Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

- (2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
 - (3) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
 - (4) Ausencia de reciprocidad social o emocional
- B.** Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
- (1) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
 - (2) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - (3) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (4) Preocupación persistente por partes de objetos
- C.** El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E.** No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F.** No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

3.2.2 DSM5. Criterios diagnósticos.

A. Déficit persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. Déficit en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.
2. Déficit en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficit en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.
3. Déficit para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos (ver Tabla).

B. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ej., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ej., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de

pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).

3. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ej., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos (ver Tabla).

- C.** Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).
- D.** Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.
- E.** Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

Nota: Los individuos con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deben recibir el diagnóstico de trastorno del espectro de autismo. Los individuos que tienen marcados déficits en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno de espectro de autismo, deberán ser evaluados para el trastorno de comunicación social (pragmática).

Especificar si:

- *Se acompaña o no de discapacidad intelectual.*
- *Se acompaña o no de un trastorno del lenguaje.*

- *Se asocia con una condición médica o genética o con un factor ambiental conocido* (Nota de codificación: use un código adicional para identificar la condición médica o genética).
- *Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento* (Nota de codificación: use otro(s) código(s) adicional(es) para identificar el trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado).
- *Con catatonía* (hacer referencia a los criterios de catatonía asociada con otro trastorno mental) (Nota de codificación: use el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada con trastorno del espectro de autismo para indicar la presencia de catatonía comorbida).

Tabla n°1. Niveles de severidad del trastorno del espectro de autismo

NIVEL DE SEVERIDAD	COMUNICACIÓN SOCIAL	INTERESES RESTRINGIDOS Y CONDUCTA REPETITIVA
Nivel 3 Requiere un apoyo muy sustancial	<p>Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos-repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>

<p>Nivel 2</p> <p>Requiere un apoyo sustancial</p>	<p>Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficit sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal</p>	<p>El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p>Nivel 1</p> <p>Requiere apoyo</p>	<p>Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia</p>

4. LOS VINCULOS FAMILIA - ESCUELA

“La educación no es tan sólo otro tratamiento. Es el modo en que a los ciudadanos se les enseña los valores, la comprensión, el conocimiento y las habilidades que les capacitarán para participar plenamente en su comunidad. Es la puerta para la plena inclusión social. Por eso, toda la sociedad civilizada concede a sus ciudadanos el derecho a la educación”.

(Jordan,2007,p11)

La unión entre padres y profesionales tienen un papel importante en la mejora de la calidad de vida familiar, la actitud de los profesores es esencial. Turnbull (2003) afirma que las reacciones negativas de otras personas ocasionan muchas veces estrés en las familias, y no tanto la propia discapacidad. Cuando la familia siente que no tiene el respeto y la empatía de los profesores, esto les puede causar estrés.

La educación es un proceso largo, comienza primero en la familia y después en la escuela, es importante la colaboración de ambas partes para conseguir un buen desarrollo educativo y personal del niño.

Para tener una buena educación integración del alumnado es necesario que exista comunicación, una acción conjunta y coordinada con la familia. De esta manera se obtendrá en los niños un buen desarrollo social, intelectual y emocional.

Es necesario mantener una buena coordinación familia-escuela ya que así los padres tienen más confianza con los profesores de sus hijos. Y de esta manera pueden comunicar sus inquietudes, dudas y la evolución de sus hijos, esto hace que los profesores conozcan mejor a cada alumno con el objetivo de poder ayudarlo.

Por este motivo la familia y la escuela son los elementos principales en la educación de un niño. Por ello es importante ir los dos en la misma dirección, para poder buscar objetivos comunes.

En los años ochenta, se dieron algunas orientaciones acerca de cómo integrar a los niños autistas. En 1985 el ministerio de educación y ciencia puso en marcha un programa de integración escolar, permitiendo a los niños que estaban escolarizados en colegios especiales, poder asistir a colegios ordinarios.

Los padres son normalmente los que eligen el centro al que quieren que vaya su hijo, lo escogen mirando que sea el mejor centro mirando la metodología que imparten, el compromiso que tienen con las familias y los recursos que emplean.

Lo más importante para las familias es que se cree un vínculo afectivo con el pequeño. Para ello los profesionales deben esforzarse para mantener una relación entre escuela y familia, para así garantizar una buena adaptación. Ya que estos delegan a los profesores confianza, autoridad, funciones, objetivos,...

Los padres por otra parte necesitan un mínimo de servicios, ya sea apoyo familiar, terapéutico, o de atención temprana. Necesitan esto para poder dar respuestas a sus necesidades, preocupaciones e inquietudes que le surgen en el día a día.

Con lo cual el poder estar unidos a otras familias es una experiencia muy beneficiosa, una fuente de ayuda social y emocional bastante importante. Las asociaciones son una forma de estar representados en la sociedad para poder promover mejoras en las leyes, los servicios, logrando apoyo y reconocimiento por parte del estado.

Es importante hablar de lo que les sucede, esto les hace sentir escuchados y comprendidos y en muchos casos acompañados. El hecho de hablar hará que las demás personas de su alrededor sepan cómo se sienten en determinados momentos. El poder compartir con otras familias experiencias, sentimientos y aprendizaje hará que las familias se sientan apoyadas.

