



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Inclusión educativa de los niños con
Trastorno del Espectro Autista**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Adriana Guadalupe Morales Chávez

Directora: Mtra. **Martha Elba Alarcón Armendáriz**

Dictaminadores: Dra. **Irma Rosa Alvarado Guerrero**

Lic. **Claudia Pilar Flores Rubí**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 9 de octubre de 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Educación Especial	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Clasificaciones y Estadísticas	10
1.3 Educación Especial	11
1.4 Trabajo en Educación Especial	16
1.5 El psicólogo dentro de la Educación Especial	17
Capítulo 2. Autismo	19
2.1 Antecedentes	19
2.2 Definición y Características	20
2.3 Etiología	23
2.4 Diagnóstico y evaluación	25
2.5 Intervención	28
2.6 Intervención en el TEA	31
2.7 Conclusión	40
Capítulo 3 Inclusión Educativa	41
3.1 Los profesores dentro de la inclusión	41
3.2 Dificultades de la inclusión de niños con TEA	44
3.3 Formas de trabajo en el aula	46
3.4 Sugerencias para la inclusión	50
Conclusiones	54
Bibliografía	56

Resumen

Actualmente, a nivel mundial uno de cada 160 niños es diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista. En México, se estima que uno de cada 115 niños vive con autismo. Su educación con frecuencia se da de manera exclusiva en centros específicos para personas con Necesidades Educativas Especiales o en instituciones dedicadas únicamente a este trastorno. Sin embargo, los niños con TEA se pueden ver más beneficiados si además de la atención especializada son incluidos en una escuela regular en la que puedan convivir con niños de edades similares. No obstante, esto puede resultar complicado de llevar a cabo debido a que los rasgos propios del autismo así como las características de las escuelas mexicanas, entre otros factores merman la posibilidad de lograr la inclusión educativa. Es por esto que el objetivo del presente trabajo es identificar los elementos más relevantes para la inclusión educativa de los niños con TEA.

Palabras clave: *Trastorno del Espectro Autista, Necesidades Educativas Especiales, Educación inclusiva.*

INTRODUCCIÓN

El tema de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en la actualidad ha tomado fuerza y mucha relevancia. Segovia (2016) señala que en los años setenta se identificaba a un niño con autismo en cada cinco millones, para la 8ª década la prevalencia era de uno en cada 2,500, lo que podría indicar que en vez de que los nacimientos de niños con autismo disminuyan, en el presente las estadísticas muestran que van en aumento. Actualmente se estima que uno de cada 160 niños tiene TEA (Organización Mundial de la Salud, 2017).

A pesar de que el autismo ha sido estudiado desde el siglo pasado hoy en día quedan muchas interrogantes dentro del tema. Un claro ejemplo se puede identificar en cuanto a la etiología del autismo. No obstante los avances que ha habido en este campo, hasta ahora no se ha encontrado la causa, sin embargo se ha podido descartar una de las teorías más importantes que se tenían al inicio del estudio del TEA separado de otros trastornos. Dicha teoría es la que responsabiliza a la relación entre padres e hijos (en especial la madre y el niño) de que se presente el autismo. Se afirmaba que eran los hijos de padres distantes quienes eran diagnosticados con autismo y por lo mismo el tratamiento iba enfocado en “sanar” la relación. Sin embargo, a la fecha se tiene claro que es resultado de la interacción de factores genéticos y la relación del niño con su ambiente (Amodia y Andrés, 2006; Bautista, Sifuentes, Jiménez, Avelar y Miranda, 2008).

En concreto, se puede observar que, en cuanto a la sociedad mexicana, aún hace falta mucha investigación respecto a los TEA. Simplemente no fue sino hasta el año 2016 que se tuvieron las primeras cifras de la prevalencia del autismo en el país. Cruz (2016), en el periódico La Jornada, menciona que al realizar el primer estudio de este tipo, se encontró que en México, uno de cada 115 niños vive con autismo. Cabe mencionar que esta cifra no es de todo el país ya que la investigación se llevó a cabo en Guanajuato. Esto indica que posiblemente la prevalencia sea mayor.

Además de esto, el mismo autor indica que sólo el 22% de estos niños fueron diagnosticados antes de los cinco años de edad. Este es un aspecto importante para que los niños puedan tener acceso oportuno a los servicios de salud y educación que requieren.

Siendo el autismo un espectro, la manera de tratarlo se puede complicar ya que cada caso es distinto. Los niños pueden presentar, o no, lenguaje, algunos pueden tolerar ciertos estímulos, mientras que éstos mismos consiguen alterar a otros con el mismo trastorno. Esto llega a ser una dificultad al momento de incluir a un niño con dicha condición a una escuela regular.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal del INEGI del año 2015, el 63.3% de niños entre tres y cinco años de edad asisten a la escuela. En cuanto a los niños con TEA en México, Mojica (2012) señala que la mayoría reciben su educación exclusivamente en centros específicos de Educación Especial e incluso algunos no estudian. Esto indica que son pocos los niños que realmente han sido incluidos en escuelas regulares.

Además, Romero y García (2013), mencionan que las dos principales instancias encargadas de la Educación Especial, que son los Centros de Atención Múltiple (CAM) y las Unidades de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI) antes denominadas Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Especial (USAER), no se están dando abasto para atender de manera satisfactoria esta área. Esto, debido a que en las UDEEI se ha enfocado la atención en la integración de estos niños a la escuela regular, meramente colocándolos ahí y exigiendo que los profesionales que conforman la unidad tengan que atender las necesidades de grupos muy grandes de niños con Necesidades Educativas Especiales. Por su parte, en los CAM, la situación tampoco resulta favorable ya que los alumnos se encuentran segregados y alejados de los niños de escuelas regulares. También, los grupos en estos centros están definidos por las edades de los niños y no por su desarrollo o capacidades. Entonces, en actualidad, los servicios brindados en el país requieren de modificaciones y apoyos para transformarse en sistemas funcionales y que logren el

objetivo/propósito de la educación especial.

En un estudio realizado en Chile, Villegas, Simón y Echeita (2014), señalan que las madres de niños con TEA reconocen la importancia de que sus hijos asistan a una escuela regular. Se realizaron entrevistas en las que las participantes mencionan que es de gran ayuda para su salud emocional además de su desarrollo. Sin embargo, en dichas entrevistas señalan las áreas de oportunidad en esta área, entre ellas, identifican que con frecuencia, el niño simplemente está ubicado dentro de la escuela pero no es partícipe del todo en las actividades escolares, ya que algunas madres hacen referencia a ocasiones en las que se les solicitó que su niño no asistiera a clases cuando habría algún festival o incluso algún examen de medición nacional de la calidad educativa.

Por último, en este mismo estudio, así como en el de Sepúlveda, Medrano y González (2010), se hace mención también del papel del profesor dentro de la integración educativa. En este último estudio los profesores son quienes admiten que no se sienten preparados o capacitados lo suficiente para incluir a un niño con TEA a su grupo. Entonces, en ambos estudios, tanto madres como maestros hablan acerca de la importancia de que los profesores sean capacitados, pero no sólo eso, que cuenten con el apoyo de profesionales en el área. Los profesores afirman que esto les ayudaría a tener una mejor actitud y aceptación no sólo para incluir a niños con diagnosticados con TEA, si no con otras Necesidades Educativas Especiales.

Es por todo lo anterior que el objetivo del presente trabajo es llevar a cabo una revisión de la literatura especializada acerca del Trastorno del Espectro Autista y la inclusión educativa de niños con este trastorno y de esta manera identificar los aspectos principales para hacer recomendaciones al momento de incluir al niño con TEA dentro del aula regular. Esta tesina se divide en tres capítulos: Educación Especial, Autismo y por último el de Inclusión Educativa.

El primer capítulo abarca los antecedentes de la discapacidad, y la situación actual de la Educación Especial, ambos a nivel nacional y mundial. Además se definen tanto la integración como la inclusión educativa, sus objetivos y los conceptos

relacionados.

En el capítulo de Autismo se abordan desde las primeras menciones del término dentro de la literatura, cuando se le consideraba parte de la esquizofrenia, hasta el momento en que se le comienza a estudiar como un trastorno independiente para dar paso a entender el panorama actual de los TEA. Se mencionan también los criterios de diagnóstico, la evaluación y se desglosan las formas de intervención.

Por último en el capítulo de Inclusión Educativa se exponen las complicaciones que conlleva la inclusión de niños con Autismo dentro de la escuela regular. Se menciona tanto las dificultades que se dan a partir del propio trastorno, como las que se presentan debido a factores relacionados como la actitud de los profesores. Para finalizar se presentan los principales elementos a considerar para realizar la inclusión educativa de los niños con TEA.

Capítulo 1: Educación Especial

El objetivo de este primer capítulo es identificar lo que ha sido la discapacidad y la Educación Especial desde sus inicios, debido a que van de la mano. Es decir, recuperar los antecedentes para comprender el panorama de esta época. Asimismo, definir conceptos básicos dentro de la Educación Especial e identificar cuál es la situación actual y hacia dónde se dirige.

1.1 Antecedentes

La discapacidad ha existido siempre en la humanidad, por lo tanto la percepción de la misma se ha ido transformando. Desde la prehistoria se pueden identificar dos maneras en que las discapacidades eran entendidas y por lo tanto tratadas. Por una parte estaba el enfoque activo en el cual la deficiencia se concebía como un problema corporal, en su estructura o funciones, por lo que se buscaba sanarlas. Por otra parte, desde el enfoque pasivo en el que la deficiencia se consideraba un castigo de dioses o consecuencia de un pecado, por lo que estas personas llegaban a ser rechazadas (INEGI, 2013).

En ocasiones se cree que en la antigüedad las personas con discapacidad eran abandonadas ya que se les consideraba una carga. Sin embargo, se ha encontrado que se llegaban a implementar algunos tipos de tratamientos cuando se trataba de discapacidades motrices, tales como muletas o férulas inmovilizadoras. Por otra parte, en algunas sociedades, la discapacidad era considerada una marca del pecado. Esto significaba una limitación para el ejercicio de las prácticas religiosas de dichas sociedades. Además, en otras sociedades, como la griega, los niños que se consideraban débiles eran abandonados a su suerte (Valencia, 2014).

Durante la Edad Media, que fue un periodo con gran influencia religiosa (cristianismo), las personas con discapacidad seguían siendo consideradas algún tipo de castigo enviado por Dios. Por esta razón, aunque se condenaba el infanticidio, estas personas eran rechazadas y encerradas, e irónicamente, durante los fines de semana eran exhibidas en zoológicos y circos (Valencia, 2014).

Respecto al infanticidio, Alegre de la Rosa (2000) menciona que esta práctica no sólo era llevada a cabo para lidiar con los bebés y niños con alguna discapacidad evidente de manera física, sino que también se hacía por otras razones como la eliminación de gemelos o de niños nacidos bajo circunstancias consideradas extrañas, así como la eliminación de hijos ilegítimos. Es dentro de esta misma etapa que debido a la fuerte influencia religiosa, el asesinato de bebés y niños comienza a disminuir. De esta manera, el infanticidio va disminuyendo lentamente pero esto mismo llevó a que se incrementara el abandono de los niños. Por lo tanto se van creando disposiciones al respecto, como el Concilio de Vaison en el año 442, el cual establecía que los niños abandonados debían ser anunciados en las iglesias.

Entonces, en la Antigüedad Clásica, las personas que presentaban algún tipo de deficiencia eran consideradas como seres que no merecían vivir y por lo tanto olvidadas. Es hasta el Renacimiento que se les empieza a tratar como personas y comienzan a otorgarles una atención educativa. Cabe mencionar que esto inicia únicamente con personas con discapacidades sensoriales (Ortiz, 1995).

Por otra parte, en América, las personas con discapacidad eran cuidadas en la mayoría de las sociedades. Es decir, eran pocos los grupos que recurrían al abandono o al asesinato de infantes con discapacidad (Valencia, 2014). Gómez (2005) señala que en Mesoamérica las personas con discapacidad eran consideradas divinidades por lo que contaban con todo tipo de privilegios y cultos religiosos. Además, las discapacidades eran atribuidas a mitos, castigos divinos y fenómenos astrológicos.

Sales (2014), menciona que en México fueron fundados dos hospitales en el siglo XVI. Uno de estos hospitales se dedicaba a tratar discapacidades mentales, mientras que el otro, atendía casos de personas con consecuencias debidas a la lepra. Con la llegada de los españoles se fundan instituciones de beneficencia encabezados principalmente por religiosos. Además, en 1566 se crea el Hospital de San Hipólito en la Ciudad de México en el cual se cuida de las personas con deficiencias mentales. Dicho hospital es el primero de su tipo en América (INEGI,

2013).

Años después, ya en el siglo XIX se crean escuelas para personas con discapacidad sensorial, así como escuelas normalistas para formar a maestros especializados en este tipo de enseñanza (Sales, 2014).

Además, en 1945, varios países, entre ellos México, firmaron la carta fundacional de las Naciones Unidas que, entre otros puntos, declara que la organización promoverá el respeto a los derechos humanos y a la libertad sin hacer distinción por motivos de religión, sexo, idioma o raza. En 1950, se funda el Centro Nacional de Rehabilitación, que años más tarde se convertiría en el Instituto Nacional de Ortopedia (Sales, 2014).

