



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Monografía de grado

TEA
**La importancia de la familia y las Instituciones
Escolares en niños/as con Trastorno del Espectro
Autista**

Autora: Verónica Analía Pérez de León / 5181347-2
Tutor: Asist.Mag. Alfredo Parra Olivera
Montevideo, 2023



"La vida de las personas con autismo es muy dura porque su discapacidad no se manifiesta a primera vista y es difícil de entender" (Stanton, 2002, p.17).

ÍNDICE

RESUMEN

1.INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

- 1.1. El TEA en la historia: antecedentes conceptuales
- 1.2. El TEA en la actualidad: concepciones y características
- 1.3. Síntomas y manifestaciones del autismo
- 1.4. Grados de autismo

CAPÍTULO 2. Rol de la familia y estrategias de intervención en niños con TEA.

- 2.1. Familia de niños con TEA: rol de la familia en el tratamiento y la importancia de la comunicación en un niño con TEA.
- 2.2. Enfoques de intervención en el autismo
- 2.3. Redes de apoyo en Uruguay

CAPÍTULO 3. Inclusión educativa e integración de niños/as con TEA

- 3.1. Instituciones educativas y la inclusión e integración
- 3.2. Niños/as con autismo y su inserción en Instituciones escolares
- 3.3. La inclusión educativa es posible: el caso del centro educativo “Creciendo”

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resumen

La presente monografía se enmarca en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR).

El objetivo del trabajo es analizar y comprender una realidad específica: la situación de las familias que tienen hijos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el proceso de inclusión tanto de las familias como de los niños/as con dicho espectro en el sistema educativo. Además de investigar la realidad actual de los niños con TEA se expone el recorrido histórico del concepto de autismo a lo largo del tiempo, así como también los diferentes tipos de terapias y enfoques de intervención. Asimismo, se presenta un caso de inclusión educativa en la Ciudad de Rocha en el centro CRECIENDO a donde concurren niños con TEA como ejemplo de un centro educativo de inclusión e integración.

PALABRAS CLAVES: TEA, Familia, Sistema educativo, Inclusión.

1.Introducción

Esta monografía estudia el papel fundamental que tienen la familia y las instituciones educativas en el abordaje del autismo. El TEA es un trastorno que afecta significativamente la vida de quienes lo padecen, así como la dinámica familiar en la que se encuentran inmersos (Paniagua, 1999). La familia, en este sentido, juega un rol preponderante en el reconocimiento de las alertas e indicadores asociados con el autismo. Es el núcleo familiar quien suele detectar primariamente estas alertas conductuales que pueden presentar los niños con quienes conviven.

Por esta razón es importante mencionar que la familia es para el sujeto su primer núcleo de convivencia y de actuación, donde irá modelando su construcción como persona a partir de las relaciones que allí establezca y, de forma particular, según sean atendidas sus necesidades básicas (Brazelton & Greenspan, 2005). Por lo que es fundamental brindar a las familias el apoyo emocional y pedagógico que les ayude a sobrellevar estas dificultades. En el caso de niños con TEA, se puede ayudar a determinar dicho espectro con una intervención temprana y un diagnóstico oportuno, que implicará seguramente mayores posibilidades de desarrollo tanto de las habilidades sociales, la estimulación sensorial, el desarrollo cognitivo y motriz en el niño. (Rubio, 2020).

Por lo tanto, comprender y satisfacer las necesidades de las familias es esencial para crear un entorno de apoyo apropiado, brindando consuelo emocional a los afectados y desarrollando habilidades y capacidades para enfrentar estas situaciones de manera efectiva. (Mateo, 2018)

El TEA es reconocido hoy en día como trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades,

así como deficiencias persistentes en la comunicación social e interacción en diversos contextos (DSM-5, 2013). En este sentido, García-Peñas et al., (2012) hacen referencia a que las personas con TEA pueden tener dificultades para comprender y participar en las interacciones sociales típicas. En lo que refiere al lenguaje, muchas personas con TEA tienen problemas para comunicarse tanto verbalmente como no verbalmente. Algunos pueden hablar tarde, mientras que otros pueden hablar de manera inusual, como repetir palabras o frases. También pueden tener problemas para entender el lenguaje y las palabras. Estas personas a menudo muestran comportamientos repetitivos, como agitar las manos, balancearse o insistir en rutinas inmutables. Por último, hay que mencionar que pueden tener intereses o actividades restringidos y pueden mostrar sensibilidad a estímulos sensoriales, como sonidos o luces. (García-Peñas et al., 2012)

La Asociación de Autismo en Uruguay, en nuestro país estima que uno de cada 160 niños tiene este síndrome y se constata aumento de la prevalencia informada de TEA en el mundo (Garrido, 2022). Según la Dra. Garrido (2022) la prevalencia es 4-5 veces mayor en hombres que en mujeres.

Las Naciones Unidas (2008) han declarado el TEA como un problema de salud pública emergente que los gobiernos deben abordar y la Organización Mundial de la Salud ha reconocido que el aumento de la prevalencia del TEA requiere una respuesta global coordinada y rápida. Desde el primer Congreso Internacional de Autismo en Uruguay en 2018, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay ha centrado su atención en el apoyo a las personas y su entorno social, así como en la investigación de elementos que permiten un diagnóstico precoz y de calidad (MSP, 2021).

En este contexto, el interés académico y profesional por comprender las diversas

formas y frecuencias de presentación del TEA se ha intensificado, y el interés ha crecido hacia programas e intervenciones gubernamentales específicos y más precisos. (Daura, 2013)

CAPÍTULO 1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

1.1. El TEA en la historia: antecedentes conceptuales

El recorrido histórico conceptual del autismo comienza con Bleuler (1911) quien introdujo el término como sinónimo de perder el contacto con la realidad durante el proceso de pensamiento en el síndrome esquizofrénico del adolescente y del adulto. El mismo concepto se deriva de la palabra griega autos, que significa "de la misma manera", "propio". En palabras de Bleuler (1911) el término autismo como tal se usó originalmente para definir a las personas retraídas o encerradas en sí mismas (Evans, 2013). Sin embargo, fue Leo Kanner (1943) el primero en describir y nombrar al autismo como una enfermedad de la primera infancia, describiéndola como un trastorno caracterizado por la incapacidad del niño desde el comienzo de la vida para formar relaciones humanas (Gómez, 2008, p. 114). Para Kanner (1943), el rasgo fundamental del síndrome de autismo era "la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones" (p. 20).

Kanner (1943) enfatizó las dificultades en las relaciones sociales que presentaban los niños con autismo. Observó que estos niños parecían tener dificultades para comunicarse, mostraban poco interés en otras personas y preferían actividades solitarias. Por otro lado, Bleuler (1911) se enfocó en aspectos relacionados con el pensamiento desorganizado en el contexto de trastornos mentales.

Teniendo en cuenta a Riviere (1997) el autismo tuvo tres épocas iniciando por

Kanner hasta la actualidad. Una primera época que abarcaría desde 1943 hasta 1963 cubriendo los primeros 20 años. Durante esta época se le reconoce como un trastorno afectivo. Un enfoque donde se responsabiliza a los padres por los cambios que ocurren en sus hijos porque no se les ha dado el amor que necesitan para que ocurra un desarrollo normal. En base a esta hipótesis, la forma más adecuada de ayudar a estos niños es a través de la terapia dinámica, que puede restaurar las relaciones afectivas defectuosas.

Con respecto a esta época Riviere (1997) dice que el autismo no es un trastorno esencialmente emocional, sino que el origen del trastorno estaría en alteraciones biológicas de base.

La segunda época desde 1963 hasta 1983, años en los que se ha abandonado la hipótesis de entender el autismo como un trastorno afectivo y, por tanto, el concepto de culpa parental. Desde estos conceptos, se planteó que se trataba de un desacuerdo cognitivo más que emocional. En esta época hubo un aumento en la conciencia y la comprensión del autismo.

La comprensión del autismo cambió y se comenzó a hablar del "espectro del autismo", reconociendo que el autismo puede manifestarse en una variedad de formas, desde las más leves hasta las más graves.

En los últimos años se han producido cambios importantes, que permiten definir una tercera etapa en el enfoque del autismo que Riviere (2001) llama la época contemporánea desde el 1983 hasta la actualidad, cuyo enfoque general consiste en su consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo y la comunicación. (Rodríguez, 2023). Según dicha autora, los tratamientos actualmente apuntan a modelos terapéuticos educativos a partir de la modificación del comportamiento, entendido éste como un medio para fortalecer el desarrollo psicológico. (p.8)

A nivel neurológico, también importante en la actualidad, el autismo se define como un "trastorno del neurodesarrollo que afecta las habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales interacción social y comunicación por trastornos del lenguaje (ininteligible, disgrafía, discalculia, etc.), conductas repetitivas y estereotipadas y una gama limitada de intereses y actividades" (Domínguez et al., 2009, p. 113).

En resumen, las tres épocas propuestas por Rivière (1997) reflejan la evolución en la comprensión del autismo, desde una época en la que era un trastorno poco comprendido hasta la actualidad, donde se busca la inclusión, la personalización de la atención y la apreciación de la diversidad en el espectro del autismo.

Según el Ministerio de Salud Pública (2023) hoy en día el TEA es un trastorno del desarrollo neuropsíquico de inicio temprano, caracterizado por dificultades en dos áreas centrales: la comunicación social y los estímulos sensoriales. Su presentación es muy diversa y de ahí el término espectro.

1.2. El TEA en la actualidad: concepciones y características

La denominación de TEA se introdujo oficialmente en los manuales de psiquiatría en el año 2013, con la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5); aunque en 1979 esta denominación había sido utilizada por primera vez por la psiquiatra Lorna Wing y Judith Gould. Desde su inclusión en los DSM, rápidamente su uso se generaliza a la mayoría de los servicios de salud en la educación. (Artigas-Pallarés, 2012).