Los padres requieren una educación adecuada y apropiada para su hijo; esto quiere decir una jornada escolar más ampliada, en colegios cercanos a la casa y que favorezcan la ayuda y los servicios necesarios. (Cutler & Kozloff, 1987)

Además necesitan servicios de respiro. Aquí en Barcelona existe un centro creado con el capital de los padres de niños autistas, es un centro asociación que se llama Obrir-se al mon, que tiene diferentes actividades pensadas para ayudar a estos niños, y una de ellas es ofrecer este servicio respir, que permite a los padres disponer de tiempo para hacer cosas que no pueden hacer en el día a día, como descansar, dedicar tiempo a otros hijos,... (Cutler & Kozloff, 1987)

Modalidades de escolarización

El sistema Educativo dispone de diferentes modalidades de escolarización para niños con necesidades educativas especiales, en este caso alumnos con TEA.

Hay diferentes tipos de centro, y dependiendo del tipo de atención educativa que precise, irán a un centro u otro.

- Centro específico de autismo

Para aquellos alumnos que necesiten una atención individualizada.

- Centro ordinario con USEE

Para aquellos alumnos que se integren bien en un aula ordinaria con las adaptaciones curriculares que hagan falta.

Dentro de este centro, existen las aulas de educación especial (USEE), donde el alumno asiste al aula ordinaria y cuando es necesario asiste a esta aula (USEE) para recibir el apoyo necesario. Permiten al alumnado mejorar las interacciones sociales, con niños normotípicos y a la vez obtener un aprendizaje adaptado e individualizado.

- Centro ordinario sin USEE

Para aquellos alumnos que asisten de forma regular a las clases en un colegio ordinario, con 24 compañeros, sin el apoyo escolar.

5. METODOLOGIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Después de investigar sobre qué métodos de trabajo se utilizan en los centros ordinarios, he llegado a la conclusión que los programas de trabajo que se citan por internet, no se utilizan en los centros ya que se necesita una persona para poder estar con estos niños y actualmente con los recortes no tienen la ayuda.

En estos niños es muy importante estructurar el entorno, una enseñanza estructurada, donde todo ha de estar planificado y organizado. Esta enseñanza incluye rutinas, horarios, sistemas de trabajo individual y organización física de materiales. Esta hará que el niño vaya interiorizando de manera progresiva esa capacidad organizativa (teoría del doble origen de las funciones psíquicas de Vygotski).

Cuando el niño entiende lo que sucede y anticipa lo que va a ocurrir, mejora el aprendizaje y reduce los problemas de conducta (Kunce y Mesibov, 1998).

Dos de las estrategias de intervención para ayudar a alumnos con TEA a entender mejor los trabajos de clase y pasar la jornada con menos estrés y mayor autosuficiencia son:

- Las rutinas diarias; los niños con TEA tienden a ser menos desesperados o ansiosos, a tener menos problemas de conducta y a aprender mejor, en clases donde el orden de los eventos sigue una secuencia regular. El establecimiento de rutinas estables y la organización precisa de la vida social en el colegio, promueve el orden y habilidades en el niño para anticipar acontecimientos. Estos alumnos tienen puntos fuertes relativos en el aprendizaje mecánico, logran beneficiarse de tener rutinas constructivistas (Kunce y Mesibov, 1998)
- Las agendas de actividades, es una libreta que permite al niño saber por anticipado lo que va a suceder, las actividades se plasman mediante dibujos, esto le anticipa lo que tiene programado para el día, para los niños es muy importante esto porque necesitan tener todo controlado y saber que van a hacer en todo momento. Además de proporcionarles un sentimiento de seguridad. Al niño se le explica las actividades mostrando la imagen para que pueda relacionarlo.

5.1 Pictogramas

Los pictogramas son dibujos que representan la realidad de objetos y acciones. Se vienen utilizando desde la prehistoria y ahora en la actualidad sirven para transmitir un mensaje directo y claro.

Son utilizados por personas que presentan dificultades en la comunicación oral y escrita. Utilizan la imagen a modo de palabra para expresar sus ideas, conceptos o sentimientos. Las personas con autismo los utilizan para comprender de manera más fácil las actividades cotidianas.

Este método es de gran importancia para estas personas porque les ayuda a anticipar el futuro, ya que mediante la imagen saben que va a pasar en todo momento, ya que ellos necesitan tenerlo todo controlado.

El Proyecto PEANA es un programa de estructuración ambiental en el aula de niños con autismo (Tamarit, De Dios, Domínguez y Escribano, 1990) que permite la comprensión espacio-temporal a través de una organización basada fundamentalmente en todo tipo de ayudas visuales. Esta tiene como objetivo presentar al niño la realidad mediante pictogramas.

Los pictogramas utilizados como sistema de anticipación son más efectivos si cumplen una serie de requisitos:

1. Que los dibujos sean sencillos, esquemáticos, pero que se ajusten a la realidad
2. Describir el mayor número de detalles que sea posible.
3. Escribir lo que representa el dibujo debajo o encima.

5.2 El Método ABA

Siglas en inglés Applied Behavioral Analysis (ABA) Análisis Conductual Aplicado o Método de Modificación de Conductas

Es un método de enseñanza de niños con autismo y trastornos generalizados del desarrollo. Se basa en la hipótesis de que el comportamiento adecuado, se puede enseñar utilizando principios científicos. Fue desarrollado por el Dr. Ivar Lovaas en el 1980 (Lovass, 1987).

