



Trabajo Final de Grado:

Los niños con Trastorno del Espectro Autista y el desafío de su educación

Estudiante: Dayana Fernández Ave

C.I: 5.213.075-2

Tutor: Daniel Camparo Avila

Montevideo, Uruguay

Julio 2018

Índice

Introducción	1
Capítulo 1: Trastorno del espectro autista	2
1.1 Evolución del concepto de autismo.....	2
1.2 Concepto de Trastorno del Espectro Autista.....	4
1.3 Áreas comprometidas.....	8
1.4 Causas.....	11
1.5 Detección y atención temprana.....	12
Capítulo 2: Educación.....	16
2.1 Concepto de educación.....	16
2.2 Dilema educación especial - educación ordinaria.....	18
2.3 Integración e inclusión educativa.....	20
2.4 Modelos de inclusión.....	23
Capítulo 3: Educación y Trastorno del Espectro Autista.....	25
3.1 Importancia de la inclusión de los niños con TEA.....	25
3.2 Educación de los niños con TEA.....	26
3.3 Consideraciones para la educación de los niños con TEA.....	30
3.4 Relevancia de la interacción entre pares.....	33
3.5 Importancia del trabajo en conjunto.....	34
Conclusiones.....	36
Referencias	40

Introducción

El presente Trabajo Final de Grado (TFG) realizado en el año 2018, se enmarca en la culminación de la Licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. La temática elegida para la realización del TFG son los Trastornos del Espectro Autista (TEA) y la educación, la cual surge a partir de las diferentes experiencias formativas, en las cuales encontré mi camino queriendo trabajar con la discapacidad, más específicamente con niños con Trastorno del espectro autista e interviniendo desde la educación.

El objetivo del mismo es realizar una revisión bibliográfica sobre los Trastornos del Espectro Autista desde una perspectiva que permita repensar cual es la forma más eficaz para la intervención educativa de los niños con dicho trastorno, para posibilitar las condiciones propicias para su desarrollo integral y favorecer su pronóstico a largo plazo. Para el cumplimiento de dicho objetivo se realizó una investigación exhaustiva en las diferentes bases de datos, dentro de la cual se eligieron varios autores para referenciar a lo largo del trabajo.

El primer capítulo tiene como objetivo la comprensión de los TEA, sus características y la descripción de las principales áreas que se encuentran comprometidas. El segundo capítulo revela los conceptos necesarios para comprender la educación permitiendo entender cómo se llegó al concepto de educación inclusiva. En el último, resulta fundamental investigar que sucede con la educación de los niños con TEA y cuál es el modelo de inclusión recomendado para la escolarización de estos. Los TEA, a lo largo de estos años se ha considerado una temática de interés dado la incrementación de los casos de niños con dicho trastorno. Asimismo, la iniciativa de las medidas de inclusión que propone la educación, dejando atrás la escolarización en la escuela especial y la integración, incentiva a que todos los niños deban acceder a la educación, siendo partícipes de los centros.

Considero fundamental para la reflexión de la temática, el hecho de que hace tiempo se viene trabajando sobre la inclusión, pero, sin embargo, resulta interesante observar que muchos de los TFG realizados y las investigaciones a las que acudí trabajan el concepto de inclusión desde el planteamiento ideológico, pero en escasos trabajos se puede encontrar la operacionalización del concepto. Es decir, son pocos los trabajos que abordan la perspectiva de la inclusión en la práctica. Desde esa reflexión, mi TFG pretende realizar una revisión de los conceptos claves de la inclusión para lograr llevarlo a la práctica y poder reflexionar sobre qué sucede realmente en los centros de educación cuando se pretende la inclusión.

Capítulo 1: Trastorno del espectro autista

Este capítulo refiere a una revisión de la evolución histórica del concepto de autismo, comprendiendo como se llega actualmente al concepto de Trastornos del Espectro Autista. Luego, se presentan aquellas áreas que se encuentran comprometidas en los niños con TEA, y por último, se establecen las causas de dicho trastorno, y la descripción del proceso de detección y atención temprana.

1.1 Evolución del concepto de autismo

Resulta relevante pensar la evolución del concepto de autismo, comprendiendo que es un trastorno que siempre existió pero que sin embargo tuvo diferentes acepciones a lo largo de los años. El término autismo fue creado por Eugen Bleuler en 1907, surge a partir de que se niega a utilizar la palabra "autoerotismo", introducida por Havelock Ellis y retomada por Freud, ya que consideraba que su contenido tenía una connotación demasiado sexual. Por lo cual adopto el término autismo como una adaptación de "auto" y "erotismo" (Roudinesco y Plon, 2008). El mismo es caracterizado como un "repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, llegándose a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás que de allí resulta" (Garrabé, 2012, p. 257). En 1911 en una de sus obras más importantes "Dementia Praecox", Bleuler sitúa al autismo como un síntoma de los trastornos esquizofrénicos (Garrabé, 2012; Roudinesco y Plon, 2008). Luego surgieron dos contribuciones importantes en el estudio de la psicopatología infantil, las investigaciones de Leo Kanner y Hans Asperger.

Kanner en 1943 describió al "autismo infantil precoz" a partir del estudio de 11 niños, de los cuales observo ciertas características en común: incapacidad para establecer relaciones, dificultades en el desarrollo de la comunicación, y un deseo obsesivo por preservar las rutinas. Kanner estableció que era una condición que difería de la esquizofrenia, caracterizándola como una alteración del contacto afectivo, adjudicando en su contribución la idea de un posible componente biológico (Díaz y Andrade 2015; Garrabé 2012; Pescador 2014). En 1944, Asperger identificó la "psicopatía autista", mediante la observación de un grupo de niños que presentaban dificultad para la reciprocidad social y emocional, pero que sin embargo no eran apreciables dificultades en el lenguaje, ni un compromiso en las habilidades cognitivas.

Luego de las contribuciones de Kanner y Asperger, surgieron teorías basadas

en la psicología experimental, que consideraban el autismo como un trastorno emocional producido por una relación con escaso afecto entre los progenitores y el bebé. Lorna Wing en 1979, investigó sobre una tríada de problemas que caracterizaba al autismo: el contacto social, comunicación e imaginación. Asimismo, introdujo el término de "continuum autista" para las investigaciones de Kanner, y el "Síndrome de Asperger" para la psicopatía autista planteada por Asperger (Díaz y Andrade 2015; Pescador 2014).

En el DSM III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987), se conceptualiza al autismo como un Trastorno Profundo del Desarrollo, surgiendo las explicaciones etiológicas desde una perspectiva neurobiológica. En el año 2000, surge el DSM-IV-TR, el cual representa un cambio radical para el concepto del autismo. El mismo engloba dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) al Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. A partir de la publicación del actual DSM 5, se produce un cambio en la denominación de los TGD por la de Trastornos del Espectro Autista (TEA). Todas las categorías que incluía el DSM- IV-TR quedan eliminadas, englobando a todas dentro del TEA, a excepción del Síndrome de Rett y el Trastorno Desintegrativo de la Infancia.

Por lo tanto, el autismo es un trastorno que estuvo presente a lo largo de la historia bajo diferentes denominaciones. El término autismo surge a partir de Bleuler, el cual sitúa al autismo como un síntoma de los trastornos esquizofrénicos. Luego aparecen dos autores relevantes en la historia del autismo, Kanner que plantea el autismo infantil precoz y Asperger que establece la psicopatía autista. Wing a partir de lo establecido por dichos autores, y su investigación de la tríada de síntomas que caracterizaba al autismo introdujo el término de "continuum autista" para las investigaciones de Kanner, y el "Síndrome de Asperger" para la psicopatía autista planteada por Asperger. En el DSM III se lo denomina un Trastorno Profundo del Desarrollo, luego en el DSM IV se encuadra dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, y actualmente en el DSM 5, se produce un cambio en la denominación de los TGD por TEA.

1.2 Concepto de Trastorno del Espectro Autista

Actualmente se denomina Trastornos del Espectro Autista (TEA) a un conjunto de síntomas que se presentan en la primera infancia con incidencia particularmente en la comunicación y el lenguaje, la interacción social y el comportamiento repetitivo. Dichos síntomas los acompañan a lo largo de toda su vida, comprometiendo y limitando el funcionamiento diario. Constituye una de las alteraciones más graves en el desarrollo, el cual remite gran complejidad desde el punto de vista personal, familiar y social.

Larripa y Eurasquin (2010) definen a los trastornos del espectro autista como "un conjunto de trastornos del desarrollo caracterizados por presentar alteraciones en la interacción social y en la comunicación, así como manifestar también comportamientos repetitivos y un repertorio restringido de intereses y actividades" (p. 168). Según Cinta y Almeida (2016) el autismo "revela déficits intensos y persistentes en la interacción y en la comunicación social recíproca. Estas manifestaciones se muestran, a veces, de una forma invasiva y permanentemente adquiriendo patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas" (p. 34). Teniendo en cuenta las definiciones planteadas se puede apreciar que las principales áreas comprometidas son la social, la comunicación y el lenguaje y los comportamientos restringidos y repetitivos. Estas dimensiones afectadas son parte de la tríada de alteraciones básicas del autismo, aunque el grado de afectación puede variar mucho de un niño a otro dependiendo de variables como la edad, y la capacidad intelectual (Rodríguez, Moreno y Aguilera, 2007).

El énfasis en conceptualizar a los TEA como un continuo, se acentúa a partir de los trabajos de Wing, en los que hace referencia a los diferentes grados y severidad de los síntomas en los niños (Larripa y Eurasquin, 2010). Cinta y Almeida (2016) plantean que el concepto de autismo queda remplazado por el de Trastornos del Espectro Autista, para aludir a las variabilidades de los cuadros, ya que cada niño con dicho trastorno es totalmente diferente a otro. El grado, forma y edad de aparición varía de una persona a otra. Ningún niño con TEA presenta las mismas características que otro, por lo cual es un gran desafío encontrar la intervención adecuada para cada caso y lograr generalizarla.

Según Gutiérrez (2016), "en el ámbito internacional se ha estimado que la prevalencia de TEA se ha incrementado en los últimos años (...), hay un caso de TEA por cada 150-500 personas" (p. 238). En Uruguay, si bien no existen datos concretos se estima una prevalencia de 1 cada 88 niños (Pronadis s.f.). Reynoso, Rangel y Melgar (2016) afirman que "desde el 2013, el autismo está entre las primeras cinco causas de consulta Psiquiátrica infantil" (p. 215). Considerando así que los TEA constituyen uno

de los trastornos graves más frecuentes que afectan el desarrollo infantil (Gutiérrez, 2016).

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo que aparece en los primeros años de vida, los síntomas comienzan a ser visibles a partir de los 18 meses, pero el diagnóstico se realiza alrededor de los 3 y 4 años. Los signos y síntomas deben aparecer siempre antes de los tres años. Cuando el niño tiene alrededor de 18 meses, los padres pueden visualizar signos de alteración en el desarrollo, por lo cual consultan a diferentes profesionales. Los mismos pueden percibir la pérdida de habilidades adquiridas, por lo general relacionadas con el lenguaje. Por otra parte, muchas veces perciben al niño como "sordo", ya que no responde cuando se lo llama, ni cuando se le da órdenes, pero sin embargo reacciona frente a otros estímulos auditivos. También se visualizan las rutinas muy estrictas y repetitivas, mostrando oposición frente a cambios en las mismas. Los signos en relación con el área social que aparecen tempranamente son la falta de contacto ocular, la evitación de la mirada y el señalar (Martos, 2016).