El DSM 5 distingue el TEA por patrones de comportamiento repetitivos y restrictivos,

dificultades en la comunicación e interacción interpersonales. Rodríguez (2023) afirma:

“Quiénes lo presentan tienen dificultades a la hora de comprender las reglas que rigen las interacciones sociales y para captar y expresar sentimientos, suelen tener lenguaje oral literal y les resulta difícil comprender las sutilezas y usos figurados del lenguaje, presentar preferencia y necesidad de rutina y monotonía”. (p.10)

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) plantea en el DSM V los siguientes criterios diagnósticos para el TEA:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes:

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:

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 hiporreactividad 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. Por último, 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 (pp. 50-51).

Desde otra mirada del ámbito internacional, la CIE-11 actualiza los criterios de diagnóstico del autismo, en la misma línea que establece el DSMV. En este sentido, recoge el término único de “Trastorno del Espectro del Autismo” y engloba en esta categoría al Autismo, el Síndrome de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil, así como otros trastornos generalizados del desarrollo no especificados (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Siguiendo con los aportes de la Organización Mundial de la Salud (2019) respecto a las características nucleares del TEA, también incluye las mismas dos categorías que el DSMV (2013) dificultades para la interacción y la comunicación social, por un lado, e intereses restringidos y comportamientos repetitivos, por otro), eliminando una tercera que aparecía en la anterior versión, relacionada con problemas del lenguaje. Ambas clasificaciones señalan también la importancia de examinar sensibilidades sensoriales inusuales, algo común entre las personas con autismo (Federación De Autismo, 2022).

No obstante, la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (2019) brinda una guía detallada para distinguir entre autismo con y sin discapacidad intelectual, mientras que el DSMV (2013) solo establece que el autismo y la discapacidad intelectual pueden coexistir.

1.3. Síntomas y manifestaciones del autismo

Como se mencionó anteriormente, al ser un trastorno que se detecta en los primeros años de vida, es importante una intervención temprana. Por lo tanto, Gutiérrez y Ruiz (2016) están convencidos de que la detección temprana brinda la mejor oportunidad para una intervención precoz, maximizando los resultados en términos de desarrollo en la infancia y mejorando la calidad de vida de los niños y sus familias.

Acerca de los primeros signos de TEA en los bebés, estos se pueden evidenciar en la falta de relación física con los padres, por lo cual es posible que los bebés autistas no interactúen con sus cuidadores de la misma manera que los bebés neurotípicos (Hobbs, 2021). En este sentido, la misma autora menciona que es posible que un bebé autista no responda al tarareo o ignore movimientos como mecerlo o golpearlo.

Luego demuestran que pueden tener dificultad para sonreír o reír, a la vez que ser más irritables y difíciles de consolar que sus pares neurotípicos, lo que conlleva en la mayoría de los casos una interacción social deteriorada (Hobbs, 2021). Esto se visualiza a través de algunos signos que suelen aparecer entre los seis y los nueve meses de edad, cuando los bebés neurotípicos comienzan a imitar y responder a las personas que los rodean. Sobre todo, en lo que tiene que ver con imitaciones sencillas, en esos meses entre los seis y nueve la mayoría de los niños imitan todo, sin embargo, en la mayoría de los niños con TEA es notorio el retraso con la imitación (Barbera, 2022). Antes de que el niño empiece a hablar, cuando es un bebé o

niño debe sonreír, balbucear y gorjear con los adultos. Esto es el comienzo del lenguaje social. Es por eso por lo que el balbuceo, las sonrisas y la atención limitada hacia las caras podría ser una señal de alarma temprana que indique autismo en bebés (Barbera, 2022 p. 38).

Por otra parte, en términos de género, y aunque se mencionó en la introducción vale recordar que los varones pequeños son diagnosticados con autismo con mucha más frecuencia que las niñas (Garrido, 2022).

Siguiendo con los síntomas del TEA, se puede ver también una desregulación sensorial que a menudo es más difícil de manejar para un niño pequeño. Estas experiencias sensoriales para niños con TEA pueden estar atenuadas, es decir, hiposensibles a algunos estímulos, o aumentadas, es decir, hipersensibles. Incluso dentro de un mismo sentido, la sensibilidad puede variar, lo que puede resultar en hipersensibilidad a ciertos sonidos e hiposensibilidad a otros. (Manzano, 2021)

En definitiva, elaborar una presentación clínica del TEA es desafiante debido a que, si bien todas las personas dentro del espectro comparten ciertas características que permiten el diagnóstico, los síntomas no se manifiestan de manera idéntica en cada uno, e incluso varían a lo largo del ciclo vital en el mismo sujeto (Alcami et. al., 2008).

Siguiendo con la sintomatología, es menester colocar las dos categorías que plantea el DSM-5: por un lado, los déficits en la comunicación social, y por otro, los comportamientos repetitivos y/o restringidos (DSMV-2013).

En cuanto al primero, el manual incluye las dificultades para mantener una conversación, así como para interpretar el lenguaje no verbal y establecer relaciones sociales.

Algunas de las causas que llevan a que los niños/as con autismo tengan dichas dificultades podrían relacionarse con lo que dice el psicólogo Barón Cohen refiriéndose a que: "Los niños con autismo tienen dificultades para ponerse en el lugar de los demás y para entender sus pensamientos y sentimientos" (2008, p.24)

En lo que respecta a la segunda categoría, el manual menciona que los comportamientos repetitivos y/o restringidos que se dan en personas con TEA podrían ser:

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.

Según el DSMV estos síntomas deben manifestarse durante las primeras etapas del desarrollo (aunque pueden no manifestarse completamente hasta que la demanda social supere las capacidades limitadas o pueden ocultarse por técnicas aprendidas en etapas posteriores de la vida).

Los niños con autismo pueden presentar otros síntomas además de estos síntomas principales. Estos pueden incluir problemas de sueño, problemas de alimentación y sensibilidad a estímulos sensoriales como la luz y el molestarse por algún cambio leve en la rutina. (National Institute of Mental Health ,2019).

Los problemas de sueño se pueden presentar de manera más común en los niños en

edades tempranas, pero algunos de ellos pueden persistir durante la niñez e incluso en la adolescencia. Según González y Bueno (2013) los niños con TEA tienen problemas para conciliar el sueño, tienen intervalos prolongados de sueño, duermen fragmentadamente y se despiertan temprano. Esto resulta en una disminución significativa en la cantidad de sueño que se hace durante la noche. Los niños con TEA tienen muchos problemas para conciliar el sueño en comparación con el desarrollo normal de los niños y con otros trastornos del desarrollo. (González y Bueno, 2013)

En lo que respecta a las manifestaciones de los trastornos de alimentación en autismo varían, pero la hiperselectividad alimenticia es la más común. Ventoso (2000) refiere a que, desde los primeros meses de vida, algunos niños autistas tienen problemas para comer las cantidades adecuadas y, en algunos casos, presentan signos de intolerancia (vómitos y/o problemas intestinales), pero los problemas empeoran cuando se necesita cambiar el tipo de alimentación introduciendo papillas. La autora menciona que, muchos niños con TEA no comen alimentos sólidos a los 5 o 6 años a pesar de los intentos de sus familias. Otros sólo aceptan comer si se les presenta un tipo de alimento, sabores o presentaciones específicos, aromas o presentaciones de la comida. Además, la mayoría asocia las horas de comida o las circunstancias alimentarias con "hora de llanto" u ocasión para presentar una amplia gama de comportamientos de oposición. (Ventoso,2000)

Es fundamental tener en cuenta que los síntomas del autismo pueden variar significativamente entre las personas y que, con el tratamiento y el apoyo adecuados, pueden cambiar con el tiempo. (Contreras et., al. 2023)

1.4. Grados de autismo

El DSM-5 establece que hay tres grados de TEA que se basan en las fortalezas y limitaciones o dificultades de la persona en cuanto a su capacidad para comunicarse, adaptarse a nuevas circunstancias, expandirse más allá de sus intereses limitados y funcionar en su vida diaria. (DSM-5, 2013)

En la siguiente tabla se describen los tres grados mencionados en el DSM-5:

Grado 1 “Necesita ayuda”	Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”
<p>Sin ayuda “in situ”.</p> <p>Las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes.</p> <p>Presenta dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que</p>	<p>Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal.</p> <p>Problemas sociales aparentes incluso con ayuda “in situ”; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas.</p>	<p>Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento.</p> <p>Inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas.</p>

tiene poco interés en las interacciones sociales.		personas.
---	--	-----------

Tabla 1: Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo. Fuente: DSM-5 (2014)

Con respecto al autismo de grado 1 podría decirse que es la forma más leve de TEA. Los niños en este nivel presentan dificultades para comunicarse de forma adecuada con los demás. Es posible que no digan lo correcto en el momento adecuado (les cuesta adaptar su lenguaje al contexto social), y es posible que no sean capaces de leer o entender el lenguaje corporal y las señales sociales. Sin embargo, hablan mediante oraciones completas y se comunican bastante bien (Mitjana, 2021). Según Masi et al. (2017), también pueden intentar hacer amigos, pero sin mucho éxito. Además, pueden ser inflexibles en ciertas áreas, lo que les dificulta pasar de una actividad o tarea en un lapso.

En un segundo nivel puede decirse que se está frente a un grado intermedio, donde se ubican niños con problemas más evidentes o notorios en la comunicación verbal, no verbal y social, en comparación con respecto a los niños del nivel 1. Esto se visualizará en que les resultará más difícil cambiar el enfoque de las cosas; son también rígidos en las rutinas (Mitjana, 2021), y la molestia cuando tienen que pasar de una actividad a otra o cuando tienen que dejar la escuela al final del día suele ser mayor, expresada en berrinches o conductas agresivas.