El Análisis Conductual Aplicado es el uso de técnicas y principios para lograr un cambio significativo y positivo en el comportamiento. Se centra en el refuerzo positivo. Cuando una conducta es seguida por algún tipo de recompensa, el comportamiento es más probable que se repita positivamente. A través de décadas de investigación, el campo del análisis de conducta ha desarrollado muchas técnicas para aumentar las conductas útiles y reducir las que puedan causar daño o interferir con el aprendizaje.

ABA es eficaz para mejorar la comunicación, el juego, las habilidades sociales y para aprender, es más beneficioso cuando se desarrolla antes de los 5 años de edad.

Los tratamientos basados en ABA son intensivos, se trabaja de 20 a 40 horas a la semana. Se suele trabajar particularmente, un niño con un profesional capacitado.

Los ensayos se pueden usar para enseñar el contacto visual, la imitación, la motricidad fina, la autoayuda, los académicos, el lenguaje y la conversación

La forma más conocida de ABA es el entrenamiento con pruebas. El terapeuta da instrucciones claras acerca de una tarea deseada / comportamiento. Si un terapeuta está tratando de enseñar habilidades de imitación, por ejemplo, le puede dar una orden, como "Haz esto", mientras levanta una mano. La idea es que el niño levante la mano como lo hizo el terapeuta. Si el niño lo realiza correctamente, recibe un refuerzo positivo, este puede ser un juguete o un elogio. En el método ABA tradicional, si el niño falla, el terapeuta le dice "No". Y espera un momento para volver a repetir la misma orden y ayuda al niño físicamente a levantar la mano.

Ahora los programas de ABA utilizan indicaciones para cada prueba, por lo que el niño siempre lo realiza correctamente, por lo tanto siempre recibe el elogio o un juguete. Esta técnica se denomina "aprendizaje sin errores." El niño no se le dirá "no" por los errores, sino más bien se guiará a la respuesta correcta cada vez. Las indicaciones se reducirán paulatinamente.

5.3 Musicoterapia con niños autistas

Durante la década de los 50, se comenzó a utilizar musicoterapia como técnica de enseñanza para los niños autistas. El Proyecto Nacional de Estándares conducido por el Centro Nacional de Autismo (2009) clasificó la musicoterapia como una práctica emergente basada en evidencia muy útil en la enseñanza de destrezas individuales o metas por medio de la identificación de destrezas a través de la canción o clave rítmica (Simpson & Keen, 2011). Este programa terapéutico incluye actividades como bailar y moverse con música, tocar instrumentos y cantar. Este modelo no requiere interacción verbal, utiliza música con estructura natural, facilita el juego y promueve la interacción social (Díaz, 2005). Reschke- Hernández (2011), indica que los niños con autismo experimentan la música como mediador que no representa amenaza y por eso están más dispuestos a involucrarse en la experiencia musical que en otros ambientes, particularmente en música improvisada por ellos mismos.

La música, en mayor o menor medida, forma parte de nuestras vidas y es un lenguaje universal que llega a todo el mundo. “El mundo es musical por naturaleza” (Campbell, D., 2003:21). Los niños autistas generalmente, responden mejor a la música que a otros estímulos auditivo.

6. EJEMPLO CASO REAL: EL CASO DE JUAN

Juan es un niño que iba a la guardería desde los 9 meses, y antes de llegar al año de vida le diagnosticaron autismo. Su madre fue la que empezó a notar diferentes comportamientos que le hicieron sospechar que algo ocurría, lo comparaba con su hermano mellizo. Lo que realmente le llamó la atención es que no le podía dar el aire a la cara, si esto pasaba, se tiraba al suelo, se ponía histérico, no quería andar,.. en el caso de querer algo y no conseguirlo se tiraba al suelo, varios comportamientos raros le hicieron pensar que algo le pasaba a su hijo, no sabía el qué, pero sabía que a su hijo algo le pasaba.

A partir de ahí empezó la madre a leer, a buscar información, a hablar con gente que pudiera tener hijos con la misma situación que ella. Ella creyó oportuno llevarlo al médico de cabecera para explicarle lo que sucedía, pero el medico no supo escucharla, la trataba de primeriza, de madre histérica, de que comparaba mucho a sus hijos,...ella insistía y no le hacía caso.

El mellizo de Juan que es sordo, asiste al CREDAV (centro de recursos para deficientes auditivos), en este centro hay psicólogos, con lo cual tuvo la oportunidad de hablar con una psicóloga y poder explicarle el caso de su hijo Juan, ella ya lo había visto alguna vez por el centro ya que acompañaba a su hermano, con lo cual sabia más o menos que podía pasarle, hicieron una entrevista y se lo derivaron a una psicóloga del centro de salud mental del hospital del Taulí. Fue Allí donde empezaron con las valoraciones, haciéndoles test a través del juego, se dieron cuenta que tenía un retraso mental, que no hacia lo que hacía un niño de su edad. A partir de ahí el niño acudía al centro cada día, pero nunca llegaron a darle un diagnóstico, le decían que era muy pequeño para darle el diagnóstico.

Los padres consideraron que necesitaban saber que diagnostico tenía el niño para poder ayudarlo. Cansada de buscar sin respuestas, busco un psicólogo de pago, y este en 15 días le dio el diagnóstico, le dijeron que estaba dentro del síndrome del espectro autista, pero que al ser tan pequeño podía tener un buen pronóstico.