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como la exteriorización funcional de las deficiencias o limitaciones físicas o mentales que al relacionarse con el contexto social producen minusvalías; estas últimas expresan el desfase entre las capacidades y potencialidades de la persona con discapacidad y las demandas del medio (INEGI, 2004). Grönvik (2007), menciona que la discapacidad no es algo que una persona tiene, sino una interacción que se presenta en algunas situaciones, esto es debido a que la discapacidad se considera como una relación entre una persona y su ambiente.

A nivel internacional, es en el siglo XIX que se dan los inicios de lo que actualmente es la Educación Especial. Asimismo, se comienza a dar tratamiento a personas con deficiencias mentales. Una de las personas más representativas de esta época, fue Édouard Seguin, quien consideraba a las personas deficientes mentales como individuos que podían mejorar a través de la educación. Trabajó con el psiquiatra Esquirol y de esta manera realizaron la primera colaboración médico-pedagógica. Además, en el año de 1866, Seguin publica el libro en el cual presenta programas para el aprendizaje de la personas con deficiencias mentales. También elaboró métodos de evaluación y diagnóstico, enfatizando en la importancia del juego y la interacción con el medio (Ortiz, 1995).

La situación en México, respecto a las personas con discapacidad no es diferente de lo mencionado hasta ahora. Las primeras instituciones que se dedicaron a la Educación Especial también comenzaron por las deficiencias sensoriales. En el año de 1861 se crea la Escuela Nacional de sordos y en el año 1870 se funda la Escuela Nacional de ciegos (Romero y García, 2013).

Sin embargo, en los siguientes años no se identifican muchos avances. En 1884, se designan cuatro departamentos del Hospicio para pobres para brindar atención a niños, ancianos y personas con deficiencia visual (Bernal y Alarcón, 2012). En 1908, se decreta la Ley de Educación Primaria y tres años después, en 1911 la Ley de Instrucción Rudimentaria. En ambas leyes se hablaba acerca de la creación de escuelas para indígenas y escuelas especiales para los niños con discapacidad (Loyo 2006, como se citó en Rayos, 2015). En el año de 1915 en Guanajuato se fundó la primera escuela para atender a los niños con deficiencia mental (Robles, s/f).

A pesar de que la Secretaría de Educación Pública se crea en el año 1921, no es sino hasta 1935 que ésta se interesa en la Educación Especial (Soriano, García, Huesca, y Rodríguez, 2007). Romero y García (2013), mencionan que en 1970 se crea la Dirección General de Educación Especial y se inicia la creación de escuelas especiales en todo el país. En la década de los ochenta, inicia el programa “Grupos integrados”. Este programa tenía como finalidad brindar atención especial a niños de los primeros años de primaria que tuvieran dificultades en el área de lectura, escritura y cálculo básico (Soriano, et al., 2007).

En los años 80 del siglo pasado, se crean programas nacionales que atienden a los diversos grupos de personas con discapacidad. Asimismo, en 1986, se crea la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, que dio paso para que, en 1994, se creara la Ley de Asistencia Social. Ambas leyes dictan que es el Estado el responsable de brindar asistencia a las personas que presenten limitaciones. Además, en 1999, México firma la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (Sales,

2014).

En el año de 1990 se llevó a cabo en Jomtien (Tailandia) la Conferencia Internacional sobre “Educación para todos”, en la cual se establece que cada uno de los habitantes del mundo cuenta con el derecho a la educación sin importar su edad o sus características sociales o físicas. Esto se puede identificar como un primer acercamiento a la educación inclusiva. Todo esto es declarado a nivel internacional, por lo tanto México lo acata (Juárez, Comboni y Garnique, 2010).

En el año de 1992 se firmó el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica. Esto representa un gran avance en México respecto a la Educación Especial, ya que a partir de ello se inicia de manera formal la integración escolar. Antes de este cambio, los servicios de Educación Especial se dividieron en dos grupos de acuerdo con las discapacidades: Servicios indispensables y Servicios complementarios. Los primeros atendían discapacidades neuromotoras, visuales, auditivas e intelectuales, en escuelas específicas por discapacidad. Los segundos, atendían problemas de conducta, aprendizaje y lenguaje (Romero y García, 2013).

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000, se incorporaron los lineamientos y objetivos establecidos por la ONU. De esta manera se propone un programa nacional con estándares internacionales. En el año 2001, se reforma la Constitución y se le agrega un párrafo en el que se prohíbe la discriminación, incluida la discriminación a personas con discapacidad. Dos años después, en el 2003, fue publicada la Ley para Prevenir y Eliminar la discriminación. Gracias a esta Ley se crea el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Sales, 2014).

En el 2005 se crea la Ley General de las Personas con Discapacidad. A partir de ésta, el Consejo Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con Discapacidad, se encarga de llevar a cabo los objetivos: promover, regular, vigilar y evaluar las estrategias y programas derivados de la misma. Seis años después, este estatuto—da paso a la Ley General para la Inclusión de las personas con Discapacidad. Por último, el 20 de mayo de 2014, en el Diario Oficial de la Federación se publica el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las

personas con Discapacidad, 2014-2018 (Sales, 2014).

Cabe mencionar que también, en el año 2006, México firmó la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y en 2007, se firma el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Sales, 2014).

Actualmente, los servicios indispensables se convirtieron en Centros de Atención Múltiple (CAM), que atienden a niños con distintas discapacidades y se les imparte la misma currícula que a los niños de escuelas regulares. Por otra parte, los servicios complementarios se convirtieron en las Unidades de Servicio de Atención a la Escuela Regular (USAER), cuya función es la de apoyar dentro de la escuela regular, para ello realiza evaluaciones psicopedagógicas, apoya a los docentes para realizar adecuaciones a los programas y orientar a las familias (Romero y García, 2013). Sin embargo, USAER en la actualidad es la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI) (Secretariado Académico del Consejo Técnico de la AFSEDF, 2014).

1.2 Clasificaciones y Estadísticas

Como se puede observar, la manera en que la discapacidad se conoce en México ha ido cambiando, por lo tanto la manera en que se categoriza a estas personas se ha transformado. En el año 1900 se buscaba el porcentaje de personas con defectos físicos y mentales, esto se mantiene de la misma manera hasta que en 1980 se mide el ausentismo escolar por invalidez, dos años después se busca el porcentaje de personas que presenten Invalidez. Es hasta 1995 que se denomina Discapacidad (INEGI, 2004).

El INEGI (s/f), clasifica las diferentes discapacidades en cuatro grupos sensoriales y de la comunicación, motrices, mentales y múltiples y otras. Estos grupos se dividen en subgrupos, los cuales a su vez enlistan las discapacidades que se encuentran dentro de dicho subgrupo.

El grupo de las discapacidades sensoriales hacen referencia a aquellas relacionadas con la visión, audición y del habla. Entre ellas se encuentran la ceguera, sordera, mudez, entre otras. Dentro del grupo de las discapacidades motrices se encuentran las limitaciones o incapacidad de movimiento, tales como las dificultades para caminar o manipular objetos. Estas discapacidades comúnmente se ayudan de algún instrumento como sillas de ruedas (INEGI, s/f).

En el grupo de las discapacidades mentales se ubican las dificultades intelectuales y conductuales que restringen el aprendizaje y la manera en que la persona se comporta, lo que a su vez complica que la persona se relacione con su entorno. Entre estas discapacidades se encuentran el autismo, los ataques epilépticos, entre otras. Y, en el grupo de las discapacidades múltiples se encuentran combinaciones de las discapacidades de los grupos anteriores (INEGI, s/f).

El INEGI (2015), informa que en México las discapacidades que más se reportan son del grupo de las motrices (dificultades para caminar) con un 64.1% y del grupo de las sensoriales (dificultades para ver incluso utilizando lentes) que abarca el 58.4%. Por otra parte, la población que más reporta tener alguna discapacidad es la de los adultos mayores, es decir a partir de los 60 años, así como los adultos, las personas de 30 a 59 años de edad. Mientras que en niños el 1.8% de la población presenta alguna discapacidad y de niñas el 1.4%. Cabe mencionar que la discapacidad que más presentan los niños es la dificultad para caminar o moverse (INEGI, 2013).

1.3 Educación Especial

Recapitulando, se puede apreciar que la manera de percibir y definir la discapacidad se ha transformado a lo largo del tiempo, por lo tanto la manera en que se aborda debió haber cambiado. Es decir, se ha ido desde el rechazo hasta la búsqueda de la integración a la sociedad de las personas que presenten alguna o varias discapacidades. En el siglo XX surge propiamente la Educación Especial, que cuenta con la participación de médicos, psicólogos y educadores (Plancarte, 2012).

En un principio la diferenciación entre la educación “normal” y la “especial”

fomentaba la segregación de los individuos con discapacidad. De esta manera la percepción de la discapacidad continuó siendo médica y se seguía considerando que estas personas debían ser atendidas apartadas del resto de la población (Arnaiz, 2003). Slee (1998 como se citó en por Arnaiz 2003), considera que la Educación Especial es la evidencia de que las escuelas no han sido capaces de ofrecer la educación adecuada para todos.

Se considera que la Educación Especial ha atravesado por cuatro etapas: de las instituciones, de la Educación Especial en centros específicos, el periodo de la integración escolar y la escuela inclusiva. Durante la primera etapa, como ya se ha mencionado, al niño con discapacidad se le consideraba enfermo por lo que la atención era de carácter médico. En la segunda etapa se puede identificar la participación de otras disciplinas aparte de la médica, tales como la psicología y la pedagogía ya que finalmente se considera que los niños con discapacidad pueden ser educados. Esto se hace mediante escuelas específicas para cada discapacidad. En la etapa de la integración, se hace énfasis en la importancia del aspecto social, por lo que las personas con NEE comienzan a tener más derechos y se busca que sean consideradas como un ciudadano más. Respecto a la etapa de la escuela inclusiva, se busca unir a la Educación Especial y a la educación regular (Grau, 1998). En las últimas dos etapas se profundizará más adelante.

Granado (2005) menciona que la definición de la Educación Especial varía dependiendo del momento histórico o el país desde los que se aborde. Sin embargo, una de las definiciones que mejor es aceptada es la que da la UNESCO en el año 1983: La Educación Especial es “una forma de educación destinada a aquellos que no alcanzan o que es improbable que alcancen, a través de las acciones educativas normales, los niveles educativos, sociales, y otros apropiados a su edad, y que tiene por objeto promover su progreso hacia esos niveles” (UNESCO, 1983 como se citó en Granado, 2005, p.2). A partir de dicha definición en adelante las definiciones hacen referencia a la integración, inclusión, apoyos, diversidad, entre otros, a su vez, se descartan las etiquetas y palabras como deficiencias, síntomas o segregación.

Entonces, los objetivos de la Educación Especial se dirigen hacia el desarrollo de: habilidades cognitivas, capacidades de comunicación (comprensión y expresión), actitudes y conductas que favorezcan la integración social, hábitos de higiene, y comportamiento. Así como la adquisición de destreza y agilidad corporal. Además, no se puede dejar fuera que busca la modificación de actitudes de la sociedad en general para posibilitar la integración de las personas con discapacidad (Arnaiz, 2003).

Por otra parte, el hecho de que los alumnos con necesidades educativas especiales sigan separados del resto sólo refuerza la segregación de dichas personas y no únicamente a nivel educativo, sino de la sociedad en general. Es por esto que dentro de la Educación Especial comienza a tomar fuerza la Educación Inclusiva, la cual se enfoca a que la educación llegue a todos sin importar sus características de salud o sociales (Arnaiz, 2003). Ballard en 1997 como se citó en Arnaiz 2003), señala como características de dicha educación: la importancia de la diversidad, que no discrimina la cultura, discapacidad o género, es decir, que no deja fuera a algún individuo.

Ya que se menciona la diversidad, vale la pena aclarar que esta palabra se refiere a que la Educación Especial no se enfoca en una población en específico como los niños con discapacidad, se busca que niños de cualquier sexo, cultura, características o religión puedan satisfacer sus necesidades y objetivos educativos (Pujolás, 2001).

Entonces, a pesar de que la Educación Especial comúnmente se relaciona en específico con la discapacidad, y aunque en sus inicios fue así, resulta indispensable señalar que actualmente las Necesidades Educativas Especiales (NEE) no se reducen sólo a este aspecto. El concepto de las NEE, introducido en el Informe Warnock, se utilizó para reemplazar la etiqueta de niños deficientes (Arnaiz, 2003). Hace referencia a “todos aquellos individuos que no se benefician, por el motivo que sea, de la enseñanza escolar” (Pujolás, 2001. p. 27). Por lo tanto este término corresponde a una situación de aprendizaje y no al estado en el que se encuentran los estudiantes (Arnaiz, 2003). Esto significa que las mismas varían de un individuo a

otro. En resumen, la Educación Especial busca que la educación sea una sola con los ajustes necesarios para dar respuesta a la gran variedad de alumnos (Aguilar, 1991, como se citó en Arnaiz, 2003).

La normalización e integración son conceptos de gran importancia dentro de la concepción de la discapacidad y por lo tanto de la manera en que ésta se aborda. Aunque a simple vista podría interpretarse que su significado es tratar a todos los individuos de manera que no se hagan distinciones, estos conceptos aluden a otorgar los recursos necesarios para que cada quien pueda tener el mejor desarrollo posible en todos los ámbitos, de acuerdo con sus necesidades particulares/individuales (Durán, Delgado y Dengra, 1995).