Según el estudio de Masi et al. (2017) ya mencionado, suelen tener intereses muy

limitados y participar en comportamientos repetitivos. Estos comportamientos pueden hacer que sea más difícil funcionar en ciertas situaciones, especialmente a nivel social. En cuanto al lenguaje y la comunicación, los niños con autismo de nivel 2 suelen hablar a través de oraciones simples y concretas.

Finalmente, en el nivel 3 de los grados del trastorno del espectro autista encontramos los niños más afectados. En esta categoría encontramos a aquellos que manifiestan muchos problemas en diferentes áreas del desarrollo. Hay verdaderas dificultades para comunicarse verbal y no verbalmente. Esto les dificulta adaptarse y funcionar adecuadamente en diferentes contextos. Les cuesta más comunicarse y conectarse. Además, tienen comportamientos repetitivos significativos.

Los niños del nivel 3 de autismo presentan una capacidad muy limitada para hablar de manera inteligible, por lo que rara vez inician interacciones sociales, y cuando las inician, lo hacen de forma torpe o inadecuada.

Los grados del trastorno del espectro autista presentados son útiles para determinar en qué grupo o nivel se encuentra cada niño con el trastorno del espectro autista, qué tan grave es el trastorno y qué asistencia es necesaria. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, estos grados presentan restricciones significativas debido a que pueden ser subjetivos y sin matices. El DSMV ofrece poca especificidad con respecto a los apoyos indicados o situaciones en las que el niño necesita ese apoyo. (Aparicio, 2012)

Por otro lado, es importante tener en cuenta que el grado que se le asigna a una persona cuando se le diagnostica por primera vez un trastorno del espectro del autismo puede cambiar con el tiempo. Por lo tanto, esto puede cambiar a medida que la persona crece y desarrolla sus habilidades. Asignar a una persona en uno de estos tres niveles de autismo

puede ayudar a comprender la mayor o menor probabilidad de que su funcionamiento sea adecuado o positivo en este sentido. (Cedillo, 2022)

Por último, hay que destacar que no se ha llegado a un consenso sobre cuál es el tratamiento adecuado para cada niño, ya que depende de cada niño en particular. Aunque sí hay ciertas características que pueden ayudar a abordar el TEA. Estas características incluyen un inicio temprano, intervenciones intensivas en cuanto a tiempo, una baja tasa de niño-educador, la inclusión de la familia en el tratamiento, un programa organizado (rutina), mediciones regulares de los progresos y la promoción de las habilidades comprometidas en los niños con TEA (Mulas et al., 2010).

CAPÍTULO 2. Rol de la familia y estrategias de intervención en niños con TEA.

2.1. Familia de niños con TEA: rol de la familia en el tratamiento y la importancia de la comunicación en un niño con TEA.

La familia es la organización social más importante para el hombre, y como afirma Gómez (2006), es “la transmisora de los primeros nutrientes básicos, de las primeras experiencias emocionales y educativas, y su adecuado funcionamiento garantizará la seguridad y estabilidad necesarias para el desarrollo desde las primeras etapas evolutivas”. (p.45).

Desde esta perspectiva, es crucial trabajar con las familias al abordar la situación de un niño con TEA, ya que es esencial brindar un apoyo efectivo y comprensivo, mejorar la calidad de vida de los niños para promover la inclusión y el bienestar a lo largo de su vida, conocer el contexto familiar para impulsar su crecimiento. (Sanz, 2021)

La integración de una persona con TEA en la familia cambia las expectativas sobre la

vida de ésta generando resistencias propias de un suceso divergente a lo planificado. Comprender y aceptar que un hijo o hija tiene TEA es un proceso difícil y largo para la familia, y no se supera con conocer el diagnóstico. (Álvarez et al., 2018). Este proceso lleva su tiempo, y en algunos casos no se termina de asimilar nunca, porque hay momentos en que parece que "se vuelve atrás", frecuentemente coincidiendo con nuevas fases y nuevos retos que se mencionan en los siguientes párrafos. Incluso dentro de la misma familia, la duración de cada etapa varía. (Álvarez et al., 2018)

En este contexto, las familias experimentan diferentes fases en la asimilación del diagnóstico de TEA.

Dentro de las cuales Cunningham y Davis (1988) señalan las siguientes: "fase de shock"; caracterizada por el bloqueo de las familias al enterarse que tienen un hijo con TEA. Posteriormente una "fase del no", donde las familias no quieren/pueden aceptar el problema y actúan como si el mismo no existiera ignorando tanto las alertas como los posibles diagnósticos; una tercera fase denominada "de reacción", en la que se intenta entender la realidad de que su hijo tiene TEA y en la que sus familiares realizan ellos mismos interpretaciones del problema. En esta fase además se vive el afrontamiento familiar del diagnóstico de los niños con TEA, y en muchas ocasiones la confrontación con los otros espacios vinculares como el centro educativo. Y, por último, la fase de adaptación y orientación, que se basa en la práctica y la realidad de todos los días, donde las familias buscan soluciones y apoyos a las necesidades de sus hijos.

Según Ángeles (2008) la reacción de los padres o familiares ante el diagnóstico de autismo depende de factores como la experiencia previa, la demora en el diagnóstico y los signos presentes. Si los miembros de la familia han tenido experiencias positivas previas con

el TEA, es probable que sean más receptivos al diagnóstico. Sin embargo, los miembros de la familia pueden sentirse abrumados o en negación si el diagnóstico se retrasó o si el niño presenta síntomas graves. Al comunicar sobre un diagnóstico de TEA, es importante tener en cuenta estos aspectos. Además, la decisión que toman los padres al recibir el diagnóstico de TEA puede verse afectada por la gravedad de los síntomas, la religión, las creencias y la cultura, el conocimiento y la incertidumbre, las emociones negativas (negación, vergüenza, culpa) y las emociones positivas y el apoyo. (Ángeles, 2008)

Se puede afirmar que en la mayoría de los casos el proceso de aceptación del hecho de tener un hijo con autismo se enmarca en lo que Harris (2001) denomina "reacción a las crisis", en la cual la mayoría de las familias evidencian mucho estrés. Según Álvarez et al., (2018) existen varias formas de lidiar con el estrés en el caso de las familias con niños con TEA ,cómo hablar sobre los eventos actuales, cuidar su propia salud y bienestar y el de la familia, adoptar una actitud y pensamiento positivo, buscar apoyo social, servicios y recursos, tener mucha paciencia, buscar asociaciones de padres y madres e incrementar los recursos para manejar el estrés.

Uno de los métodos más efectivos para mejorar los recursos de afrontamiento del estrés de los padres de hijos con discapacidades psíquicas son los enfoques cognitivos y conductuales. Lazarus (1966) dice que el estrés surge cuando una persona percibe un desequilibrio entre las demandas de su entorno y sus recursos para hacerles frente. El estrés se define como una relación entre la persona y su entorno (Ruiz Mitjana, 2019). La evaluación primaria y la evaluación secundaria son los dos procesos principales que sustentan esta teoría. La evaluación primaria implica determinar si una situación es relevante para los objetivos y valores personales y si se percibe como amenazante o desafiante. La evaluación secundaria incluye la evaluación de los recursos personales que se pueden utilizar para manejar una

situación estresante (Ruiz Mitjana, 2019). Es así como el autor afirma que la forma en la que una persona evalúa y percibe una situación estresante influye en cómo experimenta el estrés y las formas en que lo afronta.

Cabe destacar que las fases anteriormente mencionadas acerca del proceso que las familias enfrentan al enterarse que tienen un familiar con TEA, fueron descritas en términos generales, puesto que el camino que atravesará cada familia será personal y singular.

Por otra parte, es importante mencionar que la manera en que los niños aprenden a emocionarse y pensar para comunicarse con los demás está determinada por la comunicación dentro de la familia. (Melgarejo, 2023)

En los niños con TEA la comunicación, es una de las áreas más afectadas, los miembros de la familia de dichos niños deben aprender a interpretar con más claridad el lenguaje no verbal, la mayor parte del tiempo estos niños se comunican mediante el llanto y diferentes gestos faciales; lo que genera un esfuerzo para los familiares y/o cuidadores tratando de identificar los deseos y necesidades que surgen en la cotidianidad. (Lorena y Contreras, 2013).

La comunicación según Gallego (2006) permite a los individuos en general acercarse a la realidad social, interpretarla, y se presume, a actuar en consecuencia. La familia y la sociedad son esenciales para garantizar que un niño con TEA tenga un papel importante en su vida y en la comunidad en general, entendiéndolo como un proceso que permite crear significados a eventos y situaciones del diario vivir. Dicho proceso comunicativo es de influencia mutua y evolutiva que incluye mensajes verbales y no verbales, percepciones, sentimientos y cogniciones de los integrantes del grupo familiar". (Gallego, 2006, p.89).

En este sentido, un niño con TEA puede aparentar ser sordo ante las exigencias del interlocutor o no mirarle cuando se le hable. Esto se debe a que a los niños se les dificulta hacer dos cosas a la vez: escuchar y ver. "La comunicación es uno de los tres ejes que definen el cuadro autista, y las habilidades pragmáticas (limitaciones funcionales, ecolalias, etc.) se verán afectadas de manera sistemática", afirma Monfort en 2009 (p.53).

2.2. Enfoques de intervención en el TEA

Actualmente, ningún profesional duda de la importancia de la detección precoz como una clave en la mejora del pronóstico global de los niños con TEA y del ajuste y soporte familiar, aunque todavía hacen falta más investigaciones que lo apoyen (Artigas-Pallares et al., 2015, párr. 6). Por lo tanto, el diagnóstico y la intervención temprana son cruciales para el éxito de los tratamientos para el autismo. Es por esto por lo que los modelos de intervención de TEA deben tener un seguimiento interdisciplinar que no solo incluya a diversos especialistas, sino que también se haga partícipe a la familia, al entorno educativo y a la comunidad (Asperger, 2017).