Por otra parte, la presentación del cuadro clínico se acompaña frecuentemente con otras manifestaciones comportamentales como la hiperactividad, déficit de atención o disminución del foco de atención, auto y hetero agresividad, impulsividad y rabietas (Cinta y Almeida, 2016). El niño con TEA está expuesto diariamente a muchos estímulos, lo cual dado la hipersensibilidad o hiposensibilidad que poseen los mismos, se pueden dar comportamientos de rechazo frente a estos. Se observan actitudes de rechazo frente a las personas o situaciones que son vividas como comunes por el resto de las personas. Por la complejidad de su trastorno perciben los estímulos de forma distinta, dificultándoles responder de una forma adecuada, o la esperada por la sociedad.

La asociación americana de Psiquiatría, en el 2013 publicó su última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, titulada como Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. El mismo conceptualiza a los trastornos del espectro autista dentro de los trastornos del desarrollo neurológico.

Según el DSM-5 (2014) los criterios diagnósticos para los trastornos del espectro autista son:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde

un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo (p. 28).

Considerando que anteriormente se hizo referencia a los diferentes grados de severidad de los síntomas dependiendo de cada caso, resulta fundamental plasmar la clasificación que plantea el DSM-5.

Según el DSM-5 (2014) hay tres grados de severidad en los TEA:

Grado 1 (Necesita ayuda). Las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales (...) La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Grado 2 (Necesita ayuda notable). Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda. Inicio limitado de interacciones sociales (...) La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de atención.

Grado 3 (Necesita ayuda muy notable). Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales (...) La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los

cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de atención (p. 31).

Por lo tanto, actualmente se denomina Trastornos del Espectro Autista a un conjunto de síntomas que presentan los niños en la primera infancia, que inciden particularmente en la comunicación y el lenguaje, la interacción social y en su comportamiento. Estos síntomas se encuentran a lo largo de toda su vida, comprometiendo su funcionamiento diario, y causando gran complejidad desde el punto de vista personal, y familiar. Se destaca la variabilidad de los cuadros, ya que el grado, forma y edad de aparición varía de un niño a otro.

1.3 Áreas comprometidas en el Trastorno del espectro autista

En los niños con trastornos del espectro autista se pueden percibir varias áreas comprometidas en el desarrollo. Siguiendo los aportes de Rodríguez, Moreno y Aguilera (2007) y Cinta y Almeida (2016) las principales dimensiones son: el área social, la comunicación y el lenguaje, alteraciones motrices y del comportamiento, y por último el juego.

En los niños con TEA se ve afectada la dimensión social, la cual puede variar desde un aislamiento social extremo hasta un leve interés por los otros, y poco grado de interés por las relaciones sociales. Por lo general tienden a establecer vínculos con algunos adultos, pero se les dificulta con sus pares. Poseen un desinterés por el entorno que se manifiesta en la interacción, es característica la evitación de la mirada, y la dificultad para comprender los códigos sociales en la comunicación como el tono de voz o las expresiones faciales. Muchas veces es característica la falta de empatía, el cual es un componente esencial para la experiencia emocional compartida, y la interacción social, que determina una respuesta afectiva a estados mentales percibidos, o de sentimientos inferidos por otra persona. La empatía permite comprender los estados emocionales del otro, habilitando a comunicarse e interactuar como también predecir acciones, intenciones y sentimientos del otro (Ruggieri, 2013).

Asimismo, también puede estar comprometida la capacidad intersubjetiva y de lectura mental en el contexto de la vida real, lo que conlleva a interferir en las funciones

sociales y comunicativas. Caracterizándose por la posibilidad de falta de sensibilidad hacia los sentimientos de otra persona, incapacidad de tener en cuenta lo que la otra persona sabe, para anticipar lo que la otra persona podría pensar de las acciones, y una dificultad para descifrar las reglas sociales (Alcamí, Molins, Mollejo, Ortiz, Pascual, Rivas y Villanueva, 2008).

Las alteraciones de la comunicación y el lenguaje suelen ser las primeras señales de alerta que evidencian los padres de los niños con TEA, estas alteraciones muchas veces son confundidas por deficiencias auditivas graves ya que el niño parece no escuchar. Según Rodríguez, Moreno y Aguilera (2007) aparecen dificultades tanto para la comunicación verbal como no verbal. Teniendo en cuenta la variabilidad del trastorno, existen personas que pueden no desarrollar ningún tipo de lenguaje, frente a otras que si lo desarrollan. Sin embargo, una característica encontrada frecuentemente es la dificultad de establecer conversaciones de manera recíproca y flexible. Según Cinta y Almeida (2016), se puede visualizar una gran dificultad para iniciar y mantener una conversación, demostrando un lenguaje repetitivo, estereotipado y desajustado. En referencia al lenguaje no verbal, pueden tener pobreza o ausencia de este, careciendo de gestos y posturas que ayudan a comunicar, así como también las expresiones faciales y el contacto visual.

Por otra parte, existen trastornos del lenguaje como las ecolalias, que implica la repetición de frases carentes de sentido, desencadenando una dificultad para la interacción con las personas. Existen dos tipos de ecolalias, la inmediata y la tardía. La primera remite a que la persona repite la pregunta o frase que le han hecho una vez finalizada la misma por parte de otra persona. La tardía, consiste en hacer uso de frases o palabras que han escuchado anteriormente en situaciones. Las mismas son repetidas en contextos diferentes por lo cual pierden coherencia (Alcamí et al., 2008). En las personas con TEA puede no haber función comunicativa, porque muchas veces no tienen la capacidad de considerar al otro como un receptor del mensaje, por lo cual puede fallar la intencionalidad comunicativa. Esto se manifiesta en la dificultad para comprender y mantener el turno de la palabra en una conversación (Riviére y Belinchón, 2001). La comprensión del sarcasmo y de actos de habla indirectos que se usan frecuentemente en las conversaciones es una tarea particularmente difícil para algunos niños con TEA, “la mente autista es esencialmente literal. Un autista es una especie de hiperrealista entre mentes surrealistas” (Riviére y Belinchón, 2001, p. 7). Por lo general, su pensamiento funciona de un modo estructurado, rígido, literal, el cual tiende a no responder ante los actos de habla que no sean claros y directos. Por lo cual, pueden tener dificultad para comprender las bromas, la ironía, y metáforas. Rodríguez, Moreno

y Aguilera (2007) y Artigas (1999) refieren a las dificultades de la prosodia, visualizando una falla en la entonación y ritmo atípico del habla.

En relación con las alteraciones motrices Rodríguez, Moreno y Aguilera (2007) establecen que suelen aparecer movimientos repetitivos o estereotipados. También poseen restricciones en sus intereses, e incluso obsesión con algunos objetos o focos de interés. Entre ellos podemos encontrar fijación con fechas, obsesión con partes de ciertos objetos, y rutinas imposibles de cambiar ya que implicarían un desorden en su organización (Cinta y Almeida, 2016). La dificultad para la flexibilidad es otra cuestión notoria en este trastorno, presentando ansiedad frente a los cambios de rutina e inflexibilidad ante los cambios en general. Los intereses restringidos hacen referencia a su interés insistente en una misma actividad, u objeto. Asimismo, los niños con TEA pueden presentar movimientos estereotipados, siendo los más frecuentes movimientos corporales repetitivos, como giros sobre sí mismo, aletear, balancearse, andar en puntillas, entre otros (Alcamí et al., 2008).

Alcamí et al. (2008) y Cinta y Almeida (2016) plantean la presencia de alteración en los comportamientos, haciendo hincapié en las rabietas. Alcamí et al. (2008), afirman que poseen una "dificultad para regular las emociones lo que da lugar a conductas de descontrol emocional y conductual: intensa inquietud, hiperactividad, impulsividad, falta de respuesta a peligros reales, gritos y llanto repentino" (p. 57). Además, plantean que en algunas ocasiones pueden presentar conductas disruptivas y agresivas, y algunas veces pueden darse las conductas autolesivas como golpearse la cabeza o morderse. Comúnmente estas situaciones se dan en momentos de mayor ansiedad, frente a cambios de rutina. Al mismo tiempo, plantean el concepto de alteraciones de la percepción, donde puede haber respuestas alteradas a los estímulos sensoriales, causando hipersensibilidad o hiposensibilidad. Como, por ejemplo, hipersensibilidad a los olores, a los sonidos, a las luces. Sumados a altos umbrales de dolor y temperatura como también hipersensibilidad al contacto con otros (Alcamí et al., 2008; Cinta y Almeida, 2016).

Por último, el área del juego en los niños con TEA está alterado desde sus inicios. En los primeros meses del bebé se presentan los juegos de interacción como taparse y descubrirse, tirar objetos para que sean levantados por otros, pero los niños con TEA se muestran indiferentes frente a estos juegos. Se observa que disfrutan más de los juegos sensoriales como las cosquillas, o ser lanzado al aire (Alcamí et al., 2008). Se caracteriza por tener limitaciones en cuanto a la imaginación y la espontaneidad, causando la falta de juego simbólico y patrones de juego muy repetitivos (Rodríguez,

Moreno y Aguilera, 2007). La ausencia de juego simbólico es fundamental, considerando al mismo como la forma de expresar sus emociones y de crear un espacio representativo a partir de sus vivencias. Los niños con TEA no juegan como si un objeto fuera otra cosa, no logran darle otro uso que no sea el que corresponde. Por lo tanto, tienen juego funcional, les aplican a los objetos el uso convencional (Alcamí et al., 2008). También, se caracteriza por la ausencia de juego compartido, haciéndose visible el juego en solitario. Es decir, que su juego es funcional, tendiendo a ser estereotipado, limitado y rígido.

Por lo tanto, las áreas que se encuentran comprometidas en los individuos con TEA son: la comunicación y el lenguaje, el área social, alteraciones motrices y del comportamiento, y el juego. El grado del compromiso a nivel social, puede variar desde un aislamiento social extremo hasta un leve interés por los otros. Asimismo, aparecen dificultades para la comunicación verbal y no verbal, dado la variabilidad del trastorno. Surgen alteraciones motrices como movimientos repetitivos o estereotipados, así como restricciones en sus intereses, e inflexibilidad en sus rutinas. En cuanto al juego, el mismo es caracterizado por la ausencia del juego simbólico, tendiendo a ser repetitivo y rígido.

1.4 Causas

El autismo "no es algo que el niño pueda adquirir, no es causado por los padres o educadores, sino una condición, un estado que acompaña al niño hasta la adolescencia y la edad adulta, que se extiende a lo largo de su vida" (Cinta & Almeida, 2016, p. 35). A pesar de los estudios realizados a lo largo de estos años, no se han encontrado causas específicas del autismo, "no existen patrones fijos para la aparición de los trastornos del espectro autista (TEA), ni edad determinada para el inicio de los síntomas, éstos se hacen evidentes progresivamente y oscilando bastante, habiendo varios factores considerados como dificultadores y/o facilitadores" (Cinta y Almeida, 2016, p. 35).

Reynoso, Rangel y Melgar (2017) plantean que estudios poblacionales, familiares y en parejas de gemelos sugieren que en varios casos el componente genético influye en el autismo, los cuales sumados a las condiciones ambientales podrían ser factores determinantes del TEA. Para lograr comprender las causas del autismo, se han formulado explicaciones psicogenéticas, teorías conductuales y más recientemente teorías a nivel cognitivo cerebral (Frith y Hill citado en Larripa y Eurasquin, 2010). Existen varias teorías que intentan explicar las causas de los TEA,

como las anomalías genéticas, las alteraciones cromosómicas, trastornos infecciosos, deficiencias inmunológicas, alteraciones metabólicas, desequilibrio de los neurotransmisores, anomalías estructurales cerebrales y los factores ambientales (intoxicación por metales pesados, factores obstétricos, estrés) (Junta de Extremadura, 2007).

Sin embargo "todas estas investigaciones no cubren la totalidad de los subtipos del espectro autista, pero reúnen evidencias para establecer que las causas genéticas neurobiológicas tienen un rol importante en el desarrollo de estos trastornos. Aún así, las causas precisas de varios de los subtipos del espectro autista son desconocidos" (Larripa y Erausquin, 2010, p. 168).