Arnaiz (2003) menciona que la normalización es un principio de gran importancia para la Educación Especial ya que hace referencia a la necesidad de que las personas que cuentan con alguna limitación de cualquier tipo, deben disponer del apoyo necesario para lograr llevar una vida lo más normal posible. Es decir, no busca enfatizar en las diferencias, sino que busca que estos individuos cuenten con las atenciones necesarias para incrementar sus fortalezas. Por ello, García (1988), como se citó en Arnaiz (2003) señala que no se pretende convertir a una persona deficiente en normal, sino que se debe aceptar tal cual es y ofrecerle los servicios necesarios para que se pueda desarrollar al máximo.

Cabe mencionar que en 1994 se lleva a cabo la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales en Salamanca (España). En dicha conferencia se reconoce la importancia de que todos los niños tengan acceso a la educación por lo que se habla acerca de la escolarización integradora (Alarcón, 1997). La integración se define como “un proceso dinámico y complejo mediante el que se consigue reunir a todos los alumnos con o sin necesidades especiales en un contexto educativo común” (Arnaiz, 2003, p. 62). De manera general la integración no se reduce meramente a la ubicación física de los individuos dentro de la sociedad, busca que cada quien forme parte de la misma de una manera activa. De esta forma se puede identificar el papel fundamental de la normalización, ya que

sólo otorgando las herramientas para las personas con alguna limitación es como se puede lograr la verdadera integración en todos los niveles (escolar, social y familiar).

Hegarty y Pocklington (1978, como se citó en Mojica (2012) señalan que existen tres tipos de integración: locacional, social y funcional. La primera hace referencia a los cambios que se deben hacer en las instalaciones para que el niño con discapacidad tenga acceso a la escuela; la segunda trata de que el niño interactúe con sus compañeros en actividades y momentos específicos. Por último, la integración funcional significa que la interacción se dé en todo momento dentro de la escuela.

Sin embargo, Ainscow (2004) menciona que la integración se estuvo llevando a cabo simplemente a manera de trasplante, es decir, se crearon grupos de niños con NEE que a pesar de ubicarse dentro de la escuela regular estaba en un espacio aparte. Esto conlleva a la necesidad de hacer modificaciones respecto de la integración y ésta pasa a ser inclusión educativa, cuya finalidad es la escuela para todos.

Entonces, no se realizaron los cambios necesarios en la estructura de la escuela regular para que todos los niños formaran parte de ella en todos los aspectos. Es decir, su currículum y estrategias de enseñanza, siguieron iguales por lo que la integración tuvo grandes obstáculos. Todo esto conlleva a que la concepción de las NEE se vaya transformando. De esta manera, aunque antes se consideraba al niño como el problema, ahora se identifica al sistema educativo como inconveniente, desde el ambiente que llega a ser inadecuado, hasta la actitud del personal.

Es por ello que se pasó de la integración a la escuela inclusiva, para de esta manera poder brindar una educación adecuada para todos, esto mediante la reorganización de las escuelas para así poder satisfacer las necesidades educativas de cada alumno y alumna (Ainscow, 2004).

Mojica (2012), enlista cuatro resultados de la inclusión: la presencia, participación, aceptación y éxito. Los cuales engloban desde la ubicación física de los niños con discapacidad en el salón de clases, hasta su progreso emocional, académico y

social, pasando por la actitud y bienvenida por parte de los maestros y compañeros.

1.4 Trabajo en Educación Especial

Durán, Delgado y Dengra (1995), señalan que debido a la intercausalidad de las discapacidades, éstas se deben abordar de manera interdisciplinaria. Esto es fuertemente apoyado por Romano (2012), quien destaca que son las características de las personas con discapacidad lo que propicia que se unan distintos campos de conocimiento y de esta manera inicia la Educación Especial. Es así como se vale de distintos recursos para realizar intervención social y escolar. En la actualidad dentro de la Educación Especial se toman en cuenta aspectos tanto individuales, como educativos y sociales (Plancarte y Ortega, 2012).

Entonces, dentro de la Educación Especial se pueden identificar distintas profesiones que permiten realizar investigaciones e intervenciones de manera integral. Entre las disciplinas que la conforman se encuentran: psicología, medicina, sociología, ingeniería, psiquiatría y pedagogía. Estos campos de estudio se unen para ofrecer una educación completa y así lograr la integración plena de las personas con discapacidad (Romano, 2012).

Todo lo anterior permite dar cuenta de la evolución que ha tenido la Educación Especial, ya que en sus inicios las discapacidades eran atendidas exclusivamente por la medicina y sus ramas. En cambio, en la actualidad es un campo multidisciplinar en el cual participan las ciencias médico-biológicas, psicológicas y de la educación. Cada una hace aportaciones de suma importancia para lograr sus objetivos (Plancarte, 2012).

Para entender mejor la importancia de la interdisciplina, Durán, Delgado y Dengra (1995), enlistan tres ámbitos en los que se puede identificar: concepción actual de la discapacidad, multicausalidad y los niveles de intervención en la discapacidad. Ya que estos últimos abarcan desde la prevención hasta la intervención, pasando por la detección y la evaluación.

Los mismos autores mencionan que las funciones del psicólogo dentro de la Educación Especial son la exploración, el diagnóstico y evaluación, así como la implementación de programas de intervención psicosocial. Por su parte, el médico se encarga de tratamientos preventivos y médico-asistenciales, el fisioterapeuta realiza ejercicios para la habilitación física. Mientras que el trabajador social da seguimiento a las intervenciones, así como en fomentar grupos de autoayuda dirigidos a la familia. Por último, los educadores diseñan y llevan a cabo actividades dirigidas al contexto de vida cotidiana.

1.5 El psicólogo dentro de la Educación Especial

Ribes (1980) enlista como actividades del psicólogo, en general: la observación, definición de variables elaboración de reportes, programación de variables, dar instrucciones, saber interactuar con los demás en todo tipo de situaciones, análisis de datos, la evaluación, aplicación de técnicas entre otras.

Respecto del papel del psicólogo dentro de la Educación Especial, Plancarte y Ortega (2012) mencionan que es el de la detección y evaluación de los factores relacionados con el retardo en el desarrollo

Dentro de la Educación Especial se identifica una fuerte participación del modelo conductual por parte de la psicología. Esto es debido a que los principios de la misma se han mostrado eficaces en esta área. Macotela (1990), señala que las aportaciones del modelo conductual, específicamente de Skinner (uno de sus principales representantes), son en cuanto al tratamiento y al diagnóstico.

Entonces, debido a que en el enfoque conductual se parte de que las conductas tanto adecuadas como inadecuadas son aprendidas, dentro de la educación especial esto se aplica de manera que las conductas no deseadas disminuyan y las conductas que favorezcan superar las limitaciones, incrementen (Macotela, 1990).

Acerca del diagnóstico, Macotela (1990) menciona que la teoría conductual contribuyó con la observación directa, listas cotejables e inventarios. También, para

las llamadas deficiencias mentales la evaluación se hace mediante análisis de tareas y medidas con referencia al criterio. Además, la evaluación conductual permite dar un diagnóstico funcional, esto significa que se hace énfasis en el análisis de las conductas específicas y las variables relacionadas con las mismas. De esta manera se pueden manipular las variables antecedentes o las que suceden a la respuesta y así modificar las respuestas.

La teoría conductual ofrece distintas técnicas tales como la economía de fichas, el uso de secuencias y objetivos instruccionales, los contratos conductuales, el modelamiento o imitación, entre otras. Además de contar con técnicas cognitivas conductuales como las auto-instrucciones, el automonitoreo y el auto-reforzamiento (Macotela, 1990).

De esta manera, el tratamiento conductual ha favorecido a los niños con NEE ya que les permite ser autosuficientes en sus requerimientos personales, además de cubrir con requerimientos escolares y adaptarse de manera social (Macotela, 1990).

Por último, respecto de las aportaciones del conductismo y en específico de Skinner, cabe mencionar que dio paso a la aproximación ecológica actual. Esta aproximación busca no dejar de lado que el individuo se encuentra dentro de una sociedad y que éste juega un papel en cuanto al desarrollo de los individuos, además de buscar la abolición de las etiquetas y categorías para así evitar la estigmatización social (Macotela, 1990).

Como se pudo observar a lo largo de este capítulo, la Educación Especial es una interdisciplina de gran importancia que debió atravesar cambios significativos. Y a pesar de ello aún siguen siendo necesarias ciertas modificaciones para que se logre realmente la escuela para todos. Además, vale la pena insistir en la importancia del trabajo multidisciplinar dentro de la misma, en el cual el psicólogo ocupa un papel de suma importancia.

En el siguiente capítulo se profundiza en el tema del autismo y la manera en que la Educación Especial lo aborda para llevar a cabo la inclusión educativa.

Capítulo 2: Autismo

En este capítulo se abordará el tema del autismo: antecedentes, definición (desde diferentes perspectivas), características e intervención. Para así comprender la evolución que el término ha tenido desde sus primeros usos, hasta llegar a las definiciones actuales y la manera en que es estudiado y las intervenciones. De esta forma este capítulo, en conjunto con el anterior, fundamentan las sugerencias que se harán en el tercer capítulo.

2.1 Antecedentes

Es probable que el autismo siempre haya existido. Sin embargo, hasta poco antes de mediados del siglo pasado se comenzó a estudiar de manera independiente de otros trastornos. En la antigüedad se mencionaba la presencia de niños con comportamientos peculiares, que se alejaban de todos. Incluso, había cuentos acerca de que habían sido dejados por brujas después de robarse un bebé humano (Wing, 2011).

En 1912 el psiquiatra suizo Bleuler fue el primero en utilizar el término “Autismo” para referirse a pacientes pediátricos con esquizofrenia (Bravo, Vázquez, Cuello, Calderón, Hernández y Esmer, 2012). Bleuler describe el autismo como la constitución de un mundo cerrado, separado de la realidad exterior y la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás. Es decir, la vida interna adquiere una predominancia morbosa. El psiquiatra Eugène Minkowski, definió el autismo como la pérdida del contacto de *Élan Vital* (impulso o fuerza vital) con la realidad. Sin embargo, Minkowski también consideró el autismo como parte de la esquizofrenia. Ambos autores consideraban el autismo como una característica que se daba en los adolescentes y jóvenes adultos (Garrabé de Lara, 2012).

En el año de 1943, los médicos Kanner y Asperger, de manera independiente, utilizaron el término para referirse a pacientes con problemas en la comunicación (Bravo, *et al.*, 2012).

2.2 Definición y características

Leo Kanner en 1943 analizó once casos de niños que presentaban características como la inmovilidad del comportamiento, la soledad y un retraso en la adquisición del lenguaje o ausencia del mismo (Garrábe de Lara, 2012).

Entonces, Leo Kanner publicó el primer artículo sobre el autismo en el cual describe a ocho niños y tres niñas que presentan una serie de características en común. En el mismo señala frases con las que los padres describen a sus hijos, tales como “es más feliz cuando se lo deja solo” y “comportándose como si la gente no estuviera presente”. Respecto a las características de estos once niños Kanner menciona las alteraciones del lenguaje ya que aunque ocho de los once niños presentaban lenguaje verbal éste no era de carácter comunicativo. Su lenguaje se caracterizaba por ser memorístico y repetitivo, asimismo estaba presente la ecolalia tanto inmediata como demorada. A su vez, refiere como rasgo un deseo obsesivo y ansioso de mantener la invariabilidad, es decir, la no tolerancia al cambio de rutina (Cuxart, 2000).

Entonces, Kanner identificó cuatro características que definirían el trastorno:

- Incapacidad para relacionarse con las personas. Kanner denominó esto como “una extrema soledad autista”.
- Dificultades en el desarrollo del lenguaje y la comunicación.
- Resistencia al cambio. Es decir, la necesidad de que las cosas permanezcan de la misma manera.
- El trastorno se hace evidente desde edades pequeñas (antes de los primeros tres años de vida) (Murillo, 2013.)

Kanner consideraba que la causa del autismo. Él cuestiona acerca de la posible relación entre el autismo y que los padres de estos niños fueran muy poco cariñosos y afectivos. Esto debido a que de los once niños, la mayoría tenía padres que estaban más interesados en las ciencias y las artes, además de no ser cariñosos con sus hijos. Cabe mencionar que esta época, había una gran predominancia de la

corriente psicoanalítica tanto en Alemania como en Estados Unidos, así, partiendo desde esta perspectiva, se relaciona de manera directa el autismo con la frialdad de los padres e incluso se comenzó a utilizar el término de “madres nevera”. Entonces, autores como Bruno Bettelheim afirmaban que el autismo era un mecanismo de defensa de los niños ante el entorno hostil en el que vivían con sus padres. De esta manera, surgen tratamientos que se centran en la relación padres-hijo que además de durar varios años, mostraban escasos resultados. Otra manera en que se trataban los casos de autismo, siguiendo la creencia de que eran los padres los responsables, era separando a los niños de sus familias. Se les llevaba a instituciones donde eran atendidos, mientras que los padres se sometían a terapia (Amodia y Andrés, 2006; Bautista, *et al.*, 2008; Cuxart, 2000, Murillo, 2013).