Mullas et al (2010) plantean que aunque no hay una cura para el autismo, es posible mejorar los efectos y síntomas del espectro. A lo largo de los años, se han desarrollado varios modelos de intervención, como psicodinámicas (actualmente obsoletas), biomédicas (actualmente efectivas para tratar algunos síntomas asociados al autismo, como la epilepsia, pero no para tratar el trastorno autista de manera específica), intervenciones psicoeducativas o conductuales y las intervenciones basadas en las familias (Mullas et al. ,2010). A continuación, se desarrollan las intervenciones anteriormente mencionadas:

Intervenciones psicodinámicas: La psicoterapia psicodinámica es una forma de tratamiento que se enfoca en el cambio de la conducta, que se refiere al conjunto de pensamientos, sentimientos, fantasías y acciones. Intenta a través de la interacción verbal brindar comprensión, apoyo y nuevas experiencias que tienen como objetivo aumentar el rango de conductas disponibles para el paciente y cambiar las que son desadaptativas. De esta manera, los síntomas y patrones de conducta inadecuados y perjudiciales desaparecerán (Ursano et al., 2004). El autismo, según este modelo, es un daño emocional causado por la

falta de un vínculo estrecho entre el niño y sus padres, especialmente con la madre (Aparicio, 2012). Según dicho autor, fue utilizado en el pasado, pero hoy en día se considera obsoleto porque no hay pruebas científicas de que el autismo tenga una causa psicológica y los tratamientos psicoanalíticos no han demostrado ser efectivos.

Intervenciones biomédicas: Las intervenciones biomédicas se enfocan en procesos específicos que afectan la función y el desarrollo del cerebro de una persona para tratar los síntomas asociados con el autismo. (Deolinda, 2021). En algunos casos, los niños no responden bien a un tipo de tratamiento o no quieren responder; en otros, responden positivamente. Debido a esto, deben mantener un control constante, independientemente de la reacción. Según las recomendaciones médicas, se pueden administrar antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos. Mullas (2010).

Según De Benedictis y Lordan (2021) el aripiprazol y risperidona son los medicamentos que se recetan con más frecuencia a las personas con TEA. Siguiendo con dichos autores, hacen mención a que aunque la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, sus siglas en inglés) aprobó estos medicamentos para su uso en personas que tienen TEA, no se han desarrollado para tratarlo. El aripiprazol es un antipsicótico atípico. Además, las comorbilidades gastrointestinales (reflujo, estreñimiento crónico y diarrea) ocurren entre el 46% y el 85% de los niños con TEA. Es importante resaltar que de 11 a 39 % de los pacientes con TEA experimentan convulsiones, el ácido valproico y la dimetilglicina se ha utilizado para tratarlas. (De Benedictis y Lordan,2021).

Dichos autores mencionan que los problemas de sueño, depresión, reacciones y comportamientos emocionales, sinusitis, dolores de cabeza, cambios de humor y trastornos bipolares son otras comorbilidades que se han observado. La melatonina puede tratar el insomnio y los trastornos del sueño al mejorar el inicio del sueño (De Benedictis y Lordan, 2021).

Intervenciones Psicoeducativas o intervenciones conductuales: Utilizan técnicas específicas y estructuradas para enseñar a los niños, comportamientos y nuevas habilidades. El Programa Lovaas es una de estas intervenciones, en este caso conductual. El Dr. Lovaas brindó un entrenamiento completo y bien organizado al programa para autistas jóvenes. Este programa ha logrado mejorar la atención, la obediencia, la imitación o la discriminación, pero ha sido criticado porque tiene problemas para generalizar las conductas aprendidas para su uso en un ambiente espontáneo (Aparicio,2012). Dentro de las intervenciones conductuales, también se encuentra el método de análisis aplicado a la conducta (ABA), este modelo utiliza refuerzos positivos para fomentar las conductas deseadas y consecuencias positivas para eliminar las conductas indeseadas. El ABA es una tecnología que utiliza los principios del aprendizaje para aumentar, disminuir, mantener o generalizar conductas específicas (Mulas et al. 2010). En 2009, el Centro Nacional de Autismo en Uruguay llevó a cabo un metaanálisis que incluyó 22 estudios sobre programas intensivos de ABA que se llevaron a cabo entre 1957 y 2007. En esta revisión, las intervenciones tempranas basadas en ABA se consideran un tratamiento efectivo para las personas con trastorno del espectro autista (Colombo,2017).

También se encuentran las intervenciones evolutivas, el objetivo de estas intervenciones es que el niño pueda desarrollar relaciones significativas y positivas con los demás. En ambientes controlados, se enseñan técnicas de comunicación, habilidades sociales y habilidades para la vida diaria (habilidades funcionales y motoras): Los modelos de desarrollo DIR y Floor Time (tiempo en el suelo) buscan que los niños aprendan las diferencias individuales y relacionales (Céspedes & Loayza, 2023). La educación responsable se basa en la responsabilidad. La intervención en el desarrollo de relaciones (RDI) es una intervención específica para el desarrollo de relaciones.

Por otro lado, están las intervenciones basadas en las terapias que se enfocan en solucionar problemas específicos, generalmente enfocándose en el desarrollo de habilidades

sociales y de comunicación (patología del lenguaje) o en el desarrollo sensoriomotor (terapia ocupacional): Intervenciones centradas en la comunicación: se utilizan estrategias visuales e instrucción con pistas visuales; lenguajes de signos; sistemas de comunicación por intercambio de imágenes (PECS); historias sociales (historias sociales); dispositivos generadores de lenguaje (SGD); comunicación facilitada (FC); y entrenamiento en comunicación funcional (FCT).

Intervenciones basadas en la familia: Dado que la participación de la familia es esencial, debe existir una estrecha relación entre los profesionales y la familia. El objetivo principal de esta intervención es lograr que los padres sigan las mismas pautas en casa que en la escuela, es decir, se les debe enseñar cuáles son las mejores maneras de actuar con sus hijos en situaciones específicas. Según Mulas (2010), el objetivo es que el estudiante progrese y ponga en práctica lo que ha aprendido en lugar de quedarse en el salón de clases.

Actualmente se ha demostrado que el modelo de intervención centrado en la familia es efectivo. Este modelo ha aumentado la participación de la familia y los profesionales, convirtiéndolos en colaboradores y acompañantes de esta colaboración. Los recursos son fortalecidos y facilitados por el método, lo que aumenta la autonomía y la capacidad de la familia para tomar decisiones sobre todo en el empoderamiento familiar y colaboración. (Cañadas Pérez M., 2012).

Según Argente (2016) existe una variedad de programas dirigidos a los padres. La primera es una variante del programa Triple P, Stepping Stones Triple P, enseña a los padres varias estrategias para manejar el comportamiento. Según un estudio de Whittingham et al., (2009), los padres que participan en esta intervención muestran un alto nivel de satisfacción al encontrar las estrategias útiles.

Otro de los programas utilizados según la autora es el GIFT (Group Intensive Family

Training) se lleva a cabo durante doce semanas (180 horas, 3 horas al día por semana). Durante ese tiempo, los padres reciben capacitación en técnicas comportamentales para aplicarlas en persona, siempre bajo supervisión. Al finalizar el programa, se evalúan también las habilidades cognitivas y adaptativas del niño. (Anan, 2008).

Por último, mencionar la llamada Padres a Padres de apoyo, se diferencia de las dos primeras y consiste en aprender unos de otros para así ir ganando apoyo moral y valor en relación con las experiencias y testimonios de otros en la sociedad (McCabe, 2008). Además, es crucial brindar apoyo psicológico a las familias porque tener un miembro autista las coloca en una posición vulnerable y en riesgo, lo que puede resultar en una familia desestructurada.

Es importante destacar que cada niño autista es diferente, por lo que su plan de tratamiento debe adaptarse a sus necesidades únicas (Rodríguez y Escalona, 2018). El tratamiento debe enfocarse en las fortalezas y los desafíos del niño y ajustarse a medida que crece y desarrolla nuevas habilidades. Finalmente, no hay tratamiento sin familias. Los terapeutas son responsables de diseñar los programas y orientar a los padres, ya que su participación es importante y determinante en el proceso de intervención. (CPAL, 2023)

2.3. Redes de apoyo en Uruguay

En Uruguay, existen muchas organizaciones que ofrecen información, recursos y servicios de apoyo para personas con TEA. El Proyecto ECHO (Extensión for Community Healthcare Outcomes) ha sido implementado para abordar las dificultades que enfrentan los

niños con trastornos del neurodesarrollo, incluyendo retrasos en el diagnóstico temprano y falta de acceso a especialistas y servicios de rehabilitación. La misión del Proyecto ECHO es aumentar la capacidad de brindar mayor asistencia para enfermedades frecuentes y complejas en áreas rurales y en lugares menos privilegiados, lejos de los centros asistenciales y de los especialistas. (Cohen,2023)

El programa ECHO Autismo iniciado en 2015, ha mejorado significativamente la autopercepción de habilidades y competencias de los participantes, proporcionando un mejor acceso a la atención médica de calidad para personas con TEA en Uruguay. ECHO Uruguay cuenta con la participación de médicos y equipos de salud provenientes de organizaciones públicas y privadas de todos los departamentos del país, con la incorporación constante de nuevos miembros. En policlínicas rurales o urbanas en el interior, o en sus propios domicilios, médicos generales, especialistas, enfermeras/os, licenciadas/os y otros profesionales de la salud participan en las teles clínicas con el hospital universitario u otros centros de referencia. No necesitan más que el consentimiento informado de su paciente y una computadora, tableta o teléfono conectado a Internet. (Cohen, 2023). La Facultad de Medicina ha convocado a personas y organizaciones para hacer posible ECHO en Uruguay. Desde agosto de 2014, el proyecto ha trabajado en todo el país abordando 17 patologías o condiciones clínicas, cada una de las cuales está a cargo de una cátedra o servicio de referencia nacional.