Por lo tanto, las evidencias científicas reflejan la existencia de una multicausalidad, y no de una causa directa. Es un trastorno en el cual no existen patrones fijos para la aparición de este, sino que se han encontrado varios factores como los neurobiológicos, que en interacción con los factores ambientales podrían desencadenar en los TEA.

1.5 Detección y atención

La aparición de los síntomas de los TEA es visible a temprana edad, a partir de los 18 meses aproximadamente, pero se consolidan alrededor de los 36 meses. Por lo cual el diagnóstico se realiza entre los tres y cuatro años, dado que los criterios que plantea el DSM 5, refieren a conductas que no es posible visualizarlas antes de los 36 meses (Gutiérrez, 2016).

El diagnóstico de las personas con TEA es totalmente clínico, porque al momento no existen marcadores biológicos ni pruebas o procedimientos técnicos para identificar los niños con TEA. La valoración del diagnóstico comprende las entrevistas con los cuidadores referentes y el niño; la exploración psicopatológica del niño (observación, juego, dibujo); la información obtenida de otras instituciones implicadas como las educativas; y exploraciones complementarias como exámenes médicos, exploración auditiva, valoración del lenguaje, etc. (Alcamí et al., 2008). La valoración en los niños con TEA "debe ser entendida como un proceso continuo y flexible en función de los diferentes cambios que operan en el sujeto (maduración, dinámica familiar, intervención, etc.) " (Alcamí et al., 2008, p. 45). Es imprescindible comprender al autismo como un conjunto de síntomas que poseen los niños, que se desarrolla en sus primeros años de

vida y los acompañan a lo largo de toda su vida.

Actualmente se propende por la detección y atención temprana, lo cual es fundamental para el desarrollo y evolución de los niños con TEA. Considerando así, que cuanto más tempranamente se realice el diagnóstico, más rápidamente se puede brindar ayuda y apoyo tanto al niño como a su familia, logrando aumentar los avances en el desarrollo, como en las habilidades funcionales, la comunicación y el funcionamiento intelectual, como también prevenir algunos síntomas más severos del trastorno (Sampedro, Gonzalez, Velez y Lemos, 2013). Teniendo en cuenta el espectro autista, que cada caso cuenta con diferentes síntomas, también varía su evolución, pero en todos los casos depende enormemente la edad en la que se inicie la intervención. La importancia de intervenir tempranamente implica "la posibilidad de minimizar las consecuencias de deterioro en el desarrollo del niño a largo plazo" (Zalaquett, Schonstedt, Angeli, Herera y Moyano, 2015). Los niños con TEA "siguen demostrando progresos a nivel de desarrollo, lo cual evidencia que se puede hacer mucho para ayudar a éstos a crecer de una manera más armoniosa y positiva" (Cinta y Almeida, 2016, p .35). Por lo cual, estos trastornos no son neurodegenerativos, sino que, en caso contrario, los síntomas pueden mejorar, con una intervención adecuada (Sampedro et al., 2013).

Martos (2016) y Sampedro et al. (2013) coinciden en que los padres son muchas veces los primeros en observar la aparición de síntomas en los niños, sospechando la presencia de un problema. Sampedro et al. (2013) afirman que en el 59% de los casos fueron los padres quienes detectaron los problemas en el desarrollo de su hijo. Por lo cual, las familias "son imprescindibles en el proceso de identificación de posibles signos de alarma en la evolución del niño" (Sampedro et al., 2013, p. 461). Es fundamental que cuando una familia presente sus inquietudes en cuanto a su hijo, se los escuche e incorpore dado que son quienes conocen mejor al niño. Las preocupaciones que deben ser tomadas como signos de alarma y que determinan realizar una evaluación en profundidad son: la falta de balbuceo a los 12 meses; la ausencia de gesticulaciones a los 12 meses; ninguna palabra a los 16 meses; menos de dos frases espontaneas de dos palabras a los 24 meses; y cualquier pérdida de lenguaje a cualquier edad (Alcamí et al., 2008). Se proponen dos niveles para la identificación de los TEA: el nivel 1, que consiste en identificar a los niños en riesgo para cualquier tipo de afectación en el desarrollo; y el nivel 2 que refiere a una investigación más profunda en niños ya identificados en riesgo de autismo. La valoración deberá incluir entrevistas a los padres, observación del niño, valoración del desarrollo cognitivo, valoración del desarrollo del lenguaje y la exploración neurológica (Alcamí et al., 2008).

Ante las preocupaciones de los padres, se deben aplicar escalas del desarrollo para valorar las capacidades propias de cada edad, y una observación en el desarrollo emocional y las capacidades de interacción del niño. Por lo cual, si los padres presentan sospechas en el desarrollo de su hijo, y las valoraciones del desarrollo no puntúan acorde para la edad o han determinado signos de alarma, se considera que estamos frente a un niño en riesgo. En esta circunstancia se debe realizar una investigación en profundidad para considerar la posibilidad de rasgos autistas (Alcamí et al., 2008). En esta circunstancia es primordial que los profesionales utilicen una herramienta de exploración como puede ser el M-CHAT, considerada como la herramienta de uso más práctico (Sampedro et al., 2013).

En este sentido, la detección y atención temprana es fundamental para el niño y para su familia. En cuanto al niño para poder optar por el tratamiento más eficaz para su desarrollo y a su vez darle a la familia el sostén necesario, siendo imprescindible "contar con determinadas redes de apoyo, así como incorporar herramientas que serán útiles para entender, sostener y transitar este proceso de adaptación para toda la familia" (Pronadis, s.f.). Es imprescindible seleccionar el método de intervención adecuado para cada niño con TEA, los mismos están dirigidos a potenciar las diferentes áreas del desarrollo, fomentando una mayor autonomía en la vida diaria (Mulás, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Téllez de Meneses, 2010). No existe un común acuerdo en cuál es el tratamiento adecuado, sino que depende de cada niño en particular, pero si se concluye algunas características que debe tener el mismo. Estas características incluyen: comenzar tempranamente, intervenciones intensivas en cuanto a tiempo, baja tasa de niño- educador, inclusión de la familia en el tratamiento, un programa que sea estructurado (rutina), medición frecuente de los progresos, y por último que promueva las habilidades comprometidas en los niños con TEA (Mulas et al., 2010).

El tratamiento debe ser personalizado e individualizado, por lo tanto, debe ser planificado respecto al niño a tratar, a sus características particulares, la edad, nivel evolutivo, su grado de afectación, y las características del entorno familiar (Alcamí et al., 2008). No existe tratamiento farmacológico para las manifestaciones del TEA, sin embargo se pueden utilizar algunas medicaciones para tratar los síntomas y enfermedades que acompañan al trastorno, como la epilepsia, los trastornos de conducta o alteraciones del sueño. Existen varios métodos de intervención dependiendo del modelo de que se trate, podemos encontrar a nivel conductual programas de intervención como la Terapia Lovaas, Análisis de Conducta Aplicada (ABA), Sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (SAAC), Sistema de fomento de las competencias sociales, Sistema Teacch, e intervenciones basadas en terapia.

En suma, los síntomas son percibidos a temprana edad, pero se consolidan alrededor de los 36 meses, por lo cual el diagnóstico se realiza entre los tres y cuatro años. Se requiere la detección temprana para poder intervenir lo antes posible, siendo fundamental la atención temprana para el desarrollo y evolución de los niños con TEA, considerando que cuanto antes se logre intervenir, se obtendrá un mejor pronóstico a largo plazo.

Capítulo 2: Educación

Este apartado pretende conceptualizar a la educación, entendiendo a la misma desde la perspectiva formal e informal. Se identifican tres fases a lo largo de la historia de la educación que intenta integrar a los alumnos con discapacidad: la educación especial, la integración educacional y por último la inclusión educativa. A continuación, se establecerá el dilema entre la educación especial y la educación ordinaria, el concepto de integración y como se llegó al término de inclusión. Por último, se presentan los cuatro modelos de inclusión que existen mundialmente, para intentar incluir a los niños a los diferentes centros educativos.

2.1 Concepto de Educación

Luengo (2004) considera a la educación como un fenómeno que nos concierne a todos desde el nacimiento. Existen diversas experiencias educativas, como los cuidados maternos, las relaciones sociales, el asistir a centros educativos, entre otros. El concepto de educación surge vinculado a los cuidados, como la protección que brindan las personas adultas a los niños en desarrollo (Luengo, 2004).

Siguiendo al autor Luengo (2004), se pueden visualizar dos acepciones del término de educación, el de educare y educere. El término educere significa "extraer de dentro hacia fuera", entendiendo a la educación como el desarrollo de las potencialidades del individuo basado en la capacidad que posee para desarrollarse. En cambio, el término educare refiere a cuestiones vinculadas a la crianza, y se vincula con las influencias educativas que intervienen desde el exterior para guiar al individuo. Entendiendo así a la educación como "un proceso interactivo en el que intervienen el sujeto con capacidad personal para desarrollarse (educere) y las influencias que provienen del medio (educare)" (Castillejo citado en Luengo, 2004, p. 33).

La educación puede y debe darse en todas las etapas de la vida, por lo cual no se la debe relacionar solo a etapas escolares. La educación se concibe como un proceso socializador, que procura la adaptación del individuo a su entorno, a través de la adquisición de los elementos propios de la cultura como el lenguaje, habilidades, costumbres, normas, valores, entre otros (Luengo, 2004). La educación tiene como efecto el aprendizaje, el mismo es comprendido como los cambios que se producen en la persona que está recibiendo educación, a partir de las influencias educativas. El

aprendizaje es el objetivo de la educación, es un proceso que se produce en el individuo, el cual surge a partir de la intencionalidad y planificación (Luengo, 2004)

Siguiendo los aportes de Cuestas, Polacov y Vaula (2016), cuando un niño nace la familia representa su espacio educativo, adquiriendo aprendizajes, valores y conductas que establecen los cimientos del desarrollo integral. Estos aprendizajes que les brinda la familia con apoyo y acompañamiento se consideran parte de la educación informal, la cual está determinada por la crianza que realizan los cuidadores. Luego, cuando el niño crece surgen nuevos entornos que consolidan los aprendizajes del niño y suman aportes imprescindibles a la construcción que realiza el niño desde su nacimiento. Surge así, la educación extrafamiliar, la denominada educación formal. Por lo tanto, se establece la diferencia entre la educación formal y la educación informal, pero comprendiendo que son coexistentes y complementarias, siendo ambas imprescindibles en el desarrollo del niño (Cuestas, Polacov y Vaula, 2016).

En un primer momento dentro de la educación formal, se dará la Educación Inicial, la cual es considerada como el período de cuidado y educación que se le brinda a los niños en sus primeros años de vida, fuera del ámbito familiar (Cuestas, Polacov y Vaula, 2016). Desde la gestación hasta los primeros años de vida existe un acelerado proceso de crecimiento y desarrollo en todas las dimensiones del niño, lo cual se denomina períodos críticos o ventanas de oportunidades. Por lo cual, los primeros años de vida pertenecen a una etapa crucial, donde se dan los momentos más significativos en el desarrollo del niño. La primera infancia es conceptualizada como la etapa de mayor adquisición de habilidades y aprendizajes, por ello “es imprescindible brindar el ambiente y la estimulación necesaria para crecer, desarrollarse, madurar, aprender, construir conocimiento, afirmar las relaciones afectivas, socializarse. La educación inicial propiciará el desarrollo integral del niño” (ANEP, 1997, Citado por Etchebehere, 2012, p. 37).