Con el diagnóstico en mano empezó el tratamiento, un tratamiento basado en tema pedagógico y en el tema psicoanálisis. La madre al principio era un poco reacia al tema del psicoanálisis, pero con el tiempo se ha dado cuenta que la psicóloga es la persona que mejor lo conoce, tanto como la propia madre, todo a través del juego; ella le sacaba los miedos que tenía, las preocupaciones, lo que más le gustaba y lo que menos,... por suerte la madre empezó a ver lo que le pasaba en cada momento, gracias a esta técnica.

Juan empezó la guardería con su hermano mellizo a los 9 meses, y al poco tiempo los padres recibieron el diagnóstico, a partir de ahí el centro se puso en contacto con el EAP, para saber de qué manera ayudar a Juan en su educación.

Cuando cumplió los tres años, desde salud mental, se le ofreció seguir un año más en la guardería, pero no lo consideraron oportuno ni los padres ni la psicóloga que lo llevaba desde el CREDAV. Consiguieron poder escolarizarlo en un colegio ordinario, pero tuvieron muy mala experiencia, no por parte de los profesionales del colegio, sino por los servicios. Los profesionales intentaron que tuviera una muy buena adaptación, las profesoras por mucho que quisieran hacer no podían porque no tenían recursos, se le prometió a los padres una persona que se encargaría del niño (vetlladora en Barcelona) pero nunca llegó, la madre hizo una carta por escrito al departamento de educación y el colegio también pidió ayuda porque el niño no estaba atendido como necesitaba, ya que les faltaban los recursos. Al no tener la ayuda, el niño pasaba mucho tiempo con el conserje, ya que Juan tenía debilidad por los hombres, con él tenía un vínculo muy bueno y se calmaba si en algún momento estaba enfadado.

El problema empezó en el comedor, cuando les dijeron a los padres que no querían a su hijo allí, simplemente porque llevaba un diagnóstico, es un niño con autismo. A partir de ahí la madre empieza una batalla con el colegio, haciéndoles entender que si no acogen a su hijo es una discriminación ya que no se tratan a todos los niños por igual. El colegio se respaldaba en que el comedor no son horas lectivas, con lo cual no era obligatorio que se quedara.

La madre fue a ver al inspector de educación para informarle que en el colegio no estaban atendiendo a su hijo como merecía, ya sea en clase y en el comedor. Y este se puso en contacto con la directora, para que solucionaran el caso, por suerte le pusieron una persona en clase, pero no tenía los recursos para atender a su hijo, ni sabía de qué manera ayudarlo, con lo cual fue dando tumbos hasta acabar el curso.

Antes de acabar el curso, la llamó una persona del EAP (centro de atención precoz) para informarle que abrían en otro colegio público una USEE (Unidad de soporte de Educación Especial) donde acoge a los niños con alguna discapacidad, en este caso autistas, donde las educadoras son especializadas en educación especial, y trabajan por pequeños grupos, en este caso 4 niños. La metodología que emplean es que los niños autistas lo que puedan hacer de materia lo hacen en la clase ordinaria, y cuando necesiten atención especial lo llevan a esta pequeña clase, para darle el apoyo que necesiten, tanto emocional, como pedagógico,...

Los padres ven esto como una combinación ideal para su hijo, ya que los niños autistas tienden a imitar mucho, y dependiendo del perfil de niño el ir a clase ordinaria y poder aprender cosas buenas de sus compañeros, sobre todo a nivel social ya que su hijo es muy sociable

El hecho de cambiarlo de colegio, para a los padres fue muy duro, ya que tendrían a un hijo en cada centro, pero como buscan lo mejor para sus hijos, aceptaron.

El paso de un colegio se realizó con una entrevista donde asistieron los profesores tanto los antiguos como los nuevos, las personas del EAP, los directores y los padres de Juan. Aquí ellos expusieron los problemas que tenían en el otro centro, para que no pasara lo mismo y pudieran organizarse bien. Ella considera que los profesionales le acogieron muy bien, se implicaron mucho y el niño se adaptó perfectamente.

El problema llegó otra vez cuando se tenía que quedar en el comedor, allí tampoco lo querían, la madre empieza otra batalla con el centro para que hablen con la empresa de comedor para que acepten a su hijo, pero no lo aceptan. La madre busca ayuda en la asociación de discapacitados, en el EAP, en el departamento de educación, pero no recibe respuesta.

El niño consigue quedarse gracias a que una de sus profesoras de educación especial se quedara de manera voluntaria con su hijo, las horas de comedor. Esa fue la solución que se quedara una profesora, los padres piensan que el sistema no funciona bien.

En este colegio estuvo hasta los 9 años, siempre utilizando la misma metodología, estar en clase ordinaria y cuando hiciera falta poder ir a la clase pequeña, ya que el retraso que tiene es a nivel pedagógico, su nivel social es muy bueno.

La madre para que su hijo empezara a hablar, hacía que cada noche antes de dormir, se explicaran lo que habían hecho en el día, la madre cada día le explicaba a su hijo lo que había hecho, esperando que algún día el pudiera hacer lo mismo. Esto hizo que Juan poco a poco fuera explicándole a su madre lo que hacía a su manera, ya que hablar era su mayor frustración, el no poder expresar todo lo que quería decir, o no saber de qué manera hacerlo, no encontraba las palabras para hacerlo. Hasta que por fin ahora con 10 años le explica todo.