Por otro lado, en 2005 comenzó a funcionar una unidad de atención especializada en Trastornos del Espectro Autista (TEA) que surgió como “una respuesta a la realidad en lo que iba siendo la llegada de mayor cantidad de niños dentro de estos problemas particulares del desarrollo” explica Gabriela Garrido, directora de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica y coordinadora de la Unidad Especializada en TEA (MSP, 2021). No surgió “desde el saber internacional” sino que “la idea fue poder dar respuesta a los equipos de territorio en lo que

tiene que ver con una mayor complejidad diagnóstica y en lo que tiene que ver con la construcción de estrategias terapéuticas” (MSP, 2021). Para la atención se prioriza a los niños menores de 5 años y se trabaja en múltiples áreas desde distintas disciplinas como la fonoaudiología, psicomotricidad, psicología, la terapia ocupacional, añadida recientemente. A medida que los niños y sus familias van adquiriendo las herramientas, otros recursos, se van dejando los cupos libres para que ingresen nuevos.

El Instituto de Formación Pivel Devoto ofrece a los docentes cursos de formación continua, así como postgrados en Psiquiatría Pediátrica, Pediatría y Tecnología Médica en la Escuela Universitaria. Otra función de la Unidad es la formación de recursos humanos en el tema.

En esta misma línea, Garrido expresa que todos los niños con TEA tienen posibilidades de mejorar desde su punto de partida. Y esto depende mucho de que la detección e intervenciones sean tempranas y oportunas (Garrido, 2021), esto con relación a la potencialidad de tratamiento de los niños y adolescentes con TEA. A la vez, refuerza que en todos estos procesos el rol de la familia es fundamental:

“Nosotros, todos, podemos hablar de cosas genéricas pero el programa es absolutamente singular e individual para cada niño. En eso son los papás, son las familias las que tienen la mayor información, con las que tenemos que trabajar a diario, ir construyendo y cambiando las estrategias.” (p.5). En relación con los países de Latinoamérica, Uruguay cuenta con un importante porcentaje de padres vinculados al movimiento asociativo.

La unidad de TEA de la que surgen estos aportes forma parte de la “Red de Espectro Autista en Latinoamérica” con la que se desarrollan proyectos de investigación colaborativos. Ésta tiene un componente de investigación y cooperación con los países de la región, desde

donde en el primer período de la pandemia se realizó una encuesta a familias de personas con TEA en ocho países de América Latina observándose que en Uruguay el impacto del confinamiento determinó retrocesos en las conductas en el 80% de las personas con TEA. Asimismo, se registró un aumento de casi 80% en el uso de pantallas en esta población, conducta que va en contra de la potenciación de las habilidades sociales (Unidad especializada en Trastornos del Espectro Autista de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, 2021)

CAPÍTULO 3. Inclusión educativa e integración de niños/as con TEA

3.1. Instituciones educativas y la inclusión e integración

Además de las redes de apoyo antes mencionadas, es de importancia desarrollar la inclusión e integración que tienen los niños con TEA en la educación.

Según Ainscow et., al. (2006), la Inclusión Educativa se refiere a un proceso de análisis sistemático de las culturas, las políticas y las prácticas escolares para tratar de eliminar o minimizar las barreras de diferentes tipos que limitan la presencia, el aprendizaje y la participación de los estudiantes en la vida escolar de los centros donde están escolarizados. Se presta particular atención a las barreras que limitan la participación de los estudiantes.

La inclusión educativa es un proceso que conlleva muchos desafíos para la sociedad y el sistema escolar. El objetivo es que todos puedan recibir una educación de alta calidad y sentirse parte del proceso educativo (Bremermann y Azurica, 2023). Su objetivo primordial, según dichas autoras, ha sido lograr que se considere a todos los estudiantes sin exclusiones. Dicho objetivo se plantea desde una perspectiva de derechos, ya que la educación es un derecho fundamental y, por lo tanto, todos tienen derecho a recibir una educación de alta calidad, sin importar su condición. Según Arnaiz (2003) es una cuestión de derecho, equidad y lucha contra la desigualdad.

Es interesante destacar que actualmente la educación sigue preparando docentes para escuelas “normales” y docentes para escuelas de educación especial, siendo necesario para lograr una educación inclusiva que se los capacite para educar en la diversidad (Fernández, 2003). Entendiéndose a que la diversidad en la educación se refiere a la aceptación y valoración de las diferencias individuales, promoviendo un ambiente inclusivo y equitativo en el que todos los estudiantes puedan aprender y desarrollarse plenamente.

Con lo que respecta a los niños/as con Trastorno del Espectro Autista, Tortosa (2004) señala que es imprescindible la colaboración y participación de los padres de niños con TEA en las intervenciones educativas ya que ayuda en su desarrollo, en la generalización y el refuerzo de los aprendizajes de una situación concreta a otros ambientes, colaborando a que sean más estables y duraderos en el afrontamiento familiar del diagnóstico de los niños con dicho trastorno. En algunos casos, es necesario que la persona con TEA asista al centro educativo con un acompañante, sin importar el nivel de apoyo que necesite. En ocasiones, se le reduce el horario debido a su comportamiento disruptivo o se les indica que deben tomar medicamentos para ingresar. A todo esto, se agregan los miedos de la familia, como el riesgo de que su hijo sea acosado por sus compañeros de clase o de que sus maestros no estén lo suficientemente preparados para enseñarle estrategias de aprendizaje que lo excluyan. (Bremermann y Azurica, 2023).

La inclusión “va más allá de atender al alumnado con necesidades educativas especiales, por cuanto supone las prácticas educativas para todos los alumnos y para el conjunto del centro” (Arnaiz, 2003, p. 157). Con esto se entiende que la propuesta educativa debe ser flexible atendiendo la diversidad de los estudiantes y alejándose del patrón común de aprendizaje, destacándose de esta forma el carácter dinámico y flexible del currículum en base a las posibilidades educativas de la totalidad de los alumnos. El eje de este pensamiento es considerar la diversidad como parte de lo humano llevando así a pensar en una educación en y para la diversidad (Viera y Zeballos, 2014).

En cuanto a los éxitos y el camino que se está tomando en Uruguay hacia una educación para todos, la iniciativa de la Red de escuelas y Jardines de infantes Mandela tiene como objetivo educar en la diversidad. Aunque según el CEIP, este proceso requiere tiempo, se busca contribuir a romper barreras educativas mediante la construcción de proyectos y

programas como el proyecto A.PR.EN.D.E. R (Atención Prioritaria en Entornos con Dificultades Estructurales Relativas), este es un programa de inclusión educativa que busca asegurar que todos los niños tengan acceso y permanencia en el sistema educativo y obtengan aprendizajes de alta calidad. (ANEP, 2021).

En este sentido, será crucial preparar a los maestros, así como a toda la comunidad educativa, para colaborar y fortalecer las redes de apoyo, asegurando que las escuelas especiales sean centros de recursos y no centros de segregación. Asimismo, cabe señalar que aún existen obstáculos, incluidos los estructurales, que impiden dicha inclusión (ANEP-CEIP, 2020), así como barreras relacionadas con la preparación de los docentes, quienes frecuentemente afirman no sentirse preparados para situaciones de inclusión.

3.2. Niños/as con autismo y su inserción en Instituciones escolares

Con respecto a la escolarización en personas con autismo, es fundamental que sea la apropiada para que su calidad de vida pueda ser mejor. Tal como lo expresa Tortosa (2008): “los niños autistas pueden aprender, pero parece que sólo lo hacen en condiciones de aprendizaje muy cuidadas. No aprenden apenas a menos que se sigan, de forma muy escrupulosa, reglas específicas de enseñanza, identificadas a través de la investigación en el área del aprendizaje” (p.83).

Es decir, el control adecuado sobre el entorno de aprendizaje es un recurso importante, ya que pequeñas desviaciones en el comportamiento del educador son suficientes para dar lugar a infracciones graves en el aprendizaje de un niño con autismo. Al hablar de la escolarización del niño con TEA, se tienen que considerar sus particularidades personales, con una valoración concreta de cada caso, dado que sólo después de realizar estas valoraciones

se podrán tomar las oportunas decisiones educativas (Rivière, 1998).

Es entonces, que el objetivo del sistema escolar en el tratamiento de un niño con TEA es mejorar sus habilidades comunicativas y su conocimiento social, así como ayudarlo a controlar mejor sus comportamientos y comportarse adecuadamente en el entorno. Se debe enseñarle el uso de un concepto o habilidad para ejecutar una tarea de manera funcional, espontánea y adecuada (Universidad Internacional de Valencia,2022).

Es importante destacar, que el acceso universal a la educación y la mejora de su calidad continúa siendo un gran reto para Uruguay, siendo un desafío “garantizar la permanencia y la continuidad en el sistema educativo y responder efectivamente a las necesidades básicas de aprendizaje de los estudiantes...” (Viera y Zeballos, 2014, p. 239). En cuanto a los niños con TEA, la realidad es similar. Los principales obstáculos para incluir los cambios en la comunicación y el comportamiento son los siguientes: los maestros no conocen las mejores formas de incluir a los niños con TEA, la falta de comunicación y coordinación entre los diferentes actores que trabajan con el niño, la falta de educación preescolar adecuada para el niño y la falta de preparación son las principales dificultades. (Luaces, 2016, p. 6).

En función de todo lo señalado, puede decirse que enseñar a un niño con TEA requerirá una cuidadosa consideración de algunos de los factores antes mencionados (Crespo,2001). En primer lugar, existe la necesidad de instruir y alentar a las personas a actuar de manera comunicativa, esto les beneficiará en su vida adulta. En segundo lugar, el autor menciona que al niño le resultará difícil adaptarse al entorno y sus cambios, por lo que será necesario saber anticiparse al máximo a todas las posibles situaciones para que responda adecuadamente a contextos complejos.