Dada la importancia de la educación formal desde la temprana infancia, como forma de promover el desarrollo de los niños, surge la Convención sobre los Derechos del niño (1989), estableciendo a los mismos como sujetos de derechos. Dicha Convención procura promover y proteger los derechos de la infancia para garantizar su protección y desarrollo. En los artículos 28 y 29 de la Convención, se establece el derecho a la educación para todos los niños. El artículo 28 reconoce el derecho del niño a la educación y plantea ciertas condiciones que deben darse para que los niños puedan ejercer su derecho en condiciones de igualdad de oportunidades. La Convención establece medidas necesarias para el cumplimiento de dicho derecho, entre ellas se

destacan (ONU, 1989):

Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos; Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad; (...) Y adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar (p. 22).

El artículo 29 de la CDN promulga que “la educación del niño deberá estar encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades” (ONU, 1989, p. 23).

Se identifican tres fases a lo largo de la historia de la educación con relación a la integración de los alumnos con discapacidad: la educación especial, la integración educacional y por último la inclusión educativa. La primera fase remite a la idea de la curación, segregando a los alumnos en centros de educación especial. La segunda fase implica la integración, la cual incorpora un modelo de adaptación de los alumnos en el modelo establecido en los centros. Por último, la tercera fase es la inclusión educativa la cual se considera como la forma más eficaz de evitar la exclusión y de proporcionar una mejor calidad en la educación (Bradley citado en Tamarit, 2005).

En suma, hay dos modos de educar que coexisten y son complementarias en la vida de los niños, la educación formal y la informal. La informal, entendida como los aprendizajes que le brinda la familia al niño, vinculada con la crianza. Por otra parte, la educación formal, que surge como otro elemento fundamental en el desarrollo del niño. Dada la importancia de la educación formal desde la primera infancia, como forma de promover el desarrollo integral, surge la Convención sobre los Derechos del Niño, estableciendo a los mismos como sujetos de derechos, entre ellos el derecho a la educación.

2.2 Dilema Educación especial- Educación ordinaria

El término de Educación especial refiere a un tipo de educación que difiere del de la educación ordinaria. A los alumnos con alguna discapacidad se los apartaba en escuelas específicas para la atención de esa discapacidad en concreto. Se percibía que los mismos eran segregados de los centros de educación ordinaria por salirse de la

"norma", sin la intención de poder visualizar las capacidades que poseían los alumnos (Mateos, 2008). Ainscow (citado en Fernández, 2003) afirma que el sistema de educación especial se ha constituido a partir de la expulsión de alumnos con necesidades educativas especiales, pero "esta modalidad educativa lejos de ayudar al desarrollo integral de los alumnos con Necesidades educativas especiales, los ha alejado de este objetivo" (p. 8).

Larripa y Eurasquin (2010) plantean que varios profesionales han confirmado que los sistemas tradicionales de educación especial muchas veces producen efectos contrarios a los buscados, debido a la imposibilidad de insertar a la persona en un sistema de educación común. Comienza a surgir la idea de que determinadas restricciones propias de la educación especial pueden ser causales de limitaciones en el progreso de los alumnos escolarizados en dicho centro. Esta idea ya había sido planteada por Vygotsky, que creía que aquellas personas que padecían una discapacidad primera provocada por una alteración de índole biológica, se le agrega una discapacidad social, la cual es secundaria. Esta discapacidad social es comprendida como un "conjunto de restricciones y alteraciones de las funciones mentales de alto nivel provocada por los arreglos sociales que se organizan en torno a la socialización de estos sujetos con alteraciones primarias" (Riviere y Daniels citados en Larripa y Eurasquin, 2010, p. 167).

La UNESCO (1994) establece que en las escuelas integradoras los niños deben aprender juntos siempre que sea posible. Deben reconocer las diferentes necesidades de los alumnos y responder a ellas de forma efectiva para adaptarse a los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje. Afirmando que la escolarización integradora es el medio más eficaz para fomentar la solidaridad entre los niños con discapacidad y sus compañeros. La escolarización de niños en escuelas especiales "debiera ser una excepción, que sólo sería recomendable aplicar en aquellos casos, muy poco frecuentes, en los que se demuestre que la educación en las clases ordinarias no puede satisfacer las necesidades educativas o sociales del niño o cuando sea necesario para el bienestar del niño o de los otros niños" (p. 12).

En resumen, la educación especial remite a un sistema educativo que se caracteriza por apartar a los niños con discapacidades en un centro diferente al de la educación ordinaria. Se establece que la misma, lejos de aportar al desarrollo del niño, muchas veces lo obstaculiza, por lo cual se debe recurrir a la educación especial en los casos más severos, en los cuales sea necesario realizar una intervención individualizada.

2.3 Integración e inclusión educativa

La idea de integración surge en la década del 60, significando un gran cambio en la educación dado que comenzó a incorporar personas con discapacidad a las aulas ordinarias (Muntaner, 2010). Larripa y Eurasquin (2010) definen a la integración como los "arreglos técnicos pedagógicos administrativos" que son requeridos para ingresar a un alumno con discapacidad en la escuela ordinaria. Refiere a que estas adaptaciones tendrán como objetivo adaptar al niño a una estructura del centro ya establecida, la cual no debe preocuparse por realizar cambios en las mismas.

En la actualidad, el término "Integración" está siendo abandonado ya que se considera que se orienta solamente a aquellas personas que han sido excluidas anteriormente, intentando adaptarlo a la vida de la escuela (Barrio, 2008). Se considera que en la integración las necesidades son de los alumnos y frente a ellas se utilizan herramientas para que el niño pueda adaptarse al centro. Por lo cual, la integración se basa en la normalización de la vida de los alumnos con necesidades educativas especiales (Barrio, 2008). Se presenta como un gran avance para eliminar la exclusión de los alumnos, potenciando la igualdad de oportunidades. Sin embargo, actualmente se considera a la integración como un escalón más en la lucha por mejorar la calidad de la educación, defendiendo la perspectiva de la inclusión educativa como un modelo más acertado (Muntaner, 2010).

La idea de la educación inclusiva surge a partir de la Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994), la cual reafirma el derecho que tienen todas las personas a la educación basándose en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, y la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos de 1990. La Declaración de Salamanca proclama que todos los niños tienen derecho a la educación; cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje que le son propios y plantea que los sistemas educativos deben ser diseñados de forma que tengan en cuenta la diversidad (UNESCO, 1994). Además, afirma que las personas con necesidades educativas especiales deben acceder a las escuelas ordinarias, la cual le propiciará una pedagogía capaz de satisfacer sus necesidades. Entendiendo a las escuelas inclusivas como "el medio más eficaz para combatir actitudes discriminatorias, para construir una sociedad inclusiva y para alcanzar la educación para todos" (UNESCO, 1994). El principio rector de la Declaración es que "las escuelas deben acoger a todos los niños, independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales, lingüísticas u otras. Todas estas condiciones plantean una serie

de retos para los sistemas escolares" (UNESCO, 1994). Plantea el término de "necesidades educativas especiales" el cual refiere a que muchos niños tienen dificultades de aprendizaje y por lo tanto, tienen necesidades educativas especiales en alguna instancia de su escolarización. Frente a esta situación "Las escuelas tienen que encontrar la manera de educar con éxito a todos los niños, incluidos aquellos con discapacidades graves" (UNESCO, 1994, p. 6).

La educación inclusiva se "basa en la creencia de que todos los alumnos tienen el derecho de escolarizarse en un ambiente lo menos restrictivo posible, priorizándose a la escuela común y desalentándose aquellos circuitos de escolarización especial segregados" (Larripa y Eurasquin, 2010 p. 167). La misma requiere una transformación cultural y educacional que desafía la división tradicional de educación ordinaria-especial, comprendiendo que todo sujeto con discapacidad tiene el mismo derecho de participar en los centros que se educan sus pares sin ninguna discapacidad (Larripa y Eurasquin, 2010).

La educación inclusiva implica procesos para aumentar la participación de los estudiantes y la reducción de su exclusión, así como también reestructurar las prácticas de los centros educativos para que puedan atender a la diversidad de alumnos que se presenten. Asimismo, el término de inclusión engloba a todas las personas vulnerables de ser sujetos de exclusión, no solo a aquellos con alguna discapacidad (Echeita y Ainscow, 2011). En la integración, las necesidades son de los alumnos y la tarea está en hacer que éstos se adapten al centro. En cambio, en la inclusión las necesidades de cada uno de los miembros se transforman en necesidades del centro y se opta por un proyecto en común. Por lo cual, la fundamentación básica de la inclusión es que hay que modificar el sistema para responder a todos los alumnos con características diferentes, en vez de pensar que son los alumnos quienes se tienen que adaptar al sistema pautado (Barrio, 2008).

Booth y Ainscow (2000) afirman que el concepto de inclusión no remite a la misma idea de la integración del alumnado con Necesidades Educativas Especiales, sino que implica un enfoque totalmente diferente. Dicho enfoque implica identificar e intentar resolver las dificultades que aparecen en los diferentes centros. Este autor plantea el término "barreras para el aprendizaje y la participación" en sustitución del término "Necesidades Educativas Especiales", considerando que la inclusión implica identificar y resolver las barreras para el aprendizaje y la participación en los centros. Las barreras que impiden la participación son aquellos aspectos de la organización del

centro educativo que impiden el aprendizaje y desarrollo personal de algunos alumnos (Barrio, 2008).

La inclusión es percibida como un proceso, no es una cuestión de fijar objetivos y cumplirlos, sino que en la práctica el trabajo nunca termina. La inclusión debe ser comprendida "como la búsqueda interminable de formas más adecuadas de responder a la diversidad. Se trata de aprender a convivir con la diferencia y aprender a aprender de la diferencia" (Ainscow, 2003, p. 12). La diversidad en el ser humano es múltiple y compleja, por lo cual el centro educativo no puede realizar una función homogeneizadora (Barrio, 2008). Se debe tener en claro que no se generan cambios de un día para el otro, y que en el transcurso de ese proceso se dan situaciones contradictorias y confusiones, los cuales deben servir como impulso para continuar en ese camino desafiante y no como factor frustrante (Echeita y Ainscow, 2011). Refiere a un camino que emprenden las Instituciones con el fin de conseguir progresivamente que todos sus participantes se sientan integrantes del centro y aceptados. Representa una perspectiva que debe servir para pensar como transformar los sistemas educativos con el fin de responder a la diversidad de estudiantes, procurando percibir a la diversidad como un desafío y una oportunidad para enriquecer las formas de enseñar y aprender, y no como un problema (UNESCO, 1994).

Barrio (2008) plantea que la educación inclusiva es un proyecto que trata de erradicar toda exclusión educativa y que potencia la participación y el aprendizaje equitativo, proporcionando una mayor calidad educativa. Dicha educación se visualiza como la posibilidad de crear una sociedad en la que se reconozcan todos los ciudadanos, eliminando la exclusión social, económica y cultural. El objetivo de la inclusión es brindar respuestas adecuadas a todas las necesidades de aprendizaje, incluyendo entornos formales como no formales de la educación (Echeita y Ainscow, 2011).

Por lo tanto, la integración surge como un gran cambio en la educación, dado que integra a los alumnos con discapacidades al aula regular. Sin embargo, en la actualidad está siendo abandonado dicho termino dado que se considera que en la integración las necesidades son de los alumnos, y ellos deben adaptarse al centro. Surge así la inclusión educativa, en la cual las necesidades de los alumnos se consideran necesidades del centro. Se percibe a la inclusión como el intento de encontrar la forma más adecuada para responder a la diversidad, con el objetivo de aprender a convivir con la diferencia y evitar la homogeneización.

2.4 Modelos de Inclusión

Dado los diferentes grados de severidad de las discapacidades, sumado a las características individuales de cada niño, según Lizasoain (2012) se estipulan 4 modelos de inclusión. El objetivo es poder encontrar la forma más adecuada de inclusión dependiendo de cada caso. Estos 4 modelos son: inclusión de aula regular, inclusión de aula estable, inclusión desde la escuela especial e inclusión de modalidad combinada.