La madre desde siempre ha sido muy constante con todo, le enseñaba los colores, las letras, los números. Pero no saben cuánto sabe su hijo, ya que si le preguntan algo, el no contesta, pero si a él le interesa decírtelo, te lo dice, por ejemplo, si ve en la tele algo interesante es capaz de decir de qué color tiene la ropa, el color de pelo,...

Intentar buscar una vía para que le interese las cosas, los padres para que aprendiera las letras le hacían caminos en casa, para que los resiguiera, y así con todas las letras. La

madre descubrió que sabía las letras, ya que un día quería un juego en la tablet, y la madre le dijo que lo tenía que poner él, que ella le iría deletreando las letras, pero él las tenía que poner, y así descubrió que sabía las letras.

Juan empezó a pasarlo mal en el colegio cuando veía que no tenía el mismo ritmo que sus compañeros, y se lo hizo saber a sus padres, no quería asistir, iba triste; con lo cual los padres se lo hicieron saber a los profesionales del centro y a su psicóloga, y entre todos decidieron que debía ir a otro centro donde pudiera sacarle más partido.

Los padres decidieron mandarlo al Bellaire, un centro de educación especial subvencionado, donde una parte la pagan los padres y la otra es una beca. En este centro los niños van a clase en pequeños grupos de 3 niños con el mismo perfil de autismo y dos profesionales especializadas en autismo.

El centro está muy coordinado, con médicos, neurólogos y psicólogos, además le hicieron un test antes de entrar para conocer bien al niño. Y lo que es más importante es que el centro se reúne cada semana para tratar los casos de cada niño y poder sacarles el mayor partido en cuanto a su rendimiento, incluso hacen videoconferencias con expertos en autismo a Australia para hablar de cada niño.

Los padres tienen información diaria de sus hijos. El niño está muy contento con el colegio, y los padres están muy agradecidos con los profesionales.

Lo bueno también de este centro es que los tienen hasta los 18 años, y los potencian para que puedan salir con un trabajo, o sino lo derivan a casa de oficios.

En conclusión como podemos observar los padres agradecen en todo momento la implicación de los profesores, ya que desde un principio ha hecho que la acogida de su hijo en cada centro sea lo mejor posible. Los métodos que utilizaban padres-profesores era una agenda donde cada día la profesora explicaba con todo detalle cómo había pasado el día en el aula, ya que para los padres era imprescindible saber que había hecho su hijo y como se había comportado.

Lo que sí que han echado en falta es que se implicara más el EAP, el departamento de educación y demás instituciones a la hora de tener un problema ya sea con la educación como con el comedor. Han visto que no solucionan las cosas que pasan, que son los propios padres los que se tienen que movilizar para conseguir las cosas, es lamentable que teniendo un hijo con una discapacidad en vez de ayudar a la familia le ponen trabas e impedimentos. Como bien dice la madre, es batallar con el problema de su hijo, más los problemas que le dan los demás.

Las profesoras tenían que explicar cada día a Juan, lo que iba a hacer, esto se hace a partir de imágenes. Era importante anticipar todo lo que iba a pasar en el día para que no se frustrase, ni se ponga nervioso, y así tenerlo todo controlado que era lo que necesitaba. El método de las fotos lo acogieron los centros, gracias a el método que hacíamos servir en la guardería.

Los padres utilizaron como estrategia presionar a todas las instituciones, ya sea EAP, departamento de educación, asociación de minusválidos, para poder tener una buena coordinación entre todos e ir en un mismo camino.

7. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Como se puede comprobar, los docentes se implican al máximo para poder ayudar a las familias con niños autistas. Ellos son los que intentan que los niños reciban el apoyo necesario. Además de intentar que el alumno tenga las adaptaciones curriculares que sean necesarias para mejorar su educación.

Los objetivos planteados se han logrado, pero llego a la conclusión que dependiendo de qué centro acude el niño, unos reciben mejor educación que otros, los que reciben la mejor es porque acuden a centros ordinarios con clase especial para refuerzo, ya sea a nivel psicológico, moral o de educación.

Para hacer el trabajo, lo primero y más importante que hice es una búsqueda de información, partiendo de libros, artículos, páginas web,...

A partir de ahí empecé haciendo anotaciones y subrayando lo que me importaba, o guardando paginas en el ordenador para después leerlas. Después se empecé a hacer resúmenes de lo más importante o de lo que creía que era importante para este trabajo.

Es difícil quedarse con pocas páginas de búsqueda, parecía más fácil de lo que ha sido, el hecho de leer y leer hace que de una página, vayas a otra y así sin parar. A veces encontrando la misma información en sitios diferentes.