Desde 1943 y hasta principios de la década de 1960, se consideraba que el autismo era un trastorno de tipo psicológico, por lo que el tratamiento estaba enfocado especialmente en terapia psicoanalítica. Esto debido a que como ya se mencionó, se consideraba que la relación padres-hijo, especialmente el vínculo madre-hijo, estaba estrechamente relacionado con el autismo (Amodia y Andrés, 2006). El hecho de que el tratamiento psicoanalítico fuera el que trataba principalmente a los niños con autismo y sus familias, hacía que se pensara que los niños de familias de nivel socioeconómico alto eran quienes presentaban este trastorno, esto debido a que esta terapia era costosa (Boucher, 2009).

Aunque Kanner, fue el primer médico en estudiar el autismo y separarlo de la esquizofrenia, no fue el único en abordarlo. En 1944, el también médico vienés, Hans Asperger, realizó un estudio con niños que presentaban características similares, la diferencia era que estos niños sí presentaban lenguaje y tenían una mayor capacidad cognitiva. Sin embargo, el trabajo de Asperger no fue tan reconocido como el de Kanner, esto debido a que fue publicado en alemán durante la Segunda Guerra Mundial, mientras que Kanner ejerció en Estados Unidos y sus publicaciones eran en inglés. Los niños estudiados por Asperger fueron clasificados como niños con Síndrome de Asperger. A diferencia de Kanner, Asperger se inclinaba hacia el estudio de factores genéticos, más que de otra naturaleza (Amodia

y Andrés, 2006; Cuxart, 2000; Muñoz, 2011; Garrabé de Lara, 2012).

Cabe mencionar que en el año 1952, en el Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders-1 (DSM-I), a pesar de que ya se había descrito el autismo como un trastorno específico, se describe aún como parte de la esquizofrenia. Por lo tanto, los niños de características descritas en el autismo eran diagnosticados como "reacción esquizofrénica de tipo infantil" (Artigas-Pallares y Paula, 2012). Kolvin (1971) realizó un estudio en el que diferencia al autismo de la esquizofrenia debido a sus características clínicas, la evolución y la historia familiar (Murillo, 2013).

En la publicación del DSM-III en 1980 se incluyó la categoría de Pervasive Developmental Disorders (PDDs), en español Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y sus criterios de diagnóstico en vez de psicosis infantil como se había hecho antes. Después, en el DSM-IV-TR, así como en la décima edición de la International Classification of Diseases (ICD-10) se incluyeron cinco formas de PDDs: Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (Bravo, et al., 2012).

En la actualidad y debido a la evolución de los conceptos de Autismo y Síndrome de Asperger, se les denomina un conjunto de síntomas ya que resulta complicado categorizarlos. Es por esto que el DSM-V sustituye la denominación de Trastorno Generalizado del Desarrollo utilizado en el DSM-IV por el término Trastornos del Espectro Autista (TEA). Asimismo, excluye de este grupo al síndrome de Rett y deja de diferenciar entre el Síndrome de Asperger, el Trastorno Degenerativo Infantil y el Trastorno Autista no Especificado, por lo que todos estos quedan englobados en TEA (Martínez, Ibáñez, Ceán, Domingo, Alarcón, et al., 2017).

Estos mismos autores señalan que los TEA provienen de una base biológica que presenta alteraciones en el área de la interacción y comunicación social y en la presencia de patrones restrictivos y repetitivos en cuanto a la conducta e intereses.

Bravo, et al. (2012), describen el autismo como un desorden originado durante el periodo prenatal que es causado por anomalías en la formación y el funcionamiento de circuitos neuronales. Respecto a las características señalan las

deficiencias en la capacidad de interacción social recíproca, deficiencias en la comunicación verbal y no verbal, intereses considerados fuera de lo normal y patrones de conducta repetitivos y restrictivos. Martínez, *et al.* (2017) mencionan que los síntomas aparecen desde la primera infancia y entre ellos destacan el déficit en la comunicación e interacción social, patrones de conducta, intereses y actividades restrictivas, estereotipadas y repetidas, hipoactividad e hiperactividad a estímulos sensoriales.

2.3 Etiología

Aunque en un principio el autismo fue abordado casi exclusivamente por el psicoanálisis y como ya se mencionó, éste atribuía sus causas a la relación entre padres e hijos, esta no ha sido la única teoría que se ha usado para explicarlo. Murillo (2013) menciona que Rutter y Lockyer, en 1967, identificaron bases neurobiológicas que asocian el autismo con la epilepsia y la discapacidad intelectual. Además, cerca de estos años, se comienza también a estudiar a nivel cognitivo, así se identifica la existencia de déficits sensoriales y perceptivos. Entonces, se señala que las personas con autismo presentan dificultades en los procesos de atención, percepción y respuesta a los estímulos externos y es por esto que se dan los patrones peculiares de exploración sensorial, así como las respuestas inusuales a los estímulos.

El mismo autor señala que a todo esto va muy de cerca lo que se conoce como la teoría de la mente; que es la capacidad que tienen las personas para identificar los sentimientos y pensamientos de los demás y así poder anticipar la manera en que posiblemente reaccionen. Es aquí que se puede identificar que los niños con autismo presentan un déficit, de esta manera se da una explicación a algunas de las limitaciones sociales de estas personas, aunque otra teoría señala que las personas con autismo tienen un procesamiento de la información y de los estímulos distinto al de las personas que han tenido un desarrollo considerado típico. Las personas que no tienen autismo procesan la información que reciben del entorno de manera global, en cambio las personas que sí lo tienen suelen centrar su atención en los

detalles. Se considera que es por todo lo anterior que las personas con autismo presentan dificultades sociales (Murillo, 2013).

En la actualidad se tiene claro que el autismo deriva de una alteración genética. Sin embargo, aún no se conoce de manera específica la base biológica, pero se vincula con un desajuste orgánico que tiene como resultado una falla en las funciones del sistema nervioso central. Respecto a la genética, por el momento no se han identificado los mecanismos de transmisión, no obstante, las investigaciones realizadas muestran una alta concordancia de autismo en gemelos monocigotos. Asimismo, la posibilidad de que se dé el autismo en un niño aumenta si éste tiene familiares cercanos que lo presenten. También, cabe mencionar que en la mayoría de los casos el autismo se encuentra en varones (Amodia y Andrés, 2006). Estudios han encontrado relación entre el trastorno y la alteración de ciertos genes en los cromosomas: 2q, 7q y 17q, En el cromosoma 17q se identifica el gen SLC6A4; en el cromosoma 2q el gen es SLC25A12 y por último en el cromosoma 7q el RELN (Álvarez y Camacho, 2010)

En lo que respecta a México, Toche (2016), en el periódico El Economista, menciona que se encuentran 400,000 niños con TEA, esto representa al 1% de los niños en el país. Es decir, uno de cada 115 niños del país tendría autismo.

Por su cuenta, Bautista, Sifuentes, Jiménez, Avelar y Miranda (2008) mencionan que algunos autores afirman que el autismo se debe a algún trastorno o disfunción cerebral y aunque no se puede identificar con claridad la causa específica, se considera que se puede deber a factores biogenéticos u orgánicos tales como la deficiencia de neurotransmisores (Bautista, et al., 2008).

Dioses, Salas y Guevara (2014) mencionan que en la actualidad existen al menos cinco teorías neurocognitivas que intentan explicar el autismo: ceguera mental, disfunción ejecutiva, empatía-sistematización, cerebro masculino-extremo y coherencia cerebral débil. González y del Río (2015), describen cada una de la siguiente manera:

- Ceguera mental: también es conocida como teoría de la mente. Sugiere que para los niños con TEA resulta complicado atribuir estados mentales a sí mismos y a los demás. Esto dificulta que puedan identificar lo que las personas sientan o piensen.
- Coherencia cerebral débil: explica que las personas con TEA suelen enfocar su atención a los detalles más que a la información global que se les presenta.
- Disfunción ejecutiva: hace referencia a la incapacidad de estas personas para predecir, planificar y anticipar, además de otras actividades relacionadas con los lóbulos frontales y prefrontales, como la autorregulación, la atención, la flexibilidad de pensamiento y la inhibición de conductas.
- Empatía-Sistematización: hace énfasis en las limitantes que presentan estas personas en el área de socialización; y, a su vez las habilidades que presentan con frecuencia en cuanto a la organización y clasificación.
- Cerebro masculino extremo: señala la diferencia entre los hombres y mujeres diagnosticados con autismo. Las mujeres tienen un mejor resultado en los estudios sobre empatía y los hombres en las que implican sistematización.

2.4 Diagnóstico y evaluación

Como se puede notar, a pesar de que el concepto del autismo ha tenido una gran evolución, respecto a las características que lo definen no ha habido mucho cambio. Lorna Wing y Judith Gould en el año de 1979 definen tres déficits característicos: déficit en la interacción social recíproca, en la comunicación y en la imaginación. Sin embargo, estas deficiencias se pueden identificar en otros trastornos del desarrollo, por lo que se le deja de considerar como una serie de síntomas y se le describe como un *continuo* o *espectro*. De esta manera los síntomas pueden estar presentes en mayor o menor medida dependiendo del caso y es así como surge la denominación de trastornos del Espectro del Autismo (TEA). Además de lo ya mencionado, otro factor importante para que se cree la denominación de TEA fue el Síndrome de Asperger (SA), al que se le considera como una categoría independiente ya que a pesar de que las características eran casi las mismas, estos

niños contaban con una buena competencia verbal (Murillo, 2013).

Diferenciar el autismo del Síndrome de Asperger (SA) resulta complicado, ya que incluso existe un debate acerca de si son dos diagnósticos diferentes o no. Una de las diferencias que se identifican es que las personas con SA no presentan dificultades en cuanto a la comunicación verbal, es decir, muestran un lenguaje muy completo e incluso puede llegar a parecer rebuscado y complejo. Además, presentan una inteligencia que se encuentra dentro de la normal y en ocasiones sobresalen en algún área como la música o el cálculo (Amodia y Andrés, 2006).

No obstante, para que se dé un diagnóstico certero del autismo, no se debe sólo diferenciar del SA, también se deben identificar las características del Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo de la infancia y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

El Síndrome de Rett se caracteriza por presentarse exclusivamente en niñas que en un inicio muestran un desarrollo normal pero van perdiendo habilidades de motricidad ya adquiridas, los movimientos comienzan a ser poco coordinados, además, se comienzan a observar movimientos de manos, conocidos como retorcimientos, que son representativos del síndrome (Amodia y Andrés, 2006; Cuxart, 2000).

Respecto al Trastorno Desintegrativo de la Infancia, los niños tienen un desarrollo normal los primeros dos años, pero antes de los 10 años de edad van perdiendo habilidades ya adquiridas. Para que se dé el diagnóstico de este trastorno se deben ver afectadas al menos dos de las siguientes áreas: competencias adaptativas y sociales, lenguaje expresivo y receptivo, juego, habilidad motora y control de esfínteres (Amodia y Andrés, 2006; Cuxart, 2000).

Por último, Amodia y Andrés (2006), mencionan que en el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado se encuentran los casos de niños que no cumplen los criterios necesarios para el diagnóstico de alguno de los trastornos descritos hasta ahora, además de no presentar todas las características del autismo.

Debido a que los bebés con autismo en apariencia lucen “normales”, el diagnóstico del trastorno puede ser complicado además de tardío ya que los padres atribuyen las características y conductas del niño a “su forma de ser”. De esta manera, el diagnóstico se suele dar hasta pasados los primeros 18 meses de vida; durante el primer año sólo en uno de cada cuatro casos aparecen anomalías. Entre éstas destacan el poco interés por el juego, pasividad, realizar conductas repetitivas como mecerse, no hacer caso cuando se le llama (podrían incluso parecer sordos), no emitir palabras (ni balbuceo), no sonreír, no realizar ni responder a gestos (señalar, saludar o despedir con la mano) entre otros (Amodia y Andrés, 2006; Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad, y Téllez, 2010).

Además de la presencia de estas características, resulta necesario el criterio temporal para el diagnóstico del autismo, entonces, todo lo descrito debe identificarse en los primeros tres años de edad. También, se debe observar una alteración significativa en al menos una de las siguientes áreas: lenguaje utilizado para la comunicación social, juego simbólico o imaginativo y la interacción social. Este criterio temporal es fundamental para diferenciar el autismo del Trastorno Desintegrativo de la Infancia (Cuxart, 2000).

Para que se pueda llevar a cabo el diagnóstico se requiere de una evaluación integral en la que se parta desde el ámbito médico. Amodia y Andrés (2006) mencionan que se estudia la historia familiar, el expediente del niño desde su nacimiento y sus características anatómicas para descartar otros problemas como la sordera. Después de esto se realiza la evaluación psicopedagógica para la cual se utilizan la observación, así como diversos instrumentos, por ejemplo:

- La Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R): La responden los padres y ofrece una extensa cantidad de datos acerca de la conducta pasada y actual del niño.
- La Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS): Se utiliza para el diagnóstico de niños mayores a dos años, además de proporcionar una categorización de no autista, moderado y severo.

- La Escala de Observación Diagnóstica del Autismo-Genérica (ADOS-G): Evalúa cuatro áreas con actividades dirigidas por el moderador: interacción social recíproca, conducta estereotipada, juego y comunicación.

Por otra parte, Dioses, Salas y Guevara (2014) agregan evaluación neuropediátrica, neuropsicológica, integración sensorial, comunicación y lenguaje, audiológica, otorrinolaringológica, motricidad orofacial, psicomotricidad y adaptación y aprendizaje escolar. También mencionan la Escala Guilliam para el Trastorno de Asperger y las listas para la verificación del autismo: CHAT (CHecklist for Autism in Toddlers), M-CHAT y Q-CHAT, los cuales son listas de preguntas que los padres responden acerca del comportamiento del niño. Es decir, su manera de jugar, de relacionarse con quienes le rodean y cómo reacciona ante el cambio. Cabe mencionar que van acompañados de una entrevista con preguntas más específicas para tener una evaluación a mayor profundidad (Robins, Fein y Barton, 2009).