En la inclusión de aula regular, los alumnos con discapacidades están incluidos en el aula ordinaria. Los mismos siguen el currículo común, pero con la posibilidad de contar con ayudas técnicas que les permitan acceder al currículo. También pueden contar con adaptaciones curriculares o apoyo educativo individualizado por parte de un tutor. Este apoyo puede brindarse en momentos específicos fuera del aula ordinaria (Lizasoain, 2012). Según la Consejería de Educación y Ciencia (2001) esta modalidad es la más interesante especialmente en los primeros años de vida, porque propicia la adquisición de habilidades sociales.

Las aulas estables, se crean en centros ordinarios para incluir a los alumnos que están mayormente comprometidos, que no es posible compartir el currículo ordinario ni siquiera con las adaptaciones curriculares. La denominación de estables hace referencia a que estas aulas tienen asignados recursos estables según las necesidades educativas. Dicha aula cuenta con un tutor especializado, y cuenta con una limitación de un total de 4-5 alumnos por aula, adaptaciones significativas del currículo, equipamiento y material específico. Permite la atención individualizada a las necesidades educativas y diferenciadas de cada alumno. Por otro lado, otra característica del aula estable es que se comparten los espacios comunes en el centro ordinario, lo que posibilita la socialización entre pares. Dichos centros potencian el trabajo cooperativo con todo el alumnado del centro ya que integra los espacios físicos (Sainz, s.f.).

En la inclusión de aula de educación especial, los alumnos participan de la misma porque sus necesidades requieren de un currículo significativamente adaptado (Lizasoain, 2012). En algunos casos puede ser recomendable la existencia de un centro de educación especial. Dado que determinados alumnos necesitan ciertas condiciones de escolarización que solo pueden brindarse en estos centros. Asimismo, la formación específica y la experiencia de los profesionales contribuye a una educación de mejor calidad frente a este alumnado (Consejería de Educación y Ciencia, 2001).

Por último, la modalidad combinada refiere a una combinación de centro ordinario y centro de educación especial. Es una modalidad doble, el alumno acude algunos días a un centro ordinario y otros a un centro específico. Se suele plantear más frecuentemente en las primeras etapas de la educación formal, y se realiza para paliar la segregación de los centros específicos, y por otra parte la falta de profesionales especializados de los centros ordinarios. García (2006) plantea que, si los centros ordinarios estuvieran preparados profesionalmente y con recursos suficiente para atender a la diversidad, no existirían las escolarizaciones combinadas. Por lo cual, lo que determina que un niño vaya a un centro específico es la necesidad de mayor ayuda y recursos con los que no cuenta en un centro ordinario. La modalidad combinada se propone como objetivo la socialización, permitiendo que los niños cuando se encuentran en los centros ordinarios compartan actividades, emociones y experiencias con sus iguales, como también se posibilite el aprendizaje por imitación como el lenguaje, hábitos de autonomía y conductas sociales (García, 2006).

En suma, se destacan cuatro modelos de inclusión que son pensados para la inserción de los niños con necesidades educativas especiales, como forma de encontrar la intervención más adecuada dependiendo de cada niño y sus potencialidades. El modelo de inclusión de aula regular, en el cual los alumnos con discapacidades están incluidos en el aula ordinaria. Las aulas estables, están dentro de los centros ordinarios y son creados para incluir a los alumnos que están mayormente comprometidos. En las mismas se posibilita la socialización, dado que son compartidos los espacios fuera del aula. La inclusión en aula de educación especial es recomendada para los casos en que los niños se encuentran gravemente comprometidos y se necesita una intervención más personalizada. Por último, la modalidad combinada refiere a una combinación de centro ordinario y centro de educación especial.

Capítulo 3: Educación y Trastorno del Espectro Autista

En este tercer y último capítulo del trabajo, se pretende articular los dos primeros apartados. El objetivo es comprender cual es la mejor forma de educar a los niños con TEA, el modelo de inclusión más adecuado para los mismos, y los grandes beneficios que le concede.

3.1 Importancia de la inclusión de los niños con TEA

Crespo (2001) plantea que ya existen recursos que posibilitan el poder ayudar a las personas con TEA y a sus familias, siendo el más eficaz la educación. Surge la necesidad de enseñarles e incentivarlos a la participación social en el medio donde se desarrollan, posibilitando la enseñanza de habilidades que les serán útiles en su vida. La importancia de la educación radica en transmitir no solo contenidos curriculares, sino en desarrollar competencias sociales y emocionales, en donde juegan un rol imprescindible los docentes (Nuñez, Etchebehere y Foster, 2016).

Existen evidencias de que identificar a los niños con TEA tempranamente y comenzar intervenciones educativas adecuadas lo antes posible, favorece y acelera el desarrollo integral del niño, reduciendo comportamientos inadecuados y mejorando el pronóstico a largo plazo (Crespo, 2001; Peydró y Rodríguez, 2007). El tránsito por la educación concierne grandes beneficios, entre ellos fomentar los procesos de estructuración del pensamiento, y las habilidades de cada niño, propiciando la capacidad de creatividad, e imaginación. Permite el conocimiento de sus propias posibilidades, enriqueciendo su autoestima y favoreciendo la autonomía progresiva. Asimismo, favorece los procesos sociales, promoviendo el afianzamiento de vínculos, aprendiendo sobre el respeto, y el compartir propiciando la convivencia grupal (Etchebehere, Cambón, De León, Zeballos, Silva y Fraga, 2008).

El objetivo máximo de la educación según Crespo (2001) se debe entender como la preparación para la vida en la comunidad, procurando que vivan en un ambiente lo menos restrictivo posible. El equipo del centro educativo, y las familias deberán realizar la intervención con el objetivo de "reducir la sintomatología del TEA y de enseñarles recursos que les faciliten una vida autónoma e independiente en la medida de lo posible" (Bejarano, Magan, Pablos de la Morena y Canal, 2018, p. 88). Según De León (2012) la participación y la autonomía progresiva son dos factores fundamentales que se deben

propiciar en el ámbito educacional, así como también en el familiar. Los individuos deben ser los constructores en su proceso de desarrollo, siendo los protagonistas de sus aprendizajes. La autonomía implica un rol activo de los niños, que le habilite la toma de decisiones y a la capacidad de resolver problemas. La participación infantil involucra que sean partícipes en sus vidas, implica que los niños ejerzan gradualmente sus derechos, que puedan ser informados, ser escuchados y opinar. La autonomía y la participación infantil son procesos que se dan gradualmente, ya que requieren aprendizajes y tienden a evolucionar con la edad. Esto permite visibilizar a los individuos como protagonistas, donde obtengan un papel principal en su desarrollo. Los mismos deben ser habilitados trabajando en conjunto las familias y los centros de educación (De León, 2012).

Por lo cual, surge la educación como el recurso más eficaz para ayudar a las personas con TEA, y a sus familias. Resulta fundamental realizar una intervención que les posibilite la participación social y la enseñanza de habilidades que le sean útiles para su vida. El objetivo de la educación no radica solamente en transmitir contenidos curriculares, sino en desarrollar competencias para su vida.

3.2 Educación de los niños con TEA

Debido a la gran variabilidad de los cuadros de TEA, se debe realizar una valoración específica de cada niño para pensar cual es el modelo de escolarización que mejor se adapte a sus necesidades. Se debe tener en cuenta las características del desarrollo del individuo y el grado de afectación para crear el programa de educación. La inclusión educativa plantea como objetivo que los alumnos tengan un entorno escolar lo menos restrictivo posible, y sin duda hay varios contenidos del currículo que sus aprendizajes son favorecidos en los contextos de inclusión. Pero, sin embargo, la inclusión no es la mejor ni la única opción. Existe un debate centrado en si la persona con TEA progresa mejor en contextos integrados o en contextos de educación especial, el mismo se encuentra todavía en curso ya que hay diversas opiniones (Crespo, 2001).

Los niños incluidos establecen relaciones que posibilitan el adquirir habilidades sociales y comunicativas, el estar en constante vinculación entre pares facilita nuevos aprendizajes, y aumentan sus probabilidades de adaptación social (Koegel citado en Crespo, 2001). Por lo cual, la escolarización en centros de educación especial es recomendado cuando los niños con TEA se encuentran comprometidos en mayor

medida, en los casos más graves, siendo evidentes los beneficios de los contextos individualizados. Según Bejarano, Magan, Pablos de la Morena y Canal (2017) las personas con un cuadro de TEA más severo necesitan un apoyo más individualizado que muchas veces se dificulta en los centros ordinarios, lo cual se visualiza como una barrera en su escolarización. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el camino no es el mismo para cada caso, sino que hay que considerar a cada niño en particular, teniendo en cuenta sus posibilidades y dificultades. Dado que tienen necesidades específicas, se les debe brindar una respuesta educativa especializada, considerando a la misma de gran relevancia por la etapa crucial de desarrollo del niño que favorecerá su pronóstico.

La propuesta educativa debe ser la misma para todos los alumnos, pero si se deben efectuar ayudas dependiendo de las particularidades y necesidades educativas que cada niño tenga (Ruiz, Citado por Colás, 2014). El objetivo de los educadores debe ser el mismo para todos los niños, procurar que sean más felices, más capaces, comunicativos y más independientes, así como desarrollar sus máximas posibilidades (Crespo, 2001). La educación de las personas con autismo requiere varios recursos tanto materiales como personales. Las necesidades que posee dependen tanto del propio niño, como del entorno en el que vive y de los recursos disponibles en el centro educativo (Crespo, 2001).

Por lo cual, la educación de estos niños debe ser pensada teniendo en cuenta las características de su trastorno, las características personales del niño, su capacidad de comunicación y socialización, y las necesidades de la familia. A su vez, posteriormente se debe supervisar su progreso y su adaptación a la escuela, contando con la posibilidad de hacer los cambios que ameriten. Por lo tanto, aunque no es recomendable que se ejecuten cambios frecuentes, la intervención que se resuelva como más adecuada en un momento concreto del desarrollo, no tiene por qué ser permanente (Crespo, 2001).

Se recomienda que los alumnos con TEA se escolaricen en escuelas ordinarias, con el fin de propiciar el desarrollo de competencias sociales y comunicativas, las cuales no encuentran en la educación especial (Owen- DeScheveyver citado en Larripa y Eurasquin, 2010). Crespo (2001) plantea que, para el caso de la escolarización de los niños con TEA más pequeños, lo ideal es la inclusión en un centro de educación ordinaria, pero con apoyo permanente. Dado que los ambientes menos restrictivos que implican la relación entre pares demuestran la eficacia para incentivar las competencias

sociales (Koegel citado en Crespo, 2001). Según Peydró y Rodríguez (2007) las intervenciones educativas que se consideran más eficientes se caracterizan por ser individualizadas e intensas; adaptadas al niño y a su familia; de inicio temprano; contar con alta implicación de la familia y poseer profesionales con formación específica.

Bejarano, Magan, Pablos de la Morena y Canal (2017) establecen que las personas con TEA no son incluidas fácilmente en los centros ordinarios, debido a barreras cognitivas, físicas y conductuales, considerando que el reto de la inclusión educativa presenta barreras y facilitadores. Dentro de los facilitadores se destacan la familia, el centro y el niño y sus capacidades. Por otra parte, se presentan barreras que dificultan la inclusión, Rodríguez, Moreno y Aguilar (2007) y Larripa y Eurasquin (2010) coinciden en que todavía existen grandes dificultades para lograr la inclusión del alumnado con TEA, falta mucho por trabajar para conseguir dicho objetivo. Una de estas dificultades planteada por Larripa y Eurasquin (2010) es que la perspectiva de inclusión es muy reciente, y los actores de la educación ordinaria como la especial se han formado bajo otro paradigma tradicional de escolarización. Los profesionales con formación específica son un punto fundamental para respetar la diversidad, y lograr la plena inclusión de los niños con necesidades educativas. Andrade (2011) en su investigación plantea la preocupación por la falta de capacitación sobre el trabajo con las personas con TEA, lo que ocasiona que los docentes no estén preparados para incluirlos adecuadamente. Al mismo tiempo plantea, que únicamente los profesionales de apoyo conocen sobre el trastorno, lo cual significa una limitación en la educación inclusiva, y posibilita que los docentes encargados del aula regular no se sientan confiados en su trabajo con los niños con TEA, y los deriven a otro tipo de aula, lo cual se podría percibir como una discriminación nuevamente (Andrade, 2011).