He de decir que estoy muy contenta con el trabajo realizado, me ha encantado poder indagar un poco más sobre este tema que tanto despertaba en mí una curiosidad inmensa por saber que les pasaba a estos niños y de qué manera se les puede ayudar. Ahora pienso que si algún día puedo me gustaría trabajar en las clases de refuerzo con estos niños que tanto llaman la atención en mi interior.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- La escolarización inclusiva, especial y específica de los niños con autismo.* (05 de Enero de 2012). Obtenido de <http://blogs.20minutos.es/madrereciento/2012/01/05/la-escolarizacion-inclusiva-especial-y-especifica-de-los-ninos-con-autismo/>
- Asociación para vencer el autismo y TGD. (s.f.). *Todo sobre ABA.* Obtenido de <http://www.autismoava.org/todo-sobre-aba>
- Asperger, H. (1944). La psicopatía autista en la niñez. 77.
- autismo, D. e. (19 de Julio de 2012). *Desarrollo de Destrezas en la Comunicación Expresiva para Niños con Trastornos del Espectro Autista No Verbales.* Obtenido de *Desarrollo de Destrezas en la Comunicación Expresiva para Niños con Trastornos del Espectro Autista No Verbales.*
- Baon-Cohen, S. (1985). ¿Tienen los niños autistas Teoría de la mente?
- Baron-Cohen, S. (1998). *Autismo. Una guía para padres.* Alianza.
- Betthelheim, B. (1940). *La fortaleza vacía.*
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox of the group of schizophrenias.*
- Brock, J. (24 de Enero de 2013). *Adiós TGD-ne, bienvenido SCD.* Obtenido de *Autismo Diario:* <http://autismodiario.org/2013/01/24/adios-tgd-ne-bienvenido-scd/>
- Cabrera, E. (09 de Junio de 2013). *La escuela pública naufraga en la integración de niños con autismo.* Obtenido de http://www.eldiario.es/sociedad/escuela-recursos-suficientes-integrar-autismo_0_139986008.html
- Carrasco, B. (08 de febrero de 2014). *Música para el autismo.* Obtenido de <http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2014/02/08/52f60799e2704e777a8b456b.html>
- Cordoba, A. (s.f.). *Síndrome de Asperger.* Obtenido de http://www.aspergercordoba.es/mediawiki//index.php/P%C3%A1gina_Principal
- Diario, A. (21 de Octubre de 2008). *Agendas personales para niños con autismo.* Obtenido de *Autismo Diario:* <http://autismodiario.org/2008/10/21/agendas-personales-para-ninos-con-autismo/>
- diario, A. (9 de julio de 2013). Niños excepcionales. *Inclusión e Integración de personas con autismo.*
- DSM, M. D. (s.f.). *Espectroautista.info.* Obtenido de *Trastornos generalizados del desarrollo:* <http://espectroautista.info/criterios-diagn%C3%B3sticos/DSM-IV>
- España, F. A. (s.f.). *El síndrome de Asperger.* Obtenido de <http://www.asperger.es/asperger.php?def=3Caracter%EDsticas>

- Fundacioncadah. (s.f.). *¿Qué es el DSM-IV-TR?, ¿Afectará la nueva versión DSM-5 al TDAH?* Obtenido de Fundacioncadah.org.
- García Gomez, A. (2008). Espectro autista. En *Definición, evaluación e intervención educativa*. Mérida: Consejería de la Educación.
- García, C. (2013). *La Asociación Americana de Psiquiatría publica su 'biblia' en pleno debate*. Obtenido de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/17/actualidad/1368744205_051777.html
- Guiainfantil.com. (s.f.). *Qué es el síndrome de Asperger*. Obtenido de <http://www.guiainfantil.com/salud/Asperger/index.htm>
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*.
- Kanner, L. (1946). Lenguaje irrelevante y metafórico en el autismo infantil precoz .
- Keen, K. S. (2011). Intervención musical para niños con autismo: Revisión Narrativa de la Literatura. *Revista sobre el Autismo y Desórdenes del Desarrollo*.
- Lavall, E. N. (2012). *La música como terapia complementaria en la mejora de la comunicación y el lenguaje autista*. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1381/1256>
- León, I. J. (2008). *La Relación familia escuela*. Obtenido de <http://caps.educacion.navarra.es/primaria2/files/La%20relaci%C3%B3n%20familia%20escuela.pdf>
- Llort, S. B. (2012). *TGD intervención*. Obtenido de <http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/tgdtratamientoeintervencion/>
- Loovas. (1987). Journal of consulting and clinical psychology. *Terapia conceptual y funcionamiento educativo normal en niños jóvenes con autismo*.
- M, C. B. (1987). *Living with autism: effects on families and family need* . New York: Wiley.
- Mª Angeles Martínez Martín, J. L. (2011). *Todo sobre el autismo*. Tarragona: Publicaciones Altaria, SL.
- Madrid, A. (Mayo de 2013). *La nueva definición del Autismo en el DSM-5*. Obtenido de <http://www.autismomadrid.es/noticias/la-nueva-definicion-del-autismo-en-el-dsm-v/>
- Matthews, S. (s.f.). *Aspectos Familiares.Necesidades de las familias*. Obtenido de <http://www.autisme.com/autisme/documentacio/documents/Necesidades%20de%20las%20familias.pdf>