González, Rivera y Domínguez (2016), señalan que hay algunos cuestionarios que funcionan como guías para poder dar paso a una evaluación para autismo, mencionan en específico el Cuestionario de detección de riesgos de autismo, que mediante unas cuantas preguntas acerca del comportamiento del niño que se responden con un sí o un no, puede ayudar a que los padres se decidan a buscar una evaluación completa para llegar al diagnóstico.

Además de todo lo anterior, para la evaluación de la conducta del niño, Arnaiz y Zamora (2013) indican que como complemento para las pruebas se pueden utilizar videos aportados por la familia, en los que se muestre al niño en contextos naturales, para así identificar la manera en que se relaciona con su familia y con las demás personas, incluidos niños de su edad.

2.5 Intervención

En la actualidad para llevar a cabo las intervenciones con niños con autismo se toma muy en cuenta a la persona, su nivel evolutivo, sus competencias, motivaciones, necesidades y su manera de percibir las cosas. Es decir, el énfasis se coloca en la persona y no tanto en sus conductas. De esta manera, la mayor meta de la

educación es la máxima calidad de vida, por lo que la intervención será más fructífera si se realiza de manera personalizada (Frontera, 2013).

Dado que el autismo es un espectro, cada persona tiene características específicas y es por esto que se habla de la importancia de una atención lo más personalizada posible. Entonces, no hay algún programa que se pueda aplicar tal cual a todas las personas con autismo. Frontera (2013) menciona que para que se logre una intervención realmente efectiva es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Individualizar: Como ya se mencionó, tomar en cuenta las características personales de cada niño.
- Establecimiento de una relación positiva: El profesional se debe mostrar empático y respetuoso con el niño.
- Estructurar el entorno: Para trabajar con personas con autismo resulta muy positivo que se tengan rutinas diarias, horarios establecidos y organización de los materiales de trabajo de manera que haya un entorno predecible, es decir, que todo esté organizado y planeado para que sea posible comprender las relaciones entre la conducta y la contingencia.
- Asegurar la comprensión: Para lograr esto es necesario trabajar en un ambiente sin distracción, dirigir las indicaciones a él. Una herramienta útil es el apoyo de materiales visuales.
- Aprendizaje sin error: Esto debido a que los errores desconciertan a los niños con autismo y responden de manera negativa. Para esto funciona la estructuración y división de las tareas.
- Motivar con los intereses específicos: Los niños con autismo suelen tener intereses restrictivos, por lo que una vez que se identifican se pueden utilizar para el reforzamiento de las conductas deseadas.
- Asegurar aprendizajes funcionales y generalizados.
- Adaptar el contexto escolar: Para ello resulta de gran utilidad contar con una persona de apoyo que trabaje con el niño. Además de mantener bien informada de la situación a toda la comunidad escolar.

- Promover la participación de la familia al momento de la evaluación, de la planeación y procurar que la intervención sea llevada a cabo en casa.
- Promover la inclusión social: Realizar intervenciones en contextos naturales.
- Bautista et al. (2008) señalan que desde la década de los años 70 del siglo pasado, para el tratamiento se puede notar una fuerte presencia de la modificación de conducta ya que es de gran utilidad para enseñar las habilidades escolares y de la vida cotidiana. Esto es debido a que la modificación conductual tiene distintas características que la vuelven efectiva y útil. Dichas características son:
 - Evaluación. Para identificar las habilidades y conductas con las que el individuo cuenta y las que se han de trabajar, así como la manera en que se relaciona con el ambiente.
 - Definición de problemas. De esta manera queda claro el punto de inicio para así ir midiendo los avances que se logren.
 - De acuerdo al caso se elaboran los objetivos y la manera en que se realizará la intervención, se modifica el ambiente y las variables para que se logre modificar la conducta.
 - Definiciones operacionales. De esta manera se describe toda la intervención a gran detalle para que otros profesionales puedan enterarse y replicarla.
 - Se puede involucrar a otros profesionales (como maestros), administrativos y a los padres.
 - Se basa en gran medida en técnicas que surgen de investigaciones científicas objetivas.

Estos mismos autores señalan que las técnicas conductuales han demostrado su eficiencia para incrementar comportamientos deseados como el contacto visual, la comunicación, entre otros; así como para disminuir los no deseados, como las autolesiones. Una parte fundamental que no se debe tomar a la ligera, es que el tratamiento conductual se suele dar en instituciones específicas, en ambientes controlados donde se modifican las variables para que se vaya adquiriendo la

conducta, sin embargo, dicha conducta puede disminuir o incluso desaparecer en escenarios distintos (naturales). Entonces, una limitante de estas técnicas es la falta de generalización, así como que al momento de la intervención, el profesional no esté lo suficiente capacitado para lograrla. Es por esto que Guevara, Ortega y Plancarte (2001), mencionan la importancia de que los padres participen de forma activa en el tratamiento conductual del niño con autismo. De esta manera, los padres se vuelven coterapeutas y pueden fomentar las conductas deseadas en casa.

Hasta hace algunos años se buscaba modificar las conductas disruptivas que suelen ser comunes en los niños con autismo mediante técnicas disciplinarias, en la actualidad se ha reconocido que dichas conductas no deben ser tratadas de esa manera ya que no se presentan de manera deliberada, incluso se hipotetiza que son una forma en que el niño puede expresar su disgusto o intolerancia hacia cierto estímulo o situación. Por lo que resulta necesario primero analizar la conducta y así se podrá decidir la manera en que puede modificar o reemplazar (Frontera, 2013).

2.6 Intervención en el TEA

Mulas, *et al.* (2010) mencionan la importancia de que el tratamiento se inicie lo antes posible incluso antes de que se haga el diagnóstico definitivo. Además de esto, identifican distintas características que debe cubrir un buen programa de intervención, algunas son: que la intervención sea intensiva (mayor cantidad de horas posibles), que sea individual, interacciones con niños de la misma edad, inclusión de la familia, evaluación continua, estrategias para la generalización y que abarque las áreas de comunicación, habilidades sociales, habilidades adaptativas que fomenten la independencia, reducción de conductas disruptivas, habilidades cognitivas, habilidades académicas y funciones ejecutivas (anticipación, autocorrección).

A continuación se enlistan distintas intervenciones para el autismo. Primero en la Tabla 1 y más adelante se describe cada una de ellas.

Tabla 1. Tipos de intervenciones para niños con TEA

Tipo de intervención	Ejemplos
1.- Psicodinámicas	<ul style="list-style-type: none"> ● Holding therapy ● Gentle teaching ● Pheraplay
2.- Biomédicas	<ul style="list-style-type: none"> ● Farmacológica ● Medicina complementaria
3.- Psicoeducativas	<p>A su vez se dividen en cinco grupos:</p> <p>a) Intervenciones Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Análisis Conductual Aplicado (ABA por su siglas en inglés). ● Programa Lovaas <p>b) Intervenciones Evolutivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Floor Time (Tiempo de suelo) ● Responsive Teaching (RT) (Enseñanza Responsiva) ● Relationship Development Intervention (RDI) (Intervención del Desarrollo de Relación) <p>c) Intervenciones Basadas en Terapias</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (The Picture Exchange Communication System PECS)

- Enseñar a los niños con autismo a comprender a los demás
- Mind reading, the interactive guide to emotions
- En la mente: un soporte gráfico para el entrenamiento de las habilidades pragmáticas en niños
- Reglas sociales
- Programa de Comunicación Total. Habla signada para niños no verbales de Benson Schaeffer et al.
- Historias sociales
- Entrenamiento en comunicación funcional (FCT)
- Intervenciones sensoriomotoras
- d) Intervenciones Basadas en la familia
- Programa PBS
- Programa Hanen
- e) Intervenciones Combinadas
- Modelo SCERTS
- Modelo TEACCH
- Modelo Denver
- Modelo LEAP

Elaboración propia a partir de los textos de: Frontera, 2013; Mulas, et al., 2010;

Roberts y Prior, 2006; Saldaña y Moreno, 2012; Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández, 2012)

A continuación y con base en los mismos autores, se explica cada una de las intervenciones.:

1.- Intervención Psicodinámica: En la actualidad no es muy utilizada. Se basa en la teoría de que el autismo es el resultado de una relación distante entre padres e hijo. Las intervenciones derivadas de esta perspectiva no han mostrado resultados consistentes, sin embargo se mencionan porque a principios del siglo pasado eran la principal forma de intervención para los niños con autismo.

- **Holding Therapy:** Consiste en abrazar al niño hasta que acepte ser confortado.
- **Gentle teaching:** Busca crear lazos e interdependencia entre el niño y su terapeuta mediante el respeto y la empatía.
- **Pheraplay:** Se le presentan al niño diversos estímulos que le permitan sobrellevar sus dificultades sensoriales.

2.- Intervenciones Biomédicas: Mediante medicamentos o modificaciones en la dieta se busca curar el autismo. Sin embargo no se tiene evidencia científica de su efectividad.

- **Medicamentos:** No existen medicamentos para el autismo, aunque se utilizan fármacos para las complicaciones que con frecuencia se relacionan con este trastorno, como la epilepsia o los trastornos del sueño.
- **Medicina complementaria y alternativa:** Dieta libre de gluten o caseína, tratamientos antimicóticos, entre otros.

3.- Intervenciones Psicoeducativas: Se aplican para ayudar al niño a desarrollar las habilidades necesarias para recibir educación, tales como el seguimiento de instrucciones, la imitación y las habilidades sociales. Estas intervenciones a su vez

se dividen en cinco grupos.

a) Intervenciones conductuales: Se utilizan para que los niños aprendan nuevos comportamientos y habilidades. Utiliza técnicas conductuales estructuradas.

- **Análisis Conductual Aplicado (ABA por sus siglas en inglés):** Se basa en la utilización de reforzamientos positivos para incrementar las conductas deseadas y extinguir las conductas no deseadas eliminando los refuerzos positivos (otorgar algo que el niño disfrute o quiera). El ABA se caracteriza por el establecimiento de objetivos precisos y procedimientos los más claros posibles. Las estrategias más utilizadas son: moldeamiento, desvanecimiento y encadenamiento.
- **Programa Lovaas:** Se vale del Análisis Conductual Aplicado y sus técnicas. Es un programa exhaustivo que se realiza durante la mayor cantidad posible de horas a la semana. Se lleva a cabo en un entorno muy controlado y busca mejorar habilidades como la imitación, discriminación, seguimiento de instrucciones y la atención.
- **b) Intervenciones evolutivas:** Buscan fomentar las relaciones positivas y significativas con las demás personas. Se valen de técnicas sociales y de comunicación
- **Floor Time (tiempo de suelo):** Se hacen interacciones poco estimulantes para el niño, el adulto se deja guiar por el niño buscando que así, éste quiera “involucrarse más con el mundo”.
- **Responsive Teaching (RT) (Enseñanza Responsiva):** Busca que los padres tengan una interacción más responsiva con su hijo, a quienes se les para trabajar con el desarrollo socio-emotivo.
- **Relationship Development Intervention (RDI) (Intervención del Desarrollo de Relaciones):** Pretende lograr el interés del niño con autismo para relacionarse de manera social.

c) Intervenciones basadas en terapias: Se centran en el desarrollo de Habilidades Sociales, comunicación y desarrollo sensoriomotor.

- **Comunicación mediante imágenes (PECS):** Con este programa los niños pueden expresar sus deseos o necesidades mediante el intercambio de imágenes. Se instiga al niño para que tome la imagen del objeto deseado y se la entregue al terapeuta. Un punto muy importante es que es el niño quien debe tomar la iniciativa, no se le debe preguntar qué quiere hasta más adelante. Se utilizan técnicas conductuales como instigación anticipada, encadenamiento hacia atrás, moldeamiento, instigación demorada, y desvanecimiento de instigadores físicos. Este programa está estructurado en seis fases: la primera es el intercambio físico, la segunda es el desarrollo de espontaneidad en el intercambio, la tercera es la discriminación de fotografías, la fase cuatro es la estructura de la oración, en la quinta fase se busca la respuesta a la pregunta “¿qué quieres?” y en la última fase se trabaja en la respuesta y el comentario espontáneo.
- **Enseñar a los niños con autismo a comprender a los demás:** Se busca que los niños aprendan a reconocer las emociones básicas en los demás. Se divide en cinco niveles, en el primero se utilizan fotografías para el reconocimiento de la expresión facial en las emociones básica, en el segundo nivel se busca el reconocimiento de emociones en dibujos esquemáticos, en el nivel tres se presentan dibujos de situaciones cotidianas y se pide al niño que identifique cómo se podría sentir la persona dentro de la circunstancia planteada, en el nivel cuatro similar al nivel anterior el niño debe identificar la emoción de la persona de acuerdo a si sus deseos se han cumplido o no y por último en el quinto nivel el niño identifica la emoción de la persona aunque tal vez no corresponda con la realidad, es decir reconocer que la emoción se puede basar en la opinión de la persona.
- **Mind reading, the interactive guide to emotions (Lectura de mente, la guía interactiva para las emociones):** Es un material multimedia que utiliza

un CD o DVD. En él se encuentran actividades que fomentan la identificación de las emociones en las personas.