Desde esta investigación, Andrade (2011) establece que los docentes no pueden realizar la inclusión adecuada porque desconocen el trastorno y no saben cómo ejecutar las adaptaciones curriculares. Por lo que plantea que se deberían hacer cambios en la formación del personal docente, capacitándolos para la diversidad. En ocasiones también surge que la organización del centro, el tamaño de los grupos y otros aspectos impiden que un docente con buena formación y disposición logre la adecuada inclusión. De todas formas, se destaca la actitud de los docentes, los mismos deben tener una buena actitud frente a la diversidad y al intento por lograr una inclusión eficaz, considerando a la misma como la forma de posibilitar una sociedad más justa (Andrade, 2011).

Asimismo, se visualiza que a medida que los niños con TEA crecen se dificulta su inclusión, de modo que son muy pocos las personas con dicho trastorno que acuden a cursar en el Centro de Educación Secundaria bajo la perspectiva de inclusión (Rodríguez, Moreno y Aguilar, 2007; Larripa y Eurasquin, 2010). Según Larripa y Eurasquin (2010) "estas intervenciones pronostican y aseguran un punto final en la integración, una fecha de vencimiento de la misma, la cual tiende a coincidir con la finalización de la escuela inicial, o con los primeros años de la escolaridad primaria" (p. 171). Plantean que este dato coincide con las investigaciones que establecen que la educación inicial posee características apropiadas para las prácticas de escolarización inclusiva, pero muchos de estos niños luego transitan el cambio a un centro de educación especial (Larripa y Eurasquin, 2010).

Por otra parte, se plantea la dificultad del trabajo en conjunto, y el riesgo del trabajo fraccionado que existe. Con los niños con TEA, es evidente que la forma de trabajo debe ser en conjunto, dado que son varios profesionales los que intervienen en la inclusión de estos. Muchas veces los tiempos de encuentro entre los mismos son acotados, y existe la superposición de roles lo que conlleva al fraccionamiento disciplinar, donde cada profesional incluye desde su perspectiva y no bajo la mirada global del equipo (Larripa y Eurasquin, 2010).

Otro punto fundamental que resalta Orrú y Leyva (2015), es la estigmatización social que causa un diagnóstico, en este caso de TEA, y el impacto en la vida socioeducativa de estos niños. Los centros educativos muchas veces poseen gran dependencia del diagnóstico, considerando al mismo como si fuera la solución para las intervenciones que deben planificar. Plantea que así se corre el riesgo de que el niño deje de ser percibido como un sujeto singular, pasando a ser simplemente un diagnóstico, caracterizado por sus habilidades comprometidas. Temple Grandin (citada en Orrú y Leyva, 2015) expresa que "en los últimos tiempos, he leído lo suficiente para saber que todavía hay muchos padres y, también, muchos profesionales para los cuales una vez autista, siempre autista. Ese aforismo se tradujo en vidas tristes y desalentadas para muchos niños que como yo, recibieron pronto el diagnóstico de autistas" (p. 360). A partir de esta cita, es relevante pensar que cuando el centro educativo presenta una mirada hacia el niño esencialmente desde su trastorno, se reducen las posibilidades de una práctica educativa que tenga en cuenta los aspectos singulares del desarrollo y del aprendizaje de cada persona. Surge así, la estigmatización como una barrera en la inclusión, dado que no alcanza que el niño sea integrado en el aula escolar, sino que debe ser aceptado por la comunidad escolar, siendo parte de ella (Orrú y Leyva, 2015).

Por lo tanto, el foco no debe estar en los síntomas del TEA, sino en las potencialidades y particularidades que pueden desarrollarse y estimularse en cada niño. Considerando al diagnóstico como una herramienta fundamental para la intervención y atención temprana, y no meramente como un diagnóstico para clasificar y estigmatizar a las personas.

Es aquí donde surge la incertidumbre de si realmente existe la inclusión, o simplemente se confunde a la integración con la misma. Andrade (2011) afirma que "a nivel institucional se sigue manejando el enfoque de integración educativa, el cual es entendido por muchos como inclusión" (p. 51). Por lo tanto, si las políticas públicas procuran la inclusión deberían tomar medidas para que sea eficaz en la práctica. Esto concierne a los aspectos formativos del personal, como también a la parte administrativa como el tamaño de los grupos y materiales (Andrade, 2011).

En síntesis, para pensar la escolarización más adecuada para los niños con TEA, se debe considerar las características personales del individuo y sus áreas comprometidas, teniendo siempre presente que las intervenciones deben ser personalizadas e individualizadas. Se recomienda que los niños sean escolarizados en centros de educación ordinaria para fomentar la participación social y la relación entre pares, destacando que en el centro los individuos aprenden habilidades necesarias para su vida diaria. Pero, considerando que el camino no es el mismo para cada caso, excepcionalmente se pueden dar situaciones en donde el niño necesite una inclusión a un aula de educación especial. Se presentan varias dificultades para una adecuada inclusión, entre ellas la falta de preparación de los docentes, la desfavorable organización del centro, la dificultad del trabajo en conjunto y la estigmatización social que produce el diagnóstico de TEA en la educación. Estos puntos conllevan a repensar el concepto de inclusión, cuestionar si realmente existe, o todavía continuamos en el modelo de Integración educativa.

3.3 Consideraciones para la educación de los niños con TEA

Teniendo en cuenta las áreas comprometidas de los niños con TEA desarrolladas en el primer capítulo, aquí se propone comprender que consideraciones de modo generalizadas se pueden pensar para lograr una intervención educativa lo más favorable posible. Riviére (citado en Pescador, 2014) plantea que se debe promover el bienestar emocional de los niños, tratando de disminuir sus experiencias negativas

como el miedo, ansiedad y frustraciones, e incrementar la posibilidad de participar de un ambiente propiciador de su desarrollo. Asimismo, se debe promover la autonomía progresiva, disminuyendo la dependencia hacia otros (Pescador, 2014).

Godoy, González y Verdugo (2008) destacan ciertas características que deben presentar los centros educativos para propiciar el desarrollo de sus participantes. Los centros educativos más acordes deben ser pequeños, y contar con un bajo número de estudiantes por aula, tratando de evitar los centros excesivamente bulliciosos (Darretxe y Sepúlveda 2011). Por lo general, una Institución educativa más pequeña, y con menos alumnos en el aula, habilita a que los docentes puedan mantener un ambiente más inflexible, y con poco ruido, lo cual serían aspectos de gran relevancia (Díaz y Andrade, 2015). El ambiente resulta fundamental para el aprendizaje de los niños con TEA, el mismo debe ser organizado y estructurado, debe contar con un lugar y un momento determinado para cada cosa, logrando evitar contextos complicados. El niño debe conocer las reglas, y como van a suceder las cosas, siendo las actividades predecibles para lograr reducir la frustración.

Por otra parte, los materiales deben ser elegidos para captar la atención del niño, y deben facilitar la interacción social, habilitando aquellos objetos hacia los cuales se sienten atraídos. Muchas veces pueden perder el interés rápidamente, por lo cual se debe cambiar inmediatamente de objetos. Por lo cual, los materiales optados para trabajar deben despertar el interés en los niños. También se debe considerar realizar una flexibilización para lograr una adecuación del currículo, dependiendo de las características del niño, como flexibilizar los tiempos definidos, introducir contenidos que incluyan los sentidos, implementar material de mayor tamaño y recursos tecnológicos (Godoy, González y Verdugo, 2008).

Por otra parte, según Menezes (2005) una de las habilidades desarrolladas frecuentemente en los niños con TEA, es la interpretación visual, por lo cual se debe considerar la misma al momento de pensar las adaptaciones ya que tienen mayores probabilidades de aprender si se les presenta información de forma visual, y si tienen la oportunidad de experimentar con los sentidos. La claridad visual es importante, las tareas se deben presentar resaltando la información fundamental para que puedan comprender la consigna (Darretxe y Sepúlveda, 2011). Surge así, como forma de centrarse en el desarrollo de las habilidades de comunicación, el uso de sistemas alternativos de comunicación. Dicha estrategia consiste en apoyos visuales, como pictogramas, fotos, dibujos o símbolos que representan objetos o actividades de la rutina

del niño. Teniendo en cuenta que muchas veces tienen habilidades en lo visual, y que necesitan rutinas predecibles por su inflexibilidad, las tarjetas con imágenes son imprescindibles para que el niño pueda comprender las actividades que va a realizar en su día en el centro. También le permite comprender la información de forma más inmediata, es una herramienta fundamental tanto para los niños con lenguaje verbal como no verbal. Por lo tanto, posibilitan un ambiente predecible para el niño, que le da seguridad y contribuyen a su proceso de aprendizaje (Godoy, González y Verdugo, 2008). También se establece la utilización de agendas como una herramienta fundamental para que los niños conozcan sus rutinas y disminuyan las situaciones de estrés. Las mismas son instrucciones visuales donde se encuentran las actividades a realizar, en que zona, y en qué orden se deben dar (Pescador, 2014).

En cuanto a la estructuración de los espacios físicos, Pescador (2014) plantea el incrementar rincones como formas de organizar el aula, determinando ciertas zonas para que el niño comprenda que actividades se pueden realizar en cada una, y donde puede encontrar ciertos materiales. En relación con el resto de los espacios del centro educativo, una estrategia para facilitar la comprensión del niño puede ser señalar los diferentes espacios como los baños, comedor, patio, a través de pictogramas o símbolos que permitan identificar qué actividades se hacen en cada lugar. Muchas de las personas con TEA, se caracterizan por la hiper o hiposensibilidad a los estímulos como se desarrolló en el primer capítulo, por lo cual se debe considerar presentarle al niño un entorno de protección frente a los estímulos sensoriales. Teniendo en cuenta, los sonidos, las luces, las diferentes texturas, entre otros (Consejería de Educación y Ciencia, 2001).

En cuanto a los aprendizajes, se debe procurar partir de los conocimientos con los que cuenta la persona, para utilizar lo conocido como base para nuevos aprendizajes, logrando que los mismos sean significativos. En cuanto al lenguaje, debe ser claro y preciso, utilizando frases cortas y en los casos necesarios utilizar el apoyo de pictogramas (Pescador, 2014). Por último, los recreos habilitan a desarrollar competencias sociales, pero para estos niños son percibidos como un espacio con mucho ruido y confuso. Por lo cual, se debe pensar una estrategia para fomentar que observen a sus pares, y que encuentren alguna actividad que les atraiga y que con la ayuda de pares pueda participar (Darretxe y Sépulveda, 2011). Como se planteó anteriormente que el juego resulta importante para la adquisición de destrezas sociales, comunicativas y motrices, y considerando la dificultad que poseen los niños con TEA para jugar, es necesario enseñarles a jugar, incentivando al mismo y prestándole las

ayudas necesarias para que se cumpla dicho objetivo (Godoy, González y Verdugo, 2008).

Por lo tanto, se presentan consideraciones de modo generalizadas para lograr una intervención lo más adecuada posible. Se destaca la promoción del bienestar emocional de los niños, tratando de disminuir las experiencias negativas como situaciones de miedo, estrés y frustraciones excesivas. Se recomiendan los centros pequeños, con un ambiente que favorezca los aprendizajes, siendo este estructurado, organizado, y con actividades predecibles. Se debe procurar brindarles información visual y que experimenten a través de los sentidos. Surge así, el uso de sistemas alternativos de comunicación, como apoyos visuales para la comprensión de sus rutinas.