Crespo (2001) plantea que la idea de una inclusión pensada así hará todo lo posible

para que se hagan las adaptaciones que sean necesarias a las características del niño y no al revés. Saber en qué etapa de desarrollo se encuentran y el grado de afectación de cada niño será muy importante para la adaptación de programas didácticos que correspondan y sean exitosos. El fin de la educación, según la propuesta del autor (p. 3), debe ser preparar a los alumnos para la vida en comunidad. Todo niño con esta condición, o cualquier tipo de situación de discapacidad, debe desarrollarse, vivir y crecer en el entorno menos restrictivo posible.

En este sentido, Gallego (2013) señala que el programa TEACCH (Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación Relacionados), es una herramienta ampliamente utilizada para lograr la integración de estudiantes con TEA en el aula regular. Según esta autora, el objetivo principal de este enfoque es brindar una atención integral a la persona con TEA y su familia con el objetivo de mejorar la calidad de vida de ambas partes. En contraste, "su aplicación en la escuela se centra en el desarrollo del trabajo autónomo, destacando como elementos importantes del programa la enseñanza estructurada, la organización visual y el desarrollo de las habilidades comunicativas". (p.20)

La utilización de pictogramas o indicadores visuales es crucial para este programa porque, como señala Gallego (2013), la organización visual ayuda a los niños con TEA a planificar sus actividades y les brinda información clara que les ayudará a conocer lo que deben hacer y les ayudará a reducir su ansiedad. Además, esta autora indica que es conveniente señalar adecuadamente el centro con indicadores visuales en los diferentes espacios comunes para promover la autonomía de los estudiantes en todo el centro escolar. Esto facilitará la orientación de los niños al permitirles identificar las diferentes salas del centro y las actividades que se llevan a cabo allí.

En definitiva, las personas con TEA necesitan un apoyo especializado que varía en

frecuencia e intensidad, según la propuesta de PRONADIS (2014). Este apoyo es frecuentemente proporcionado por acompañantes pedagógicos, por ejemplo, asistentes personales para situaciones propias de la vida personal en el contexto del ámbito escolar. Para que las personas con TEA tengan los mismos derechos a la igualdad de oportunidades y condiciones, se sugiere que las políticas públicas tomen en cuenta las adecuaciones necesarias.

3.3. La inclusión educativa es posible: el caso del centro educativo “Creciendo”

En este apartado se pretende exponer la experiencia de trabajo con familias y niños/as autistas en Creciendo, un centro de inclusión educativa de la Ciudad de Rocha, el cual se centra especialmente en el TEA, aunque aborda también otras condiciones de discapacidad como ser problemas en el aprendizaje, en el lenguaje, psicomotriz. A su vez, vale decir que se trabaja desde la interdisciplinariedad conformada por un equipo de profesionales de diferentes áreas.

El enfoque desde el cual se trabaja es totalmente inclusivo colocando a la persona y su familia en el centro de la atención, teniendo consideración de los procesos particulares de cada una con relación a cómo viven y transitan la situación de su hijo/a.

Desde la metodología de trabajo, las primeras entrevistas con los referentes familiares son muy importantes ya que ellos exponen el proceso desde el nacimiento de su hijo/a hasta la actualidad. Son procesos diferentes en cada familia, pero todos llegan con el mismo fin, que es poder ayudar a sus hijos/as a que puedan sentirse apoyados y puedan desarrollar el máximo de su potencial.

En cuanto al trabajo con los niños/as, la estrategia que más se usa es lo lúdico a través

del juego, ya que es un factor importante en el desarrollo evolutivo que permite al niño explorar, relacionarse, comunicar y aprender en un entorno de disfrute. Pero en la particularidad de los niños con autismo, frecuentemente el juego supone instancias de monotonía y soledad.

En este aspecto, si bien repiten con frecuencia las mismas acciones sobre los objetos, ocasionalmente pueden presentar un juego funcional restringido y repetitivo. El juego simbólico repetirá las mismas acciones en esas situaciones sin añadir ninguna característica nueva. Por ello se debe potenciar el juego de interacción, el funcional y el simbólico (Hernández et al., 2011).

Es importante resaltar que el desarrollo y las relaciones interpersonales del niño se ven beneficiados por los juegos que practica y las interacciones que tiene con los adultos o sus compañeros. Como juegos de interacción particularmente en el centro se han utilizado: canciones o ritmos de estructuras claras para favorecer el desarrollo de miradas, posturas, desarrollo de vocalizaciones por imitación, etc. Tales autores plantean también el poder jugar a juegos de movimiento con los que se trabaja la comprensión de órdenes, fórmulas de cortesía, imitación, entre otros.

Siguiendo con el aspecto lúdico, en tanto herramienta fundamental del trabajo, vale decir que se diferencian fundamentalmente dos tipos de juegos:

- El juego funcional, que trata de enseñar al niño a utilizar los objetos de acuerdo con su uso previsto. Las mejoras incluyen mayor interés, flexibilidad mental, adquisición de conceptos, negociación y conocimiento de reglas. Los juegos con luces, sonidos, burbujas y globos, los juegos de mesa, las actividades interactivas y los juegos grupales son ejemplos de actividades de causa y efecto.

-El juego simbólico, que implica interpretar a otra persona o algo más, o usar un objeto para un propósito diferente al que normalmente se usa. Debe mejorarse porque es necesario para algunos procesos cognitivos. Se puede experimentar con viñetas visuales que cuentan una historia e identifican a los personajes mientras especulan sobre sus pensamientos. Además, hay juegos como papás y mamás, médicos y tiendas a los que puedes jugar.

Para propiciar el juego en un niño con autismo se debe ser sistemático a la hora de enseñar las actividades ya que para su aprendizaje requieren de repetición para que puedan generalizarse y adquirir el concepto (Martos Pérez et al., 2011). Los juegos se organizan en sesiones cortas, repitiendo dos o tres veces para que el niño/a no se aburra y tenga más ganas de jugar la próxima vez.

El fin de este centro es brindar apoyo y atención personalizada a cada niño/a y familia, desde lo profesional y con redes tanto con Centros de Asistencia Médica, con las escuelas y CAIF de la zona para tener diferentes miradas y trabajar desde la interdisciplina que es por lo que se caracteriza.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo monográfico, se ha tratado de analizar y comprender una realidad específica: la situación de las familias que tienen hijos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y durante su proceso de inclusión en el sistema educativo. Para abordar este tema, se exploraron diferentes etapas, desde el momento en que un niño con TEA llega a una familia, pasando por el impacto del diagnóstico, hasta la vida cotidiana con los desafíos que esto implica. También se reflexionó sobre la frustración que a menudo experimentan estas familias al encontrarse con un entorno que aún no está adecuadamente preparado para apoyar a sus hijos. Esto suele ser resultado de un desconocimiento generalizado sobre el trastorno, lo que genera una profunda frustración, ya que los padres desean que sus hijos tengan una vida digna y feliz desde su nacimiento.

En una primera parte de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica para comprender las características y conceptos relacionados con el TEA. Se concluyó que el TEA es un trastorno diverso y complejo que requiere intervenciones integrales, en las que todos los actores sociales, como la familia, los maestros y los especialistas, deben participar de manera inclusiva y adaptada a cada situación. Según datos proporcionados por el presidente de la Federación de Autismo de Uruguay, en ese país residen más de 30,000 personas con TEA. Aunque no se cuenta con un censo específico en la actualidad, las estadísticas a nivel mundial sugieren que aproximadamente el 1% de la población podría tener este trastorno. Por lo tanto, es esencial comprender que el TEA es un trastorno del desarrollo que afecta diversas áreas de la vida de una persona, incluidas las habilidades sociales, comunicativas y de comportamiento. La intervención temprana es fundamental para el desarrollo óptimo de estas habilidades.

En este sentido, la educación juega un papel crucial para los niños con TEA. Deben

recibir una educación que considere sus diferencias y comprenda su trastorno. Esto requiere un enfoque integral. En una etapa posterior de este trabajo, se destacó la importancia de la participación de las familias desde una perspectiva sistémica como un entorno de apoyo para los niños con TEA y como actores clave en la intervención temprana desde su papel como padres.

En cuanto a las realidades familiares, se observó que muchas veces se enfrentan a la falta de recursos para proporcionar una educación de calidad. Es fundamental para las familias, especialmente para los padres, ver a sus hijos crecer y desarrollarse de manera independiente en la comunidad, lo que requiere sensibilizar a la sociedad sobre el TEA y proporcionar estrategias inclusivas.

Continuando con el enfoque de este trabajo, se exploró la evolución de la educación y los cambios socio históricos relacionados con ella. Tradicionalmente, la educación tendía a homogeneizar y segregar a las personas con diferencias, lo que llevó a la creación de escuelas especiales. Sin embargo, se ha producido un cambio de paradigma hacia una visión más compleja del individuo como bio-psico-social, lo que ha llevado a la necesidad de considerar la relación del individuo con su entorno en el proceso de aprendizaje, incluyendo la diversidad. En el caso de los niños con TEA, la inclusión no se trata solo de asistir a escuelas regulares, sino de aprender desde su singularidad y teniendo en cuenta sus características individuales. En muchos casos, una intervención combinada que incluya espacios compartidos con otros niños y espacios individuales es exitosa, siempre y cuando se proporcionen los apoyos necesarios. La inclusión de las personas con TEA en Uruguay está respaldada por leyes que garantizan una educación para todos, y se han realizado avances en la inclusión de personas con discapacidades en las instituciones educativas, mediante programas y espacios de intervención.

Además, se destacó la importancia del papel de los docentes y las familias en esta intervención. Aunque aún existen desafíos y deficiencias en términos de formación docente y apoyo a las familias, se pretende una educación que valore la diversidad y las capacidades de los niños, promoviendo la equidad y la participación para eliminar barreras y fomentar el aprendizaje. En este sentido, se presentó un ejemplo de Institución inclusiva en la ciudad de Rocha, para dar cuenta de las realidades actuales que existen hoy en Uruguay donde se le está dando lugar a dichas instituciones inclusivas e integradoras.