- Mesibov, K. y. (1998). *Educational approaches to high-functioning autism and Asperger syndrome*. En E. Schopler y G.B. Mesibov . New York: Plenum Press.
- Miranda, A. F. (17 de Abril de 2013). *La técnica del Pictograma para niños autistas*. Obtenido de Autismo: <http://autismoana.blogspot.com.es/2013/04/la-tecnica-del-pictograma-para-ninos.html>
- Navarro, F. A. (12 de Septiembre de 2012). *Hans Asperger y el síndrome de Asperger*. Obtenido de <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2012/09/12/hans-asperger-y-el-sindrome-de-asperger/>
- ONCE, D. F. (2009). *Síndrome de Asperger*. Obtenido de <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo%20Cognitivo/Sindrome%20de%20Asperger/Paginas/descripcion.aspx>
- Pineda, M. (s.f.). *Síndrome de Rett y autismo*. Obtenido de Centre Londres94: http://www.centrelondres94.com/files/sindrome_de_rett_y_autismo.pdf
- Reschke-Hernandez. (2011). *History of music therapy treatment interventions for children with children*. *Journal of music therapy*,.
- Rett, S. (2009). *Discapnet Fundación ONCE*. Obtenido de <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo%20Cognitivo/Sindrome%20de%20Rett/Paginas/Descripcion.aspx>
- Rimland, B. (1964). *Autismo infantil*.
- Rivière. (1997). ¿Qué nos pediría un autista?
- Rivière. (2004). *Idea: Inventario de espectro autista*. Fundec.
- Rodríguez Roldan, D. G. (2003). La musicoterapia. Una terapia complementaria para los pacientes terminales. *Educare*21.
- Salamanca, U. d. (2007). *Un niño con autismo en la familia*. Obtenido de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20581/familia_autismo.pdf
- Staton, M. (2000). *Convivir con el autismo*. Paidós.
- Tamarit, J. d. (1990). *Proyecto para la estructuración ambiental en el aula de niños autistas*. Peana.
- Tomàs de Flores i Formenti, J. T. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Obtenido de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Trastorno del espectro autista*. (s.f.). Obtenido de http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_def.pdf
- Trastorno generalizado del desarrollo, n. e. (2014). *Healthy Children*. Obtenido de <http://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/developmental->

disabilities/Paginas/Pervasive-Developmental-Disorder-Not-Otherwise-Specified.aspx

Trivisonno, L. C. (2007). *Introducción al enfoque ABA en autismo y retraso de desarrollo*. Lulu ediciones.

Wieder, S. I. (2006). *Comprender el autismo*. Barcelona: Integral.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 115-130.

Wing, L. (1988). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Paidós.

Wing, L. (24 de Mayo de 2011). The guardian periodic. *Austism: a mother's labour of love*.

Bibliografía

Abinader, M. T. (s.f.). La familia de un niño autista. *El impacto del autismo en la familia*.

Diario, A. (21 de Noviembre de 2013). *Los niños con autismo se guiarán en Navarra mediante 2.000 pictogramas*. Obtenido de 1. <https://autismodiario.org/2013/11/21/navarra-se-llena-de-pictogramas-en-2-000-lugares-con-un-programa-pionero-nivel-mundial/>

GARCÍA, C. L. (2010). *Cultura escolar inclusiva en Educación Infantil: Percepciones profesionales y padres*. Salamanca: Tesis doctoral.

La página de Jazmín TEAyudaremos. (08 de Septiembre de 2011). *Estrategias Efectivas para enseñar a los niños con autismo*. Obtenido de Desafiando el autismo: <http://desafiandoalautismo.org/estrategias-efectivas-para-ensenar-a-los-ninos-con-autismo/>

Nicolás, F. T. (s.f.). *Intervención educativa en el alumnado con trastornos*. Obtenido de <http://teleformacion.carm.es/moodle/mod/resource/view.php?id=86775>

Nicolás., F. T. (15 de Febrero de 2012). Mi mundo autista. *Proyecto Peana*.

Speaks, A. (s.f.). *Usted, la familia y el autismo*. Obtenido de Family Services: <http://www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/manual-de-los-100-d%C3%AD/usted-la-familia-y-el-autismo>

9. ANNEXOS

1. Los 20 conceptos fundamentales (Ángel Rivière):

1- Ayúdame a comprender. Organiza mi mundo y facilítame que anticipe lo que va a suceder. Dame orden. Estructura mi mundo y evítame el caos.

2- No te angusties conmigo, porque me angustio. Respeta mi ritmo. Siempre podrás relacionarte conmigo si comprendes mis necesidades y mi modo especial de entender la realidad. No te deprimas, lo normal es que avance y me desarrolle cada vez más.

3- No me hables demasiado, ni demasiado deprisa. Las palabras son "aire" que no pesa para ti, pero pueden ser una carga muy pesada para mí. Muchas veces no son la mejor manera de relacionarte conmigo.

4- Como otros niños, como otros adultos, necesito compartir el placer y me gusta hacer las cosas bien, aunque no siempre lo consiga. Hazme saber, de algún modo, cuándo he hecho las cosas bien y ayúdame a hacerlas sin fallos.

Cuando tengo demasiados fallos me sucede lo que a ti: me irrito y termino por negarme a hacer las cosas.

5- Necesito más orden y anticipación en las acciones. Tendremos que negociar mis rituales para poder convivir

6- Me resulta difícil comprender el sentido de muchas de las cosas que me piden que haga. Ayúdame a entenderlo. Trata de pedirme cosas que puedan tener un sentido concreto y descifrable para mí. No permitas que me aburra o permanezca inactivo.

7- No me invadas excesivamente. A veces, las personas sois demasiado imprevisibles, demasiado ruidosas, demasiado estimulantes. Respeta las distancias que necesito, pero sin dejarme solo.