3.4 Relevancia de la interacción entre pares

Las interacciones en el aula conciernen gran importancia para todos los niños, tanto para el alumnado que se intenta incluir como el alumnado sin necesidades específicas. Se destaca que "cuando los niños trabajan juntos y emiten opiniones diferentes, esto les genera perturbaciones en sus sistemas cognitivos" (Piaget, citado en Peña, 2005). Por otra parte, Vygotsky (Citado en Peña, 2005) considera a las interacciones como un factor fundamental del desarrollo cognitivo. Tomando estos aportes se considera que el aula escolar es un lugar donde reúne varios tipos de interacciones, lo que convierte a la misma en una cotidianidad compleja (Peña, 2005). Asimismo, será beneficioso para los niños sin discapacidades para comprender la diversidad, y particularmente las necesidades de los niños con TEA (Crespo, 2001). El transmitir a los niños principios y valores de inclusión, respeto y aceptación de las personas con discapacidad, les provee grandes beneficios (Vivas, 2013).

Según Hojholt (2005) "cuando los niños están juntos potencializan sus posibilidades más que cuando se encuentran solos" (p. 33), es decir, que la estimulación entre pares desarrolla mayormente sus capacidades. También las relaciones de amistad que conforman "se convierten en un elemento que les brinda seguridad para participar" (Hojholt, 2005, p. 33). Comprendiendo así la importancia de la relación entre pares en edades tempranas, para la conformación de la personalidad, y la potencialidad de la seguridad y autoestima. Plantea que los niños "desarrollan nuevas capacidades y las

utilizan en los juegos con sus compañeros para crear más y mejores posibilidades de desarrollo. Es como si se abrieran más y más puertas al paso del tiempo" (p. 38).

Por otra parte, ¿qué sucede cuando los niños con TEA no son aceptados por el grupo? Muchos de los niños con TEA, son objeto de burlas por su dificultad para adaptarse, y en algunos casos por su imposibilidad de tener vínculos estables (Andrade, 2011). Los mismos poseen dificultades en la relación con sus compañeros, siendo muchas veces visibles como "raros" y por lo cual tienden a ser rechazados o a ser víctimas de acoso escolar (Díaz y Andrade, 2015).

Se visualiza así los momentos difíciles que pueden vivenciar estos individuos en los centros educativos, dado que las habilidades del ámbito social quedan muy expuestas, y son censuradas por sus iguales (Andrade, 2011). Comin (2011) plantea que el acoso escolar es un tema serio, pero que en el caso de los niños con TEA la situación se agrava. Destaca que muchas veces también es un acoso institucional, promovido por los propios centros educativos.

En conclusión, las interacciones entre pares son fundamentales para las personas que se intentan incluir, como también para los niños sin discapacidad, considerando que les permite aprender a convivir con la diversidad. Resulta esencial la estimulación entre pares, ya que desarrolla sus capacidades. Sin embargo, muchas veces los niños con TEA tienden a ser rechazados por sus compañeros, siendo víctimas de acoso.

3.5 Importancia del trabajo en conjunto

Las intervenciones educativas más eficaces son las que se implementan teniendo en cuenta las particularidades del niño y a su vez existe una gran implicación de la familia. Peydró y Rodríguez (2007) plantean que las familias deben estar muy implicadas en el proceso educativo, ya que las mismas pueden aprender y aplicar con eficacia ciertas habilidades para favorecer el comportamiento de sus hijos. Se reconoce la importancia del rol central que juegan los padres en la intervención.

La familia puede aportar datos esenciales del niño para elaborar el plan de intervención más adecuado. Además, es "importante que los profesionales que trabajan con el niño conozcan y respeten los valores y prioridades de la familia y sean tenidos en cuenta a la hora de desarrollar el plan de intervención" (Peydró y Rodríguez, 2007, p.

85). Es fundamental el papel de las familias, para apoyar los objetivos del programa educativo, como aquellos destinados a favorecer la comunicación y la autonomía progresiva. Comprendiendo así, que los procesos trabajados en el centro educativo deben continuar siendo fomentados por sus familias (Consejería de Educación y Ciencia, 2001).

Mulás (2010) establece que las familias no solo necesitan un diagnóstico para sus hijos, sino que también precisan obtener información de cómo tratarlos, apoyo por parte de las instituciones educativas, y comprensión por parte de la sociedad. Por lo tanto, en la intervención con los niños con TEA, es fundamental informar, contener, y acompañar a la familia en el proceso. Se evidencia la importancia de incluir a las familias en las instituciones educativas, como protagonistas del proceso (Rodríguez, 2014). Godoy, González y Verdugo (2008), destacan como puntos fundamentales para incluir en el trabajo con las familias, la entrega de herramientas para que las familias puedan apoyar en el desarrollo y educación de sus niños, y el motivar un vínculo propiciador del trabajo en conjunto y la contención emocional hacia los mismos.

Rodríguez, Moreno y Aguilar (2007) señalan el riesgo que implica cuando no existe el trabajo en conjunto, establece que el trabajo entre educador, el resto de los profesionales y la familia debe ser coordinado. Por el contrario, cuando no se produzca el trabajo en conjunto se puede producir una intervención dividida, con estrategias particulares por parte de cada actor. Afirmando así que "la coordinación entre los diferentes profesionales del equipo docente es un aspecto organizativo de suma importancia en la educación en general, y en el caso de los escolares con TEA en particular" (p. 441). Destacando así que una mejor coordinación facilitaría la inclusión.

En síntesis, se debe reconocer a las familias como eje fundamental en la intervención de sus hijos, los mismos deben estar implicados para apoyar los objetivos que el programa educativo se propone. Es esencial informar, apoyar y contener a las familias. Es primordial que el trabajo entre docentes, profesionales y la familia sea coordinado, para facilitar la inclusión.

Conclusiones

A modo de síntesis, se denomina Trastornos del Espectro Autista (TEA) a un conjunto de síntomas que se presentan en la primera infancia con incidencia particularmente en la comunicación y el lenguaje, la interacción social y comportamiento repetitivo. Dichos síntomas los acompañan a lo largo de toda su vida, comprometiendo y limitando el funcionamiento diario. Constituye una de las alteraciones más graves en el desarrollo, el cual remite gran complejidad desde el punto de vista personal, familiar y social. El concepto de autismo queda remplazado por el de Trastornos del Espectro Autista, para aludir a las variabilidades de los cuadros, dado que el grado, forma y edad de aparición varía de una persona a otra, por lo cual es un gran desafío encontrar la intervención adecuada para cada caso y lograr generalizarla.

Las áreas que se encuentran comprometidas en los individuos con TEA son: la comunicación y el lenguaje, el área social, alteraciones motrices y del comportamiento, y el juego. El grado del compromiso a nivel social, puede variar desde un aislamiento social extremo hasta un leve interés por los otros. Asimismo, aparecen dificultades para la comunicación verbal y no verbal, dado la variabilidad del trastorno. Surgen alteraciones motrices como movimientos repetitivos o estereotipados, así como restricciones en sus intereses, e inflexibilidad en sus rutinas. En cuanto al juego, el mismo es caracterizado por la ausencia del juego simbólico, tendiendo a ser repetitivo, estereotipado, y rígido.

En los niños con TEA la educación constituye la forma de intervención más importante. Considerando la importancia de la educación formal desde la primera infancia como forma de promover el desarrollo integral, surge la Convención sobre los Derechos del Niño, estableciendo el derecho a la educación. En la actualidad se propende por la inclusión educativa, dejando atrás la educación especial y la integración escolar. Se establece que la educación especial, lejos de aportar al desarrollo del niño, muchas veces lo obstaculiza, por lo cual se debe recurrir a la misma en los casos más severos, en los cuales sea necesario realizar una intervención individualizada. La noción de integración significó un gran cambio en la educación dado que comenzó a incorporar alumnos con discapacidades a las aulas ordinarias (Muntaner, 2010). Sin embargo, se está abandonando dicho término, porque se considera que la integración se basa en la normalización de la vida de las personas con discapacidad. En la actualidad se aboga por la inclusión educativa, que surge a partir de la Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994), la cual reafirma el derecho que tienen todas las personas a la educación. La educación inclusiva requiere una transformación cultural y educacional, entendiendo

que las personas con discapacidad tienen derecho a participar de la educación en los mismos centros que sus pares sin discapacidad.

La importancia de la educación radica en transmitir no solo contenidos curriculares, sino en desarrollar habilidades sociales y emocionales. Es fundamental la detección temprana para comenzar las intervenciones educativas lo antes posible, para favorecer y acelerar el desarrollo integral del niño, reduciendo comportamientos inadecuados y mejorando el pronóstico a largo plazo (Crespo, 2001; Peydró y Rodríguez, 2007). El tránsito por la educación concierne grandes beneficios, entre ellos fomentar los procesos de estructuración del pensamiento, y las habilidades de cada niño, propiciando la capacidad de creatividad, e imaginación. Permite el conocimiento de sus propias posibilidades, enriqueciendo su autoestima y favoreciendo la autonomía progresiva. Asimismo, favorece los procesos sociales, promoviendo el afianzamiento de vínculos, aprendiendo sobre el respeto, y el compartir propiciando la convivencia grupal (Etchebehere, Cambón, De León, Zeballos, Silva y Fraga, 2008). Además, será beneficioso para los niños sin discapacidades para comprender la diversidad, aprender a respetar y aceptar a las personas con discapacidad.

Debido a la gran variabilidad de los cuadros de TEA, se debe realizar una valoración específica de cada niño para pensar cual es el modelo de escolarización que mejor se adapte a sus posibilidades. Se recomienda que los alumnos con TEA se escolaricen en escuelas ordinarias, con el fin de propiciar el desarrollo de competencias sociales y comunicativas. Sin embargo, dado que se propende la inclusión, la escolarización en centros de educación especial es recomendada solo en los casos más graves de niños con TEA, en los cuales se evidencian los beneficios de los contextos individualizados.

Se establece que la noción de inclusión es muy reciente, y los actores de la educación se han formado bajo otro paradigma, causando una falta de preparación y capacitación sobre la temática de la discapacidad en general, y específicamente de los TEA, que muchas veces son desconocidos por los docentes. Por lo cual, estos no pueden realizar la inclusión adecuada porque desconocen el trastorno y no saben cómo ejecutar las adaptaciones correspondientes. Por otra parte, se reconoce a las familias como eje fundamental en la intervención de sus hijos, las mismas deben estar implicadas para apoyar los objetivos que el programa educativo se propone. Es primordial que el trabajo entre docentes, profesionales y la familia sea coordinado, para facilitar la inclusión, pero, sin embargo, en la práctica existen grandes dificultades para

llevarlo a cabo. Otro punto a destacar, es la estigmatización social que causa un diagnóstico, y el impacto en la vida socioeducativa de estos niños. La estigmatización es considerada como una barrera para la inclusión, dado que no alcanza que el niño sea integrado en el aula escolar, sino que debe ser aceptado, siendo parte del centro (Orrú y Leyva, 2015).

Entonces, ¿realmente estamos preparados para la inclusión? ¿Le podemos llamar inclusión como tal, a las prácticas que se proponen ser inclusivas hoy en día? Se presentan varias dificultades para lograr la inclusión del alumnado con TEA, quedando evidenciado que falta mucho por trabajar para cumplir con dicho objetivo. Al principio del trabajo se estable el concepto de inclusión, y lo que pretende de forma utópica, como las posibilidades que deberían darse para que realmente existiera una buena práctica de inclusión. Luego, se intenta plasmar dicha noción en el plano cotidiano, pudiendo pensar que sucede realmente en los centros de educación al intentar incluir a un niño con TEA.