- **En la mente: un soporte gráfico para el entrenamiento de las habilidades pragmáticas en niños:** Consta de dos libros en lo que las actividades buscan ayudar con la identificación de diferentes emociones, situaciones, perspectivas, predecir la conducta de los demás, entre otros temas. Todo esto mediante apoyos visuales. Este programa no está dirigido de manera exclusiva a niños con TEA. también es de gran apoyo/ayuda para otros trastornos relacionados con el lenguaje. Cabe mencionar que los autores hacen especial énfasis en la relación del lenguaje con la comprensión de las emociones y su expresión tanto verbal como la no verbal (expresiones faciales). Entonces, con el material visual de apoyo se busca que el niño pueda comprender lo que hay *en la mente* tanto propia como la de quien le rodea. En otras palabras el objetivo de este programa es que el niño logre identificar las emociones básicas, reconocer las causas y aprender a distinguir entre situaciones reales y cuando se trata de una broma o engaño. Y, por último, que el niño pueda aplicar todo lo aprendido en el programa (Monfort y Monfort, 2001.)
- **Reglas sociales:** Se utiliza una lista de reglas a seguir para que el niño las pueda identificar fácilmente y en caso de romper alguna se le puede señalar la regla apropiada.
- **Lenguaje de signos:** Pretende que los niños no verbales se expresen mediante las palabras y los signos ya que el niño se comunica con signos y el adulto le responde con signos y de manera verbal simultáneamente. No se trata de que el niño imite signos para comunicarse, se pretende que sean signos espontáneos que el niño elija. Se trata de un aprendizaje sin error. Para realizar esto es necesario identificar un objeto del interés del niño, al serle retirado el mismo el terapeuta instiga al niño a realizar el símbolo del objeto (el terapeuta a su vez verbaliza el nombre del objeto). Además, este

programa inicia con la pura expresión de deseos y necesidades y conforme se va avanzando el niño puede comunicarse con signos para hacer descripciones y para referirse a personas.

- **Historias sociales:** Mediante apoyos visuales se recrean escenas sociales cotidianas y de manera escrita se describe el contexto, lo que pasa y el comportamiento de las personas.
- **Entrenamiento en comunicación funcional (FCT):** Se entrena al individuo en distintas forma de comunicación para que pueda elegir cuál utilizar.
- **Intervenciones sensoriomotoras:** Se vale de la presentación de distintos estímulos sensoriales, tales como táctiles, visuales, entre otros para mejorar su procesamiento. Un ejemplo es el Entrenamiento en integración sensorial e integración auditiva (AIT).

d) Intervenciones basadas en la familia: Buscan incluir a la familia. Ofrecen entrenamiento, información y soporte a cada miembro.

- **Programa de Apoyo Conductual Positivo (PBS por sus siglas en inglés):** Los padres y los profesionales trabajan en equipo para poder manejar los problemas/dificultades que se presenten, la enseñanza de habilidades y la prevención de problemas.
- **Programa Hanen:** Se trata de un programa de entrenamiento para los padres que se basa en el ABA.

e) Intervenciones combinadas: Como su nombre lo dice, combinan elementos de métodos conductuales y evolutivos, de esta manera resultan más eficaces.

- **Modelo Comunicación social, regulación emocional, apoyo transaccional (SCERTS por sus siglas en inglés):** Es un programa individualizado que se enfoca en las áreas de comunicación, relaciones sociales, características sensoriales y la relación familiar.

- **Modelo TEACCH:** Se basa en la estructura y predictibilidad en la rutina de la persona con autismo. Para ello utiliza estímulos visuales.
- **Modelo Denver:** Es un programa basado en el Análisis conductual. Este programa parte de utilizar los intereses del niño para favorecer su desarrollo y la adquisición de habilidades fundamentales. Pero, a su vez involucra a las personas cercanas al niño (en su mayoría padres y cuidadores) ya que es con quienes pasará la mayor parte del tiempo por lo que dependiendo de su forma de ser se irán moldeando las conductas del niño. Entonces, el incluir a los padres o tutores significa que el niño no sólo va a recibir la intervención durante las sesiones con el profesional, sino que también en casa se va a seguir trabajando. De esta manera el Modelo Denver se puede utilizar en cualquier contexto en que el niño tenga contacto con adultos. Una de las características de este programa que más favorece a alcanzar los objetivos del mismo es que es personalizado. (Castells, 2011)
- **Modelo LEAP (Experiencias de aprendizaje y programas alternativos para niños preescolares y sus padres):** Se aplica para niños de edad preescolar con autismo y con desarrollo regular. Además, involucra a los padres. Utiliza ABA.

Una de las principales intervenciones que se encuentran en la literatura actual del tema es el programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication related handicapped Children). Esto debido a que este programa es uno de los más completos ya que está constituido por la teoría del aprendizaje social, aproximación cognitivo conductual y la perspectiva evolutiva. Es por esto que se vale de distintas técnicas, fomenta la colaboración entre los profesionales y familiares, además de que no pierde de vista la importancia de la adaptación del entorno. Además, toma muy en cuenta lo que se conoce como la cultura del autismo. Es decir, se centra en las habilidades de las personas con el trastorno así como los puntos débiles que necesitan mayor apoyo (Frontera, 2013).

El programa TEACCH es una forma de Enseñanza Estructurada. Es por esto que se

busca una organización en todos los aspectos: el tiempo, los materiales y el espacio. Entonces, se estructuran cuatro áreas:

- a) Estructura espacial: Utilizar señalamientos para cada actividad (dónde se llevará a cabo, dónde se puede sentar o estar de pie). Reducir lo más que se pueda las distracciones.
- b) Organizar y comunicar las actividades del día: De manera visual mostrar las actividades que se realizarán en cada momento del día.
- c) Organización de tareas: Especificar la actividad, su duración, el objetivo, cómo se puede dar cuenta que la actividad ha concluido y qué sigue.
- d) Crear secuencias de actividades uniendo tareas individuales.

Debido a que las personas con autismo procesan los estímulos visuales de manera diferente a los demás, este programa hace gran énfasis en aprovechar esto y utilizar materiales de apoyo visuales como dibujos. Esto debe ir de acuerdo al nivel evolutivo, se empieza con objetos físicos y se va avanzando hasta llegar a palabras escritas, de ser posible. Además de esto, como ya se mencionó TEACCH retoma la cultura del autismo, por lo que una parte fundamental es utilizar los intereses específicos de cada niño para así lograr tener su atención y que se llegue al aprendizaje. Se pueden utilizar como un refuerzo o como motivación para realizar una tarea. Por último, este programa también hace énfasis en la comunicación, por lo que se busca que el niño adquiera una manera de expresarse e ir asociando dicha forma con la obtención de algo o la realización de una actividad (Frontera, 2013).

2.7 Conclusión

Como se describió a lo largo del presente capítulo el TEA es un tema muy complejo. A pesar de que se ha estudiado desde el siglo pasado aún queda mucho camino por recorrer. Su evolución permite dar cuenta de las muchas interrogantes que faltan por resolver, sin embargo mientras se hacen las investigaciones necesarias en el tema es fundamental trabajar para lograr el mejor desarrollo posible para las personas con autismo. Es por esto que en el siguiente capítulo se revisará el trabajo con las personas con TEA en el aula, la situación actual y los aspectos a trabajar.

Capítulo 3: Inclusión Educativa

En el presente capítulo se retoma la Educación Especial enfocada específicamente al autismo. Se identifican las complicaciones que existen al momento de incluir a un niño con TEA a la escuela regular, haciendo énfasis en el trabajo dentro del aula así como la relación profesor-alumno. Asimismo, se retoman las sugerencias de distintos autores para el mejor manejo de la clase.

3.1 Los profesores dentro de la inclusión

Para que la inclusión educativa se pueda llevar a cabo de una manera satisfactoria se requiere de varios factores, entre los cuales uno de los principales es el de la participación de los profesores. Es decir, la disposición que tengan para trabajar con los niños con discapacidad así como la actitud que tengan hacia los mismos.

Avramidis y Norwich (2004), afirman que las actitudes y creencias de los profesores son fundamentales para lograr con éxito la inclusión educativa. Es por esto que Damm (2008) señala que un obstáculo es el lograr modificar las representaciones que tienen los agentes educativos respecto al aprendizaje de los niños con discapacidad. De acuerdo con la percepción que tenga el maestro, será la actitud que éste manifieste al momento de trabajar con alumnos con NEE.

Durán y Giné (2011) definen a la educación inclusiva como

“un proceso de capacitación de los sistemas educativos, de los centros y del profesorado para atender la diversidad del alumnado. Se trata pues de un verdadero reto de formación del profesorado, no como tarea individual, sino como un proceso de desarrollo profesional y de mejora de los centros y los sistemas educativos” (p.156).

A su vez mencionan la importancia de no imponer toda la responsabilidad a los profesores. Es decir, el avance también dependerá de los cambios curriculares, el asesoramiento, la redistribución de recursos humanos y materiales, entre otros factores.

Estos mismos autores explican que si bien son varios los elementos que están relacionados con la educación inclusiva el papel de los docentes es fundamental, por lo que se requiere que los mismos tengan la actitud y la disposición para que los niños con discapacidad puedan ser parte del salón de clase, ya que no se trata solamente de la ubicación de los niños dentro del aula, se trata de que realmente formen parte del grupo. Entonces, los profesores deben contar con características como tener la disposición de implementar nuevas formas de enseñanza, valorar las diferencias como una manera de enriquecimiento, la capacidad de trabajar en equipo con otros profesionales y la familia, adaptar el currículo, además de evaluar constantemente comparando al niño con su propio punto de partida y no con los demás alumnos (Garnique, 2012).

Además, Durán y Giné (2011) mencionan que para la inclusión, el profesorado debe considerar los siguientes elementos:

- Que el profesor se responsabilice y acepte como suyos a todos sus alumnos sin importar las características de los mismos.
- El aula y la escuela deben buscar la normalización en la medida de lo posible, es decir, otorgarle a los estudiantes las condiciones necesarias para su óptimo desarrollo educativo.
- Resulta indispensable que el profesor esté enterado de las NEE de los niños en su clase. Asimismo, debe estar bien informado acerca de ellas para que pueda hacer las modificaciones necesarias al currículo para satisfacerlas.
- Incluir a los compañeros del niño para que estos se relacionen y apoyen entre ellos.
- El profesor debe ser capaz de trabajar en conjunto con los profesores de apoyo (especialistas en Educación Especial) y con las familias de los niños con NEE.
- Tomar la iniciativa de investigar para estar mejor capacitado para atender a cada niño.

Como se puede observar una parte fundamental recae en las modificaciones

curriculares necesarias para el trabajo para la inclusión educativa. Para ello, así como para elaborar el plan de trabajo a seguir para trabajar con el niño con NEE, se deben realizar evaluaciones. Es decir, partiendo de una evaluación inicial y desde ese momento ésta debe ser continua para así poder identificar los avances que se logren. La valoración inicial se debe tomar como base para comenzar a diseñar un plan de trabajo y las adaptaciones necesarias al currículo con el fin de lograr un progreso óptimo en cuanto al desarrollo del niño y su inclusión en el aula regular. Para esto resulta necesario que el docente y el equipo de expertos trabajen en conjunto para de esta manera diseñar un plan de trabajo.

Martínez (2012) enlista los pasos a seguir para llevar a cabo el programa y las modificaciones curriculares:

- Partir del informe de la evaluación psicopedagógica así como de la planeación original que se tenía.
- Identificar y definir las adecuaciones necesarias tanto a nivel curricular como respecto a las instalaciones.
- Establecer la participación, compromiso y apoyo por parte de la familia (tutores).
- Señalar los apoyos necesarios (materiales, asesorías, entre otros).
- Determinar las fechas en que se realizarán las evaluaciones que permitan identificar los avances.
- Explicar al niño sobre el apoyo que recibirá y por parte de quién.
- Capacitar a los compañeros de clase para que acepten al estudiante con NEE y faciliten su inclusión.

En lo que respecta a México de manera específica, Acuña, Mérida y Villaseñor (2016) señalan que los profesores de la escuela regular no cuentan con mucho apoyo para el trabajo con los niños con NEE de sus grupos. Como se mencionó en los capítulos anteriores el apoyo que se brinda a las escuelas regulares viene de las UDEEI (Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva, antes USAER).

No obstante, las escuelas reciben el apoyo de las USAER durante dos horas a la

semana, tiempo insuficiente para que se cumpla con el objetivo de ayudar a los profesores que tienen alumnos con NEE. De esta manera, a los profesores de la escuela regular les queda una gran responsabilidad que con frecuencia deben afrontar solos (Garnique, 2012). En lo que respecta a la atención que ofrecen las UDEEI en específico a los alumnos con TEA, los profesionales que forman parte del equipo admiten no estar capacitados para atender este trastorno. Esto es debido a que son pocos quienes cuentan con alguna especialización, y las que más se identifican son especializaciones en audición y comunicación, maestría en Educación y Educación Superior y Doctorado en Educación y Pedagogía, es decir, no se encuentran profesionales especializados en los TEA específicamente. Además, estas especializaciones se realizan por interés personal en instituciones privadas, aunque cabe mencionar que la Secretaría de Educación Pública sí ofrece una formación relacionada con el TEA, sin embargo ha sido etiquetada como deficiente (Acuña, et al, 2016), a lo anterior Garnique (2012) sostiene que a pesar de las legislaciones que se hacen respecto a la inclusión educativa, en la práctica no se están tomando realmente las medidas para apoyar a los maestros.