En resumen, aunque queda mucho trabajo por hacer, es esencial asumir un compromiso social para informarse, comprender y adoptar una actitud crítica que fomente la participación y derribe las barreras del aprendizaje tradicional, con el objetivo de construir un mundo con oportunidades para todos.

Referencias bibliográficas

(2021). Overview of autism interventions. doi: 10.1016/b978-0-12-816393-1.00004-x

¿Cuál es la importancia de la familia en el desarrollo infantil? (2021, mayo 14). Forma infancia; Forma infancia European School. <https://formainfancia.com/importancia-familia-desarrollo-ninos/>

Aierbe, A. (2005). Intervención psicopedagógica en los trastor

AINSCOW, Mel; BOOTH, Tony y DYSON, Alan. 2006. Improving Schools, Developing Inclusion. Routledge. London (Reino Unido)

Alcamí, M., Molins, C., Mollejo, E., Ortiz, P., Pascual, A., Rivas, E. y Villanueva, C. (2008). Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental. COGESIN, S.L.U.

Álvarez, R., Franco, V., García, F., García, A., Giraldo, L., Montealegre, S., Mota, B., Muñoz, M., Pérez, B. & Saldaña, D. (2018). Manual didáctico para la intervención en atención temprana en trastornos del espectro autista. Edita Federación autismo Andalucía.

Álvarez, R., Franco, V., García, F., García, A., Giraldo, L., Montealegre, S., Mota, B., Muñoz, M., Pérez, B. & Saldaña, D. (2018). Manual didáctico para la intervención en atención temprana en trastornos del espectro autista. Edita Federación autismo Andalucía.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)

American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Anan, R.M., Warner, L.J., McGillivray, J.E., Chong, I.M., Hines, S.J. (2008). Group Intensive Family Training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. Behavioral Interventions 23(3), 165-180

ANEP. (2021-2022). Edu.uy. <https://www.anep.edu.uy/programas-ebi-2023-2023>

Ángeles, M. M. M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200009

APA (1980), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.) (DSM-III), Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1984).

Aparicio, D. (2012). Indicadores y modelos de intervención en niños con autismo. Psyciencia.com. <https://www.psyciencia.com/indicadores-y-modelos-de-intervencion-en-ninos-con-autismo/>

Arnáiz, P. (2003). Educación inclusiva: una escuela para todos. Málaga: Aljibe.

Artigas-Pallarès, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32 (115), 567-587. Recuperado de

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf>.

Artigas-Pallares, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567–587.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352012000300008>

AsPeRGeR, M. (2017, julio 26). Los modelos de intervención de TEA. *MuNDo AsPeRGeR*.
<https://mundoasperger.com/los-modelos-de-intervencion-de-tea/>

Attwood, T. (2008). *El síndrome de Asperger: guía para padres y profesionales*. Ediciones Paidós.

Autismo: importancia del diagnóstico oportuno y abordajes pertinentes. (2021). Ministerio de Salud Pública.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/autismo-importancia-del-diagnostico-oportuno-abordajes-pertinente>

Baña Castro, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323 - 336.

Barbera, M. L. (2022). *Dale La Vuelta Al Autismo*. Ediciones Urano.

Baron-Cohen S., Allen J. y Gillberg C. (1992). "Can autism be detected at 18 months?" *British Journal of Psychiatry*, 161.

Baron-Cohen, S. (2008). *Autism and Asperger Syndrome*. Oxford University Press.

T. Berry (2005). *Las necesidades básicas de la infancia: Lo que cada niño o niña precisa para vivir, crecer y aprender*. Editorial Grao, Barcelona.

- Burgos, C. R. G. J. (2018). PARTICIPACIÓN, VIDA DEMOCRÁTICA Y SENTIDO DE PERTENENCIA SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO EN CHILE. Edu.uy. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pe/v11n2/1688-7468-pe-11-02-108.pdf>
- Cedillo, A., & Cedillo, A. (2022, 9 enero). Comprender los tres niveles de autismo. Medicina Básica. <https://medicinabasica.com/comprender-los-tres-niveles-de-autismo#:~:text=Asignar%20personas%20a%20uno%20de%20los%20tres%20niveles,los%20servicios%20que%20reciban%20deber%C3%A1n%20ser%20altamente%20individualizados.>
- Cermeño, A. M. (2014, enero 23). Historia y Antecedentes. Aulafacil.com; AulaFacil.com. <https://www.aulafacil.com/cursos/pedagogia/autismo-trastorno-del-espectro-autista-tea/historia-y-antecedentes-l13357>
- Céspedes, C., & Loayza, M. F. C. L. A. (2023, 7 junio). Floortime o modelo DIR: un enfoque revolucionario para el desarrollo de los niños. ADIPA Chile. <https://adipa.cl/noticias/floortime-o-modelo-dir-un-enfoque-revolucionario-para-el-desarrollo-de-los-ninos/>
- Cinta Aguaded, M., & Almeida, N. A. (s/f). El enfoque neuropsicológico del Autismo: Reto para comprender, diagnosticar y rehabilitar desde la Atención Temprana Autism: A neuropsychological perspective. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2016.11.02.06>
- Cohen, D. H. (2023). PROYECTO ECHO: una contribución hacia la democratización de la atención médica en América Latina. Edu.uy. <https://proyectoecho.fmed.edu.uy/wp-content/uploads/2023/02/Gacetilla-ECHO-Uruguay.pdf>
- Colombo, M. (2017). ABA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO.

http://file:///C:/Users/anali/Downloads/ABA_EN_EL_TRATAMIENTO_DEL_AUTISMO.pdf

CPAL. (2023). Familia y cuidadores en el proceso de intervención de un niño con TEA. <https://cpal.edu.pe/blog/familia-y-cuidadores-en-el-proceso-de-intervencion-de-un-nino-con-tea/>

Crespo, M. (2001) Autismo y educación. III Congreso “La atención a la diversidad en el sistema educativo”. Universidad de Salamanca. Recuperado de: <https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/8.pdf>

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).

Cruz, E. S. (2023, julio 18). Proceso de adaptación ante el diagnóstico de un hijo con trastorno del espectro autista. Espiral - Centro de Atención Temprana - Autismo Bolivia. <https://espiralsantacruz.com/2023/07/18/proceso-de-adaptacion-ante-el-diagnostico-de-un-hijo-con-trastorno-del-espectro-autista/>

Cunningham, C., & Davis, H. (1988). Trabajar con los padres. Marcos de colaboración. Madrid: Siglo XXI y Ministerio de Educación y Ciencia.

Cuxart, F. (2000). El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos. Málaga: Aljibe

Daura, F. T. (2013). El contexto como factor del aprendizaje autorregulado en la educación superior. Educ. Educ. Vol. 16, No. 1-, pp. 109-125.

Daura, F. T. (2013). El contexto como factor del aprendizaje autorregulado en la educación superior.

Org.co. <http://www.scielo.org.co/pdf/eded/v16n1/v16n1a07.pdf>

de Meneses, F. M. G. R.-C. M. G. M. M. C. E. L. A. M. T. (2010). Modelos de Intervención en Niños con Autismo.

[//www.researchgate.net/publication/331129793_modelos_de_intervencion_en_ninos_con_autismo](http://www.researchgate.net/publication/331129793_modelos_de_intervencion_en_ninos_con_autismo).

https://www.researchgate.net/publication/331129793_Modelos_de_intervencion_en_ninos_con_autismo

Deolinda, A. (2021). Una mirada sobre un tratamiento biomédico para el autismo. Autismovivo.org.

<https://www.autismovivo.org/post/una-mirada-sobre-un-tratamiento-biom%C3%A9dico-para-el-autismo>

Domínguez, C. L., & Mahfoud, A. (2009). RET. Revista de Estudios Transdisciplinarios. Redalyc.org.

<https://www.redalyc.org/pdf/1792/179214945009.pdf>

Evans B (2013) How autism became autism. The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *Hist Human Sci* 26(3): 3–31.

Familia. (2020). Concepto. <https://concepto.de/familia/>

Federación Autismo del Uruguay:: Mapeo de la Sociedad Civil. (s/f). Mapeosociedadcivil.uy.

Recuperado el 25 de octubre de 2023, de

<https://www.mapeosociedadcivil.uy/organizaciones/federacion-autismo-del-uruguay/>

Fernández, A. (2003). Educación Inclusiva: "Enseñar y aprender entre la diversidad". *Revista Digital Umbral*, 13, 1-10.

Frith, U. (1991). Asperger and his syndrome. En U. Frith (Ed.), Autism and Asperger Syndrome. (pp. 1-36). Cambridge: Cambridge University Press.

Gallego, S. (2006). Comunicación familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relacionales. Manizales, Caldas: Editorial Universidad de Caldas

García Gómez, A., (2008). Espectro autista: definición, evaluación e intervención educativa. Mérida (Badajoz). Consejería de Educación.

Garrido, D. G. (2022). # Hablemos de Autismo – 2 de abril 2021. Gub.uy.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentacion%20Jornada%20TEA%20Dra%20Gabriela%20Garrido.pdf>

Gestión. (2018, junio 19). Qué es el autismo según la OMS - Criterios diagnóstico CIE-11. Autismo España; Confederación Autismo España.
<https://autismo.org.es/la-oms-actualiza-los-criterios-de-diagnostico-del-tea/>

Giné, C. (2001). Familia e intervención precoz. Orientaciones para la intervención del psicopedagogo. En B. Del Rincón Igea, Presente y futuro del trabajo psicopedagógico. Barcelona: Ariel

González Peña R. y Bueno Nava A. (2013) Mecanismos Fisiológicos de la Dsicapacidad Neurológica. Ed. Académica Española.

González-Larrea, B. (2020). La familia y su influencia en el desarrollo infantil. NeuroClass.
<https://neuro-class.com/la-familia-y-su-influencia-en-el-desarrollo/>

Grandin, T. (2006). Pensar en imágenes. Ediciones Paidós.