A lo largo de la investigación se encontró que la mayoría de los textos consultados referían a la noción de inclusión, y como la misma contribuiría en una sociedad más justa, en la que todas las personas puedan acceder a la educación. ¿Pero qué sucede realmente cuando se intenta realizar una inclusión? ¿Es tan fácil como lo plantea el concepto? Considero que es imprescindible repensar el concepto de inclusión, si realmente existe o la confundimos con lo que anteriormente se llamaba integración. En la práctica muchas veces quedan confundidos ambos términos, dado que todavía se percibe la idea de que el niño se debe adaptar al centro, y muchas veces se considera suficiente con el hecho de que el niño esté integrado en el mismo.

Sin duda, la idea de inclusión podría ser la manera adecuada para lograr la igualdad de oportunidades para todos los niños, pero no se pueden hacer a un lado, todas las dificultades que en la práctica se dan para llevar a cabo la misma. Se deberían tomar medidas para que la inclusión sea eficaz, entre ellas comenzar a formar a los docentes, capacitándolos para diferentes discapacidades y fomentando su actitud frente a la diversidad y al intento de posibilitar una sociedad más justa. Como también tener en cuenta aspectos en cuanto a los centros, y los ambientes, lo cual muchas veces es difícil por la masificación del alumnado.

Es imprescindible seguir de cerca cada proceso de inclusión, se debe pensar el caso de cada niño, y buscar la forma de insertarlo en la educación más adecuada. Comin (2007) plantea que llevar a cabo la inclusión muchas veces es imposible, y cuando se

lleva a cabo puede ser contraproducente para el niño. Esto es causado porque los centros no están preparados, no cuentan con los medios necesarios, y un mal modelo de inclusión podría desperdiciar la mejor etapa del niño. Por lo cual, no alcanza solo con el hecho de que el niño vaya a la escuela, sino que el mismo debe ser aceptado por el grupo, y se le debe permitir la adquisición de habilidades sociales y comunicativas que favorezcan su desarrollo. Se debe partir de las potencialidades y particularidades que pueden estimularse y desarrollarse en cada niño, considerando al diagnóstico como una herramienta imprescindible, sin utilizarlo para estigmatizar al mismo.

Destaco la noción de Echeita y Ainscow (2011) de la inclusión como proceso, comprendiendo que los grandes cambios no se dan de un momento para el otro, sino que se debe continuar intentando, y aprender de las situaciones contradictorias en el proceso, y utilizarlas como impulso para continuar en este camino desafiante. Para concluir, me parece menester hacer referencia a una cita de Lovaas (2016) que establece que, si un niño no puede aprender de la forma en la que enseñamos, entonces debemos enseñar de la forma en la que puedan aprender (p. 24). La cual debería ser la actitud de todos frente a los niños con TEA, comprender que aprenden de una manera diferente, y enseñarles de la manera más adecuada para ellos, entendiendo que no se puede homogenizar, sino que se debe aceptar la diversidad.

Referencias

Ainscow, M. (2003). *Desarrollo de Sistemas Educativos Inclusivos*. Ponencia, Universidad de Manchester.

Andrade, F. (2011). *Inclusión educativa en el aula regular: Un caso de Síndrome de Asperger*. Revista Educare, XV, p. 39- 53. San José, Costa Rica.

Artigas, J. (1999). *El lenguaje en los trastornos autistas*. Rev Neurol, 28 (2), p.118-23. Barcelona.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Barrio, J. (2009). *Hacia una educación inclusiva para todos*. Revista complutense de educación, 20(1), p. 13-31. Madrid.

Bejarano, A., Magán, M., Pablos de la Morena, A. y Canal, R. (2017). *Intervención psicoeducativa en alumnos con trastornos del espectro del autismo en educación primaria*. Revista Española de Discapacidad, 5 (2), p. 87-110. Salamanca.

Booth, T. y Ainscow, M. (2002). *Guía para la evaluación y mejora de la Educación Inclusiva*. Consorcio Universitario para la Educación Inclusiva. Universidad Autónoma de Madrid.

Cinta, M. y Almeida, N. (2016). *El enfoque neuropsicológico del Autismo: Reto para comprender, diagnosticar y rehabilitar desde la Atención Temprana*. Revista Chilena de Neuropsicología, 11 (2), Santiago.

Colás, A. (2014). *Metodología para la Adaptación Curricular Especial Necesaria a escolares con necesidades educativas especiales*. Revista EduSol, 14 (48), p. 1-11. Guantánamo, Cuba.

Comin, D. (2011). *En el punto de mira: El acoso escolar a los niños con TEA*. Autismo Diario.

Comin, D. (2007). *Un mal modelo de integración escolar es perjudicial para el niño con Autismo*. Autismo Diario.

Consejería de Educación y Ciencia (2001). *Guía para la atención educativa a los*

alumnos y alumnas con trastornos del espectro autista. Dirección General de Orientación Educativa y Solidaridad. Consejería de Educación y Ciencia.

Crespo, M. (2001). *Autismo y educación*. Ponencia presentada en el III Congreso «La atención a la Diversidad en el Sistema Educativo», Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).

Cuestas, C. Polacov, M. y Vaula, C. (2016). *El impacto de la educación inicial en el desarrollo infantil*. Documento conjunto de los Comités de Pediatría Ambulatorio, CIREDDNA y Crecimiento y Desarrollo de S.A.P, 114 (5), 485-495. Argentina.

Darretxe, L. y Sepúlveda, L. (2011) *Estrategias educativas para orientar las necesidades educativas de los estudiantes con Síndrome de Asperger en aulas ordinarias*. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 9 (2), p. 869-892, Almería, España.

De León, D. (2012). *Participación infantil. Educación Inicial como ámbito de participación*. (Tesis de Maestría) Facultad de Psicología, Montevideo.

Díaz, E., y Andrade, I. (2015). *El Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la educación regular: estudio realizado en instituciones educativas de Quito, Ecuador*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 17 (1), p. 163-181.

Echeita, G. y Ainscow, M. (2010). *La Educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente*. Tejuelo: didáctica de la lengua y la literatura. Educación, (12), p. 26- 46.

Etchebehere, G. (2012). *Puentes y brechas entre educación inicial y derechos de infancia*. Ediciones Universitarias. Uruguay.

Etchebehere, G., Cambón, V., De León, D., Zeballos, Y., Silva, P., & Fraga, S. (2008). *La educación inicial: perspectivas, desafíos y acciones*. Montevideo: Editorial Psicolibros.

Fernández, A. (2003). *Educación Inclusiva: enseñar y aprender entre la diversidad*. Revista Digital Umbral 2000 (13)

García, C. (2006). *Escolarización combinada: ¿Una apuesta para paliar las deficiencias del sistema?* (21), p. 97-110.

Garrabé, J. (2012). *El autismo: Historia y clasificaciones*. Salud mental, 35(3), p.

Godoy, P., González, S., & Verdugo, M. (2008). *Guía de Apoyo Técnico-pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el nivel de Educación Parvularia*. Editorial Atenas, Santiago de Chile.

Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental (2008). Madrid: S.L.U. Cogesin

Guía para la atención Educativa del Alumnado con Trastorno Generalizado de Desarrollo (2007). Junta de extremadura.

Gutierrez, K. (2016). *Identificación temprana de trastornos del espectro autista*. Acta Neurológica Colombiana. 32(3),238-247. Cartagena.

Hojholt, C. (2005). *El desarrollo infantil a través de sus contextos sociales*. Psicología y Ciencia social, 7 (1-2), p. 22-40, México.

Larripa, M. y Erausquin, C. (2010). *Prácticas de escolarización y trastornos del espectro autista: herramientas y desafíos para la construcción de escenarios escolares inclusivos, un estudio desde el marco de la teoría de la actividad histórico- cultural desarrollada por Engestrom*. Revista Anuario de Investigaciones ,17, Buenos Aires.

Leaf, R. y McEachin, J. (2016). *The Lovaas Model: Love it or hate it, but first understand it*. En *Comprehensive models of autism spectrum disorder treatment*.Springer, p. 7- 43.

Lizasoain, O. (2012). *Formación profesional para personas con discapacidad cognitiva en España: del colegio al mundo laboral*. Universidad de Navarra.

Luengo, J. (2004). *La educación como objeto de conocimiento. El concepto de educación*. Teorías e instituciones contemporáneas de educación, Biblioteca Nueva. Madrid.

Martos, J. (2016). *Autismo, neurodesarrollo y detección temprana*. Rev Neurol 42 (2), p. 99-101. Madrid.

Mateos, G. (2008). *Educación Especial*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 10 (1), p. 5-12. México.

Menezes, P. (2005). *Educación y autismo: la importancia del estímulo visual*.

Foro de Educación, 3(5-6), p. 31-40, Salamanca.

Mulás, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., y Téllez de Meneses, M. (2010). *Modelos de intervención en niños con autismo*. Rev Neurol, 50(3), 77-84. Valencia.

Muntaner, J. (2010). *De la integración a la inclusión: un nuevo modelo educativo*. 25 años de integración escolar en España: Tecnología e inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario. Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo.

Núñez, G., Etchebehere, G., y Foster, N. (2016). *VI Jornadas de Primera Infancia y Educación Inicial. Educación y Cuidados en la primera infancia: viejos debates en nuevos tiempos*. 4º Encuentro Internacional, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo. Páginas de Educación, 10(1), p.174-179.

ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.

Orrú, S. y Leyva, R. (2015). *El peligro de la sobrevaloración del diagnóstico para la vida educativa de niños con autismo*. Revista Educare, 19 (63), p. 353- 362. Mérida, Venezuela.

Peña, M. (2005). *El ambiente de aprendizaje inclusivo en el aula. Una mirada a la colaboración entre pares en dos grupos integradores de primaria regular*. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y cambio en Educación, 3 (1) p. 817-822. Madrid.

Pescador, L. (2014) *Respuesta educativa a alumnos con Trastorno Del Espectro Autista en un colegio de Educación Especial*. Trabajo final de grado, Universidad de Valladolid.

Peydró, S., y Rodríguez, V. (2007). *El autismo en el siglo XXI. Recomendaciones educativas basadas en la evidencia*. Siglo Cero, 38(222), 75-94.

PRONADIS- *Programa Nacional de Discapacidad*. (s.f). PRONADIS. Recuperado: TEA. Trastorno del Espectro Autista: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/41125/1/librotea_final.pdf

Reynoso, C., Rangel, M. y Melgar, V. (2017). *El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc., 55 (2), p. 213-22. Ciudad de México.

Riviére, A. y Belinchón, M. (2001). *Lenguaje y autismo*. Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Buenos Aires: Fundec.

Rodríguez, I. Moreno, F. y Aguilera, A. (2007). *La atención educativa en el caso del alumnado con trastornos del espectro autista*. Revista de educación, 344, Sevilla.

Rodríguez, M. (2014). *Trabajo conjunto familia y docente, el caso de un padre con su hijo autista: Una experiencia de investigación acción*. Revista Educare, 19 (1), p. 297-309. Heredia, Costa Rica.

Roudinesco, E. y Plon, M. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial: Paidós.

Ruggieri, V. (2013). *Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista*. Rev Neurol, 56 (1), Buenos Aires.

Sainz, A., (s.f). *Orientaciones para el funcionamiento de aulas estables para el alumnado con trastornos generalizados del desarrollo*. Eusko Jaurlaritza= Gobierno Vasco.

Sampedro, M., González, M., Vélez, S., y Lemos, M. (2013). *Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico*. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 70(6), 456-466. México.

Tamartit, J. (2005). *Autismo: modelos de educativos para una vida de calidad*. Rev Neurol 40 (1) p. 181-186. Madrid.

UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca y marco de acción sobre necesidades educativas especiales*. Unesco.

Vivas, A. (2013). *Niños excepcionales: Inclusión e Integración de personas con autismo*. Autismo Diario.

Zalaquett, D., Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C., y Moyano, A. (2015). *Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista*. Revista chilena de pediatría, 86(2), 126-131. Santiago de Chile.