3.2 Dificultades de la inclusión de niños con TEA

Los niños con Trastorno del Espectro Autista se benefician más estando con compañeros en escuela regular que siendo segregados. Sin embargo, al momento de querer llevar a cabo la inclusión educativa se pueden presentar ciertas complicaciones debido a las características propias del trastorno.

Habiendo poca tolerancia ante la frustración el proceso de aprendizaje se dificulta. Esto ya que para aprender es fundamental permitir el ensayo-error. Entonces, cuando el niño comete un error lo vive de una manera extrema, lo que merma la posibilidad de que siga adelante con las actividades (Morral, Alcàcer, Sánchez, Mestres, Farrés, et al., 2012).

Los mismos autores mencionan, además, que a diferencia de otros trastornos o déficits, siendo el TEA un trastorno social, se complica la relación entre el niño y sus compañeros y profesor. Esto aunado a que el desarrollo social de estos niños no se

dio de una manera óptima por lo que no cuentan con las habilidades previas necesarias para establecer una relación con quienes le rodean en el ámbito escolar. Ya que tienen intereses restringidos es poco probable que se motiven de forma espontánea ante los juegos de los demás.

Además, se debe tener en cuenta en todo momento que la forma de aprendizaje de los niños con TEA es muy diferente a la de los niños con desarrollo típico. Debido a la inflexibilidad cognitiva se suele presentar la memorización más que la asimilación y comprensión de lo que se está enseñando. Tampoco se puede dejar de lado que tienen un pensamiento literal. Es por esto que los objetivos y la manera de evaluar serán distintos. Resulta indispensable valorar los procesos y no los conocimientos ya que tener la información (memorizarla) no es sinónimo de ponerla en práctica.

Otra característica que obstaculiza la inclusión educativa es la necesidad de invariabilidad. Es pertinente un ambiente estructurado y previsible, lo que con frecuencia no sucede en el aula regular ya que no cuenta con las características necesarias. Rivière (2001) menciona los rasgos deseables para una institución que incluya a niños con TEA:

1. Que sea un centro de tamaño pequeño, en espacio y número de alumnos. De preferencia evitar instituciones muy bulliciosas.
2. Que cuente con una rutina con los menos cambios posibles.
3. La disposición y capacidad de trabajar del personal de trabajar con niños con TEA.
4. Disponer de profesionales especializados en las NEE. Además del material adecuado.
5. Los compañeros deben recibir alguna explicación que les permita comprender la situación de la inclusión educativa de los niños con TEA o cualquier otra NEE.

No se debe olvidar que la relación y comunicación entre la familia y los profesores es imprescindible dentro del proceso de la inclusión.

Como se mencionó al inicio los niños con TEA se benefician estando en una escuela

regular rodeados de sus compañeros, sin embargo, Rivière (2001) señala que existen casos extremos en los que un ambiente controlado y completamente personalizado es mejor que la inclusión.

3.3 Formas de trabajo en el aula

A continuación se presentan algunos elementos que pueden favorecer el proceso de inclusión educativa. Partiendo de lo mencionado en este capítulo, es importante no perder de vista que el trabajo en equipo resulta fundamental. La participación de profesores, personal escolar y la familia es clave para que se establezcan y se logren los objetivos. Este punto es de gran relevancia ya que al haber Necesidades Educativas Especiales hay distintas formas de aprendizaje y diversas metas. Es por esto que se requiere de las adaptaciones curriculares, las cuales se pueden realizar a partir de la evaluación inicial y el diagnóstico.

Lozano, Alcaraz y Bernabeu (2012) mencionan que para favorecer el desarrollo académico óptimo de los niños con TEA es necesario un entorno estructurado, es decir que las actividades y los procesos se pueden identificar de manera fácil para el alumno. De esta forma es posible que se puedan predecir y anticipar lo que sucede en el aula. Otro aspecto de gran importancia es que sea un ambiente en el que se pueda generalizar lo que se ha aprendido. Asimismo, los materiales que se utilicen para las actividades de los niños con autismo deben ser específicamente diseñados para atraer su atención, que sean de fácil comprensión de acuerdo con sus habilidades cognitivas. Es por esto que Castillo y Grau (2016), señalan la importancia de que no sólo se busque modificar la conducta de la persona, sino las características del entorno. Por lo tanto, el modelo TEACCH (descrito en el capítulo anterior) es de gran ayuda e importancia ya que ofrece un entorno estructurado en el que el niño conoce las pautas de comportamiento y lo que se espera de él.

Al trabajar con niños con TEA los materiales didácticos impresos se han mostrado efectivos. La información en los mismos debe estar estructurada de manera lineal y ordenada. De esta manera el niño desarrolla su inteligencia secuencial la cual a su vez fomenta su análisis (Lozano, Alcaraz y Bernabeu, 2012). Pace y Price (2005)

enlistan algunas sugerencias a seguir para que los niños con NEE y los niños de desarrollo típico puedan entender las actividades a realizar:

- Complementar la información oral con material escrito o manipulable
- Procurar que las instrucciones sean simples. Si son complicadas, otorgar material complementario escrito para que los alumnos puedan leerlas las veces que sea necesario.
- Dar los temas y las instrucciones de manera pausada y pedir a los niños que las repitan.
- El tiempo que se ocupe para cada tema y/o actividad dependerá de su complejidad y de si es la primera vez que se explica o sólo es un repaso.
- Aclarar el objetivo de la tarea. Así como dar ejemplos que permitan identificar la función de lo que se está aprendiendo.

De manera específica, los mismos autores enlistan características necesarias del material visual que se utilice con los niños con NEE. De esta forma este material se vuelve un apoyo fundamental que permita que el niño pueda realizar las mismas actividades que sus compañeros de clase:

- El material de lectura deberá estar adaptado al nivel en el que se encuentra el niño (aunque sus compañeros tengan otra lectura sobre el mismo tema), así como contar con vocabulario nuevo. De esta manera, puede acceder a su conocimiento previo. Resulta de gran ayuda que el niño responda preguntas antes, durante y después de la lectura.
- Contar con material visual puede facilitar la comprensión (diagramas, mapas, dibujos, entre otros).

Pace y Price (2005) enfatizan la importancia del análisis de tareas, es decir descomponer una tarea en varios pasos pequeños. Cabe mencionar que esto es algo que puede hacer el profesor, pero también el alumno puede ayudar. Se le pregunta cuáles son los pasos que puede seguir para realizar la actividad completa. Además, de esto, en cada actividad se pueden establecer criterios que el niño debe alcanzar para avanzar dentro de la tarea, de esta manera los niños tienen claro lo

que deben hacer.

Respecto a la relación entre el niño con TEA y sus compañeros, Heredia y Durán (2013), señalan que el aprendizaje cooperativo y las interacciones entre iguales se han mostrado muy eficaces para la inclusión educativa. Esto es debido a que en estas actividades no existe la competencia entre los participantes ya que todos buscan llegar a un mismo objetivo cada quien aportando algo diferente. De esta manera, los niños con NEE pueden mejorar su autoconcepto e incrementar su confianza en sí mismos, lo cual favorece sus relaciones sociales (Seguí y Durán, 2011).

Entonces, el aprendizaje cooperativo se ha mostrado efectivo dentro de la inclusión educativa ya que fomenta la interdependencia positiva, el trabajo en equipo y la responsabilidad hacia los demás. Al ser un trabajo en conjunto los integrantes del equipo se enfocan no sólo en su propio desempeño y aprendizaje, sino también en el de los demás. Esto aplicado en el trabajo dentro del aula inclusiva fomenta que los compañeros sean de apoyo para el niño con NEE (García-Cuevas y Hernández, 2016; Leon, Felipe, Iglesias y Marugán, 2014), éstos últimos autores afirman que “el aprendizaje cooperativo es una metodología eficaz que favorece una actitud crítica y de tolerancia, desarrollando la cooperación, solidaridad y trabajo en equipo” (p. 414), por lo que no sólo ayuda a la inclusión de los niños con TEA, si no a las actitudes que sus compañeros puedan tener hacia ellos, ya que las diferencias se dejan de ver como un obstáculo y se toman como una herramienta.

También, Pace y Price (2005) afirman que de acuerdo con investigaciones tanto los niños con NEE y los alumnos regulares prefieren el trabajo en equipo y disfrutan de ayudarse entre ellos. Aunado a esto, otra característica de dicho aprendizaje es que éste se construye a partir de situaciones reales en las cuales cada quien puede aportar sus conocimientos y habilidades así como aprender de los demás. Y, es por esto que la heterogeneidad del aula inclusiva enriquece el trabajo cooperativo (García-Cuevas y Hernández, 2016).

Pace y Price (2005) identifican distintas maneras de organizar el trabajo en equipo:

- Tutoría entre compañeros: Los estudiantes leen juntos y corrigen el trabajo del otro.
- Equipos/Grupos de estudios: Cada miembro procura que todos comprendan el tema ya que el mérito se da como equipo.
- Aprendiendo juntos: equipos heterogéneos se ayudan entre sí para el aprendizaje aunque la evaluación se realiza de manera individual.
- Rompecabezas: el grupo completo se divide en equipos, a cada cual le corresponde investigar un subtema del tema principal para explicarlo al resto del grupo.
- Investigación grupal: Parecido al punto anterior, el grupo se divide en equipos de integrantes que tengan interés en el mismo subtema para después exponerlo al grupo.
- Enumeración: En cada equipo se asigna un número a cada quien, al hacerse una pregunta, todo el equipo debe llegar a una respuesta para que el profesor pida a un número en específico (de cualquier equipo) que responda.
- Círculos de lectura: cada equipo elige un libro o artículo para leer y después compartirlo al grupo.
- Tutores de diferente edad: Alumnos de grados más avanzados enseñan a los estudiantes con NEE.
- Grupos de tarea: en el salón de clases y en equipos los alumnos van rotando para acercarse a los distintos profesores (por ejemplo, profesor, profesor de EE y profesor de lecturas) para que cada uno les explique parte del tema.

Como se puede observar, en estas actividades cada integrante del grupo tiene una participación importante, además de fomentar la comunicación y la aceptación de cada cual.

Resulta necesario recordar que se pueden encontrar tareas que se deban realizar de manera individual. Para esto Pace y Price (2005) ofrecen tres opciones. La primera consiste en que haya una estación de aprendizaje para que mientras realizan la actividad se puedan acercar al profesor para solicitar apoyo. La segunda consiste en enseñanza paralela, mientras que un profesor da las instrucciones a la mitad del

grupo, el otro profesor explica a los alumnos con NEE. Por último, mencionan la pre-enseñanza, es decir un profesor explica a los niños que lo necesiten el tema que más adelante verán en grupo.

No obstante, es importante no perder de vista que el alumnado con TEA se verá más beneficiado si además de ser incluido en el aula regular con las adaptaciones necesarias, su educación se complementa recibiendo una atención individualizada en un ambiente estructurado específicamente para el niño con este trastorno (Castillo y Grau, 2016).

3.4 Sugerencias para la inclusión

Retomando el objetivo del presente trabajo, que es proporcionar sugerencias que favorezcan la inclusión educativa de niños con Trastorno del Espectro Autista a continuación se exponen las mismas a partir de las aportaciones de los distintos autores mencionados hasta ahora.

Resulta importante partir de los criterios a tomar en cuenta para la inclusión de un niño con TEA. Debido a que cada caso es único y cada niño presenta sus propias características en primera instancia, se debe tener en cuenta que no todos los pacientes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista se verán beneficiados de asistir a una escuela regular y formar parte de un grupo de niños con desarrollo normal. Entonces, para que el niño pueda ser considerado para la inclusión se debe empezar por evaluar su capacidad intelectual, su nivel lingüístico y las alteraciones de conducta que presenta.

Partiendo de este punto es que se puede comenzar a tomar en cuenta las siguientes sugerencias para la inclusión.

Teniendo clara la importancia de que el niño conviva con sus compañeros regulares, resulta beneficioso que la mayor parte del tiempo que sea posible, sea incluido en las actividades con todo el grupo. Sin embargo, no se puede perder de vista que habrá momentos en las que el niño manifieste incomodidad. Puede que se comporte de manera muy inquieta o que presente conductas disruptivas (emitir gritos,

autoagredirse, entre otras). En estos casos sería conveniente que dentro del salón de clases se cuente con un área en la que el niño con TEA pueda estar por su cuenta.

Esta área debe estar estructurada de manera que el niño se pueda sentir más tranquilo y cómodo. Como se ha mencionado, cada niño con TEA presenta distintas características, algunos toleran ciertos estímulos que otros niños no. Es por esto que el profesor deberá adaptar el espacio específico para él de acuerdo con el estudiante. No obstante, este espacio deberá contar con las siguientes propiedades como base:

- Que tenga el menor ruido posible
- Los materiales que ahí se ocupen deben estar en orden
- Cada vez que el niño se encuentre ahí, todo debe estar organizado de la misma manera.
- De acuerdo con el niño y sus características se deben incluir los intereses (libros, colores, estímulos sensoriales, etcétera)

El profesor debe procurar que esta área no sea utilizada más de una vez al día, por un periodo máximo de 30 minutos, para así evitar que el niño desarrolle una preferencia de estar ahí en vez de convivir con sus compañeros.