Gutiérrez-Ruiz, K. (2016). Org.co. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n3/v32n3a11.pdf>

Harris, S. L. (2001). Los hermanos de niños con autismo. Su rol específico en las relaciones familiares. Madrid: Narcea.

Hernández, F., Moreno, M., & Suárez, N. (2011). El juego como recurso educativo: teorías y autores de renovación pedagógica. Trabajo fin de grado en educación infantil. Universidad de Valladolid.

Hobbs K. (2021, 6 octubre). Signos de autismo en bebés. Misitio. <https://www.autismovivo.org/post/signos-de-autismo-en-beb%C3%A9s>

Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. (2019). Autismo. Recuperado de <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Autism-Spectrum-Disorder-Fact-Sheet>

Juan José García-Peñas, Jana Domínguez-Carral, Elena Pereira-Bezanilla (2012) Alteraciones de la sinaptogénesis en el autismo. Implicaciones etiopatogénicas y terapéuticas. Sección de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria, España

Juan Miguel Fluja-Contreras^{1,2}, Mapy Chávez-Askins³ & Inmaculada Gómez. (2023). Efectividad de las intervenciones psicológicas en Trastorno del Espectro Autista: una revisión sistemática de meta-análisis y revisiones sistemáticas. <http://file:///C:/Users/anali/Downloads/Dialnet-EfectividadDeLasIntervencionesPsicologicasEnTrasto-8725707.pdf>

Kanner, L. (1951). *Tratado de Psiquiatría Infantil*. Santiago de Chile: Zigzag.

Klin, A., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Rourke, B. P. (2000). Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: Convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(1), 29–47. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00518>

Levy, S. E., Mandell, D. S., & Schultz, R. T. (2010). Autism. *The Lancet*, 374(9701), 1627–1638. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61376-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61376-3)

Lord, C. (2019). Autism spectrum disorder: Diagnosis and management. *BMJ*, 364, k5439. <https://doi.org/10.1136/bmj.k5439>

Lorena, J., & Contreras, R. (s/f). AUTISMO Y FAMILIA: UNA RELACIÓN SILENCIOSA. Edu.co. Recuperado el 19 de julio de 2023, de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/7567/CB-0491648.pdf;sequence=1>

Luaces, A. (2016). Inclusión de los niños con TEA en escuelas regulares de Montevideo: la vivencia de los maestros. Edu.uy. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8625/1/Luaces%2c%20Antonella.pdf>

Magaña, C. (2021, junio). OMS brinda información sobre el autismo. Mexicosocial.org. <https://www.mexicosocial.org/oms-brinda-informacion-sobre-el-autismo/>

Mandell, D. (2020). Early diagnosis and intervention in autism. *The Lancet Child & Adolescent Health*,

4(11), 807-808. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30229-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30229-6)

Manzano, Y. (2021). Estímulos sensoriales para personas con TEA. Som360.org.

<https://tea.som360.org/es/blog/estimulos-sensoriales-personas-tea>

Martínez Martín, M. Á., & Bilbao León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervencion psicosocial*, 17(2), 215–230.

<https://doi.org/10.4321/s1132-05592008000200009>

Martos-Pérez J, Paula-Pérez I. (2011) Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol* 2011; 52 (Supl 1): S147-53. 2011 Revista de Neurología.

Masi A, Demayo MM, Glozier N, et al. Una descripción general del trastorno del espectro autista, la heterogeneidad y las opciones de tratamiento. *Toro Neurosci*. 2017; 33 (2): 183-193. doi: 10.1007 / s12264-017-0100-y

Mateo, H. R. (2018). SATISFACCIÓN FAMILIAR, COMUNICACIÓN e INTELIGENCIA EMOCIONAL.

<https://www.redalyc.org/journal/3498/349855553013/html/>

McCabe, C. y Timmins, F. (2006) *Habilidades de comunicación para la práctica de enfermería*. Basingstoke:Palgrave Macmillan.

Mitjana, L. R. (2021, junio 27). Los 3 grados del trastorno del espectro autista. *Muy Salud*.

<https://muysalud.com/enfermedades/grados-trastorno-espectro-autista/>

Moncalvo y Lic. Alejandra Azurica García, L. A. B. (2023). *Inclusion Educativa en Autismo Herramientas y estrategias de intervencion*. Neuro-class.com.

<https://neuro-class.com/cursos/inclusion-educativa-en-autismo/>

Monfort. (2009). Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños con trastorno de espectro autista. Hsjdbcn.org.

https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/293.1-comunicacion_lenguaje.pdf

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & de Meneses, M. T. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. Hsjdbcn.org.

<https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1839.1-bdS03S077.pdf>

Mulas, F.; Ros-Cervera, G.; Millá, M.; Etchepareborda, M.; Abad, L.,

Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. Revista de Neurología, 50 (3), 577-584.

National Institute of Mental Health (NIMH). (2019). Síntomas Autismo. [https://www.nimh.nih.gov/nos del desarrollo](https://www.nimh.nih.gov/nos-del-desarrollo). Málaga: Ediciones Aljibe

OMS: CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. ("GUÍA DE BOLSILLO - World Health Organization") Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Palolomo Seldas, R: DSM-5: la nueva clasificación de los TEA

PANAACEA. (2023). PANAACEA. Panaacea.org. <https://www.panaacea.org/>

Paniagua, G. (1999). Familias con niños con necesidades educativas especiales. En A. Marchesi, C. Coll e J. Palacios, Desarrollo psicológico y educación 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales (pp. 469-493). Madrid: Alianza.

Pérez, M. C. (2012). LA FAMILIA, PRINCIPAL PROTAGONISTA DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA. <http://file:///C:/Users/anali/Downloads/Dialnet-LaFamiliaPrincipalProtagonistaDeLosCentrosDeDesarr-4089699.pdf>

Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. (s/f). Organización Mundial de la Salud.

Por, R., & Palomo, S. (s/f). DSM-5: la nueva clasificación de los TEA. Apacu.info. Recuperado el 21 de julio de 2023, de <http://apacu.info/wp-content/uploads/2014/10/Nueva-clasificaci%C3%B3n-DSMV.pdf>

Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS). (2014). TEA. Trastorno del Espectro Autista. Disponible en http://www.pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/41125/1/librotea_final.pdf

Rebecca Grzadzinski, Marisela Huerta, Catherine Lord (2013): DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes

Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y Autismo. Autismoandalucia.org. http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-_Desarrollo_normal_y_Autismo.pdf

Rivière, Á. (1997). Tratamiento y definición del espectro autista. Madrid, APNA.

Rivière, A. (2000). ¿Cómo aparece el atismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del

trastorno autista. En A. Riviere y J. Martos (comp.), El niño pequeño con autismo. (“ESTRATEGIAS PARA FAVORECER EL APRENDIZAJE EN EL ALUMNO CON ... - CSIF”) Madrid: APNA.

Rivière, Á. (2001). Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. Madrid: Trotta

Ronan Lordan, D. B. (2021). Autism Spectrum Disorders: Diagnosis and Treatment. [http://file:///C:/Users/anali/Downloads/373-BookChapter-4535-1-10-20210818%20\(2\).pdf](http://file:///C:/Users/anali/Downloads/373-BookChapter-4535-1-10-20210818%20(2).pdf)

Rubio, N. M. (2020, julio 29). Síndrome de Kanner: qué es y qué relación tiene con los TEA. Psicologiaymente.com. <https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-kanner>

Ruiz Mitjana, L. (2019, 22 marzo). La teoría del estrés de Richard S. Lazarus. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-estres-lazarus>

Sánchez-Raya, M. A., Martínez-Gual, E., Elvira, J. A. M., Salas, B. L., & Cívico, F. A. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). Psicología Educativa, 21(1), 55–63. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2014.04.001>

Sanz, A. (2021, 8 febrero). El modelo de intervención centrado en la familia en el autismo. Fundacion ConecTEA - Juntos en el Autismo. <https://www.fundacionconectea.org/2021/01/26/el-modelo-de-intervencion-centrado-en-la-familia-en-el-autismo/>

Tortosa, F. (2004). Tecnologías de ayuda en personas con Transtornos del Espectro Autista: Guia para docentes. Obtenido de <http://diversidad.murciaeduca.es/tecnoneet/docs/autismo.pdf>

Trastorno del espectro autista. (2020, mayo). Los Institutos Nacionales de Salud.

<https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/trastorno-del-espectro-autista>

Tres, M. P. (2021, octubre 13). Estrés y ansiedad: Salud mental en cuidadores. Mis Primeros Tres - Embarazo, bebés, lactancia, consejos para mamás, maternidad; Mis Primeros Tres. <https://misprimerostres.org/categoria/cuidados-madre/estres-y-ansiedad-salud-mental-en-cuidadores/>

Unidad especializada en Trastornos del Espectro Autista de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica. (2021). Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/unidad-especializada-trastornos-del-espectro-autista-clinica-psiquiatria>

Universidad Internacional de Valencia. (2022). [Universidadviu.com. https://www.universidadviu.com/es/](https://www.universidadviu.com/es/)

Ursano, R. J., Sonnenberg, S. M. y Lazar, S. G. (2004). Concise guide to psychodynamic psychotherapy: principles and techniques of brief, intermittent and long-term psychodynamic psychotherapy [Guía concisa de psicoterapia psicodinámica: principios y técnicas de psicoterapia psicodinámica breve, intermitente y de larga duración]. American Psychiatric Publishing.

Ventoso Ma Rosa (2000) Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo. Breve Guía de intervención. Madrid: APNA ediciones.

Vivanti, G., Barbaro, J., Hudry, K., Dissanayake, C., Prior, M., & Williams, K. (2014). Interventions targeting social communication difficulties in the treatment of autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00005>

Zeballos, A. V. e. (2014). Inclusión educativa en Uruguay: una revisión posible. Edu.uy.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/28856/1/243-1358-1-PB.pdf>