8- Lo que hago no es contra ti. Cuando tengo una rabieta o me golpeo, si destruyo algo o me muevo en exceso, cuando me es difícil atender o hacer lo que me pides, no estoy

tratando de hacerte daño. Ya que tengo un problema de intenciones, ¡no me atribuyas malas intenciones!

9- Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender. Tiene su propia lógica y muchas de las conductas que llamáis "alteradas" son formas de enfrentar el mundo desde mi especial forma de ser y percibir. Haz un esfuerzo por comprenderme.

10- Las otras personas sois demasiado complicadas. Mi mundo no es complejo y cerrado, sino simple. Aunque te parezca extraño lo que te digo, mi mundo es tan abierto, tan sin tapujos ni mentiras, tan ingenuamente expuesto a los demás, que resulta difícil penetrar en él. No vivo en una "fortaleza vacía", sino en una llanura tan abierta que puede parecer inaccesible. Tengo mucha menos complicación que las personas que os consideráis normales.

11- No me pidas siempre las mismas cosas ni me exijas las mismas rutinas. No tienes que hacerte tú autista para ayudarme. El autista soy yo, ¡no tú!

12- No sólo soy autista. También soy un niño, un adolescente, o un adulto. Comparto muchas cosas de los niños, adolescentes o adultos a los que llamáis "normales". Me gusta jugar y divertirme, quiero a mis padres y a las personas cercanas, me siento satisfecho cuando hago las cosas bien. Es más lo que compartimos que lo que nos separa.

13- Merece la pena vivir conmigo. Puedo darte tantas satisfacciones como otras personas, aunque no sean las mismas. Puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista, sea tu mayor y mejor compañía.

14- No me agredas químicamente. Si te han dicho que tengo que tomar una medicación, procura que sea revisada periódicamente por el especialista.

15- Ni mis padres ni yo tenemos la culpa de lo que me pasa. Tampoco la tienen los profesionales que me ayudan. No sirve de nada que os culpéis unos a otros. A veces, mis reacciones y conductas pueden ser difíciles de comprender o afrontar, pero no es por culpa de nadie. La idea de "culpa" no produce más que sufrimiento en relación con mi problema.

16- No me pidas constantemente cosas por encima de lo que soy capaz de hacer. Pero pídemme lo que puedo hacer. Dame ayuda para ser más autónomo, para comprender mejor, pero no me des ayuda de más.

17- No tienes que cambiar completamente tu vida por el hecho de vivir con una persona autista. A mí no me sirve de nada que tú estés mal, que te encierres y te deprimas. Necesito estabilidad y bienestar emocional a mí alrededor para estar mejor. Piensa que tu pareja tampoco tiene culpa de lo que me pasa.

18- Ayúdame con naturalidad y sin convertirlo en una obsesión. Para poder ayudarme tienes que tener tus propios momentos de descanso o dedicación a aquello que te gusta. Acércate a mí, no te vayas, pero no te sientas como si llevaras una pesada carga a tus espaldas. En mi vida he tenido momentos malos pero puedo estar cada vez mejor.

19-Acéptame como soy. No condicione tu aceptación a que deje de ser autista. Sé optimista sin hacerte "novelas". Mi situación normalmente mejora, aunque por ahora no tenga curación queridos niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista.

20- Aunque me sea difícil comunicarme o no comprenda las sutilezas sociales, tengo incluso algunas ventajas en comparación con los que os decís "normales". Me cuesta comunicarme, pero no suelo engañar. No comprendo las sutilezas sociales, pero tampoco participo de las dobles intenciones o los sentimientos peligrosos tan frecuentes en la vida social. Mi vida puede ser satisfactoria si es simple, ordenada y tranquila. Si no se me pide constantemente y sólo aquello que más me cuesta. Ser autista es un modo de ser, aunque no sea el normal. Mi vida como autista puede ser tan feliz y satisfactoria como la tuya "normal".

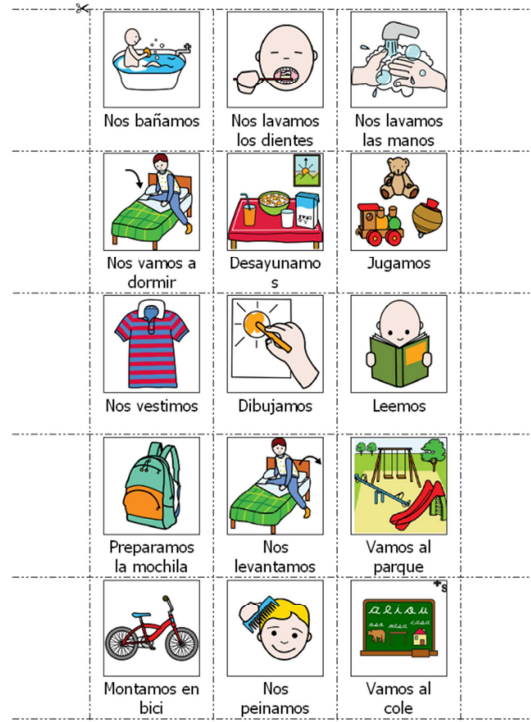
En esas vidas, podemos llegar a encontrarnos y compartir muchas experiencias.

2. Metodología empleada en centros educativos

- Agendas personalizadas y pictogramas



Pictogramas para niños con TEA



Impreso por Picto Selector (<http://www.PICTOselector.com>)





- Metodología ABA