Entonces, este espacio se puede utilizar meramente como un recurso para que el niño pueda tener un descanso, si en algún momento estar en el aula regular le resulta abrumador y lo manifiesta así de manera verbal o no. Mientras que el niño no se encuentre en este espacio y esté con el resto de sus compañeros, realizará actividades y tareas acerca de los mismos temas que los demás, en la medida de lo posible éstas deberán ser adaptadas para que el niño las logre completar y en los casos que se pueda, usará los mismos materiales (lecturas, hojas de operaciones matemáticas, etcétera).

Sin embargo, la inclusión educativa no se reduce meramente a adaptar o modificar las condiciones escolares. Como se ha mencionado repetidamente es un trabajo en conjunto. Un aspecto fundamental es la participación familiar. Distintos estudios

señalan que las dificultades y/o conductas no deseadas se deben más a la interacción entre el niño y sus padres. Es por esto que el entrenamiento para padres se ha mostrado tan efectivo. Entonces, al ser los padres una parte activa dentro la intervención, el niño con TEA no sólo se ve beneficiado en cuanto a su desarrollo escolar/académico, al estar en constante estimulación es más posible que las conductas deseadas se generalicen.

Es necesario que los padres incluyan cuatro puntos en la vida familiar cotidiana:

- Dar instrucciones precisas y claras. Evitar las indicaciones ambiguas/vagas.
- Evitar/eliminar las amenazas y castigos para cuando el niño esté emitiendo una conducta indeseada.
- Dejar de administrar castigos/reforzamientos a conductas negativas. En vez de esto, establecer un castigo constante. Por ejemplo, tiempo fuera o retirar algún objeto que el niño disfrute (juguete).
- Procurar dar mayor refuerzo a las conductas positivas y sociales, como el contacto visual, sonrisas, verbalización de las necesidades, etcétera.

Para todo esto resulta muy favorecedor que los padres sean entrenados en técnicas de modificación conductual, tales como la economía de fichas, contratos conductuales, entre otros. Esto será de gran apoyo para los puntos mencionados.

Un elemento clave en el entrenamiento de padres con niños con TEA es la planeación de actividades. En el sentido de adelantarse a alguna situación que normalmente genera ansiedad o disgusto en el niño. Por ejemplo, visitas médicas o al banco. Anticiparse a estos eventos permite que los padres preparen una maleta con juguetes u objetos que le son familiares al niño y que además le permitan distraerse y así evitar una mala experiencia. Para un niño que disfruta de colorear, llevar a la oficina del doctor su libro de colorear puede permitir que se atienda a la cita sin que el niño se ponga inquieto o comience a tener conductas disruptivas como gritos.

El entrenamiento para padres comúnmente se da de manera individual (es decir un terapeuta con una familia), aunque también se puede hacer en sesiones grupales.

De inicio, los padres muestran al terapeuta la manera en la que manejan situaciones conflictivas con sus hijos, asumiendo un tercero el papel del niño. Para esto se utiliza mucho el juego de roles, así el terapeuta puede dar a los padres retroalimentación sobre lo que hacen y explicar cómo mejorarlo y qué cambiar, por ejemplo el tono de voz y las palabras que pueden usar para hacer ser más claros. Conforme van avanzando los padres, se puede empezar a incluir a los niños en las sesiones para que las situaciones sean más reales y el terapeuta pueda personalizar más el entrenamiento. Además de todo esto, es importante que entre sesiones haya tareas que los padres puedan realizar en casa. De esta manera, van reforzando lo aprendido en las sesiones y pueden identificar los puntos a fortalecer.

Como se puede observar, la inclusión educativa de los niños con Trastorno del Espectro Autista es posible, sin embargo para lograrla se deben superar distintos obstáculos. Éstos van desde las características físicas del entorno al que se busca incluir al niño, pasando por la actitud y la forma de trabajar de los docentes y el personal académico, la participación de la familia, hasta los rasgos propios del trastorno. No obstante, la literatura ofrece opciones que permiten que la inclusión se realice. Aunque es importante no perder de vista que cada caso es único, más aún en el autismo, ya que al ser un espectro, las características varían en gran medida de una individuo a otro. Es por esto que lo que puede funcionar con un niño puede no servir de la misma manera con otro. Cabe resaltar la importancia de la evaluación inicial y continua. De esta manera será posible identificar el punto de partida, diseñar un programa personalizado que permita al niño desarrollarse de la mejor manera, además de identificar los avances o los puntos mejorar/cambiar dentro de dicho programa.

Hablar de un programa para niños con autismo es un reto, ya que al ser un espectro cada niño requiere de actividades específicas. Sin embargo, hay características dentro del trastorno que permiten encontrar puntos en común de los cuáles se puede partir y a su vez acoplar a cada caso con sus especificaciones y respetando las particularidades individuales.

Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue revisar las sugerencias actuales más relevantes para la inclusión educativa de los niños con Trastorno del Espectro Autista. Esto se llevó a cabo a partir de una revisión bibliográfica a profundidad. Comprender el TEA y sus implicaciones para la inclusión educativa es un trabajo complejo. A pesar de que cada vez existe más bibliografía acerca del tema, hace falta un trabajo más integral. No se puede investigar meramente el trastorno y sus características. La inclusión educativa de los niños con TEA involucra muchos aspectos. Es por esto que este trabajo se inició retomando los orígenes del estudio de este trastorno, para de esta manera tener claro de dónde se parte y la dirección hacia dónde se debe avanzar.

Como se ha podido observar, el tema del Trastorno del Espectro Autista, aún tiene muchas interrogantes que complican su estudio e intervención. No obstante, desde el siglo pasado y hasta la actualidad ha habido aportaciones que permiten que este trastorno se comprenda de una mejor manera y por ende se trate de manera más funcional.

Un claro ejemplo del gran avance que ha habido en este tema, es recordando que en un inicio el autismo era considerado un síntoma de la esquizofrenia, debieron pasar muchos años para que se estudiara de manera independiente y que los manuales y clasificaciones lo catalogaran como tal. Por otra parte, un ejemplo del camino que aún falta por recorrer es la ambigüedad de la etiología del trastorno, hasta el día de hoy no es posible identificar una causa específica para el TEA. La etiología también ha ido evolucionando ya que se inició señalando la relación madre-hijo como causa. Incluso, se relacionó la “aparición” de este trastorno con las vacunas que los infantes reciben. A pesar de esto, en este aspecto también se puede identificar un avance ya que en un inicio se afirmaba que una relación entre el niño y sus padres, carente de afecto era lo que ocasionaba que los niños presentaran estas características. Actualmente se tiene claro que el autismo está relacionado con factores de riesgo genéticos.

A pesar de todo lo que falta respecto a este tema es necesario que los niños con TEA reciban un tratamiento que les permita desarrollarse de la mejor manera posible para que logren la mayor autonomía. Esto no es un aspecto importante exclusivamente para el autismo, si no para todas las personas que tengan algún trastorno o necesidad educativa especial. Como se mencionó desde el primer capítulo, la Educación Especial a nivel mundial es un área que se encuentra en constante evolución.

En la actualidad dentro de la EE se busca la inclusión educativa, que va más allá de la simple colocación de los niños con NEE dentro de la escuela regular. Ahora se busca que los niños formen parte de la comunidad escolar en todos los aspectos. A pesar de las buenas intenciones que hay detrás de esto, aún no se puede decir que sea una realidad. México ha firmado las declaraciones que a nivel mundial se han realizado, sin embargo aún se puede identificar bastante segregación de estos niños, tanto por parte de la sociedad como a nivel académico. Entonces, para lograr la inclusión educativa, no sólo de los niños con TEA, va a ser necesario tomar en cuenta todos los aspectos, empezando por las reformas que aún hacen falta. Es decir, los cambios deben empezar a nivel gubernamental, para que de esta manera quede regulada la manera en que se va a llevar a cabo la inclusión y la responsabilidad no recaiga sólo en la escuela o incluso directamente sobre los profesores.

Bibliografía

- Acuña, L. A., Mérida, Y. y Villaseñor, A. D. (2016). Trastorno del Espectro Autista e Inclusión Educativa en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: ¿Reto posible para a USAER? *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 9, 278-291.
- Ainscow, M. (2004). Salamanca 10 años después: ¿qué impacto ha tenido en el ámbito internacional? Recuperado de <http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/3Internacionales/5DiezSalamanca.pdf>
- Alarcón, M. (1997). Iguales y diferentes. Andamiaje necesario para la integración social. *Revista de la escuela y del maestro*, 16, 21-31.
- Alegre de la Rosa, O. (2001). *Diversidad humana y educación*. Malaga: España.
- Álvarez, I. y Camacho, I. (2010). Bases genéticas del autismo. *Acta pediátrica de México*, 31, 22-28.
- Amodia, J. y Andrés, M. (2006). Trastorno de autismo y discapacidad intelectual. En R. Pérez (Ed.). *Síndrome y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones* (pp. 77-107). Madrid: FEAPS.
- Arnaiz, P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos*. España: Aljibe.
- Arnáiz, J. y Zamora, M. (2012). Detección y evaluación diagnóstica en TEA. En M.A. Martínez y J.L. Cuesta (Dirs.). *Todo sobre el autismo. Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia* (pp. 23-63). Tarragona: Alteria.
- Artigas-Pallares, 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.
- Avramidis, E. y Norwich, B. (2004). *Entre dos mundos: Revista de traducción sobre discapacidad visual*, 25, 25-44.
- Bautista, E., Sifuentes, N., Jiménez, B., Avelar, E. y Miranda, A. (2008). Padres de

familia y su inclusión en la evaluación y tratamiento conductual el autismo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(1), 49-62.

Bernal, D. y Alarcón, M. (2012). Primeros acontecimientos en torno a la educación especial en México (1774-1936). *Rayuela*, 3, 41-46.

Bravo, A., Vázquez, J., Cuello, C., Calderón, R., Hernández, A. y Esmer, C. (2012). Early manifestations of autism spectrum disorders. Experience of 393 cases in a child neurological centre. *Neurología*, 27(7), 414-420.

Boucher, J. (2009). Subtypes model of autism: concepts and definitions. En J. Boucher. *The autistic spectrum. Characteristics, causes and practical issues*. (pp. 04-21). Londres: Sage.

Castells, A. (2011). *El modelo Denver como propuesta de intervención psicoeducativa para niños y niñas con trastorno del Espectro Autista*. Tesis de maestría, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Castillo, A. y Grau, C. (2016). Conductas disruptivas en el alumnado con TEA: Estudio de un caso. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 31(2), 1-22.

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

Cruz, A. (2016). Uno de cada 115 niños padece autismo: primer estudio de prevalencia en México. *La Jornada*.

Damm, X. (2008). Representaciones y actitudes del profesorado frente a la integración de niños/as con Necesidades Educativas Especiales en el aula común. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 3(1), 25-35.

Dioses, A., Salas, J. y Guevara, C. (2014). Perfil de interacción social, comunicación y de conducta de un grupo de niños con Trastornos del Espectro Autista: Un estudio exploratorio. *Revista Digital EOS Perú*, 4(2). Recuperado de <http://eosperu.net/revista/wp-content/uploads/2015/10/PERFIL-DE->

[INTERACCIÓN SOCIAL-COMUNICACIÓN-Y-DE-CONDUCTA-DE-UN-GRUPO-DE-NIÑOS.pdf](#)

- Durán, R., Delgado, J. y Dengra, R. (1995). *Trabajo interdisciplinar en personas con discapacidad*. En M. Verdugo. (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp.1201-1284). España: Siglo XXI.
- Durán, D y Giné, C. (2011). La formación del profesorado para la educación inclusiva: Un proceso de desarrollo profesional y de mejora de los centros para atender la diversidad. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 5(2), 153-170.
- Frontera, M. (2013). Intervención: Principios y programas psicoeducativos. En M. A. Martínez y J. L. Cuesta, *Todo sobre el Autismo* (pp. 223-269). México D.F.: Alfaomega Grupo Editor.
- García-Cuevas, A. y Hernández, E. (2016). El aprendizaje cooperativo como estrategia para la inclusión del alumnado con tea/as en el aula ordinaria. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 9(2), 18-34.
- Garnique, F. (2012). Las representaciones sociales. Los docentes de educación básica frente a la inclusión escolar. *Perfiles educativos*, 34(137), 99-118.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.
- Gómez, V. (2005). *La anomia para las personas con discapacidad*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de las Américas Puebla, México. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ledf/gomez_m_v/
- González, M. y Del Río, M. (2015). Trastorno de Espectro Autista: Una perspectiva pedagógica dirigida al profesorado. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7777/GonzalezOrtizMarinaJosefa.pdf>

- González, Y., Rivera, L. y Domínguez, M. (2016). Autismo y evaluación. *Ra Ximhai*, 12(6), 525-533.
- Grönvik, L. (2007). *Definitions of disabilities in social sciences. Methodological perspectives*. (Tesis de doctorado). Uppsala University, Suecia. Recuperado de <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:170048/FULLTEXT01.pdf>
- Granado, M. (2005). El contexto científico de la educación especial: bases psicológicas para el diseño y desarrollo de prácticas educativas adaptadas. *Psicología para América Latina*, 4.
- Grau, C. Educación Especial. De la integración a la escuela inclusiva [en línea]. Promolibro: Valencia, 1998 Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/41421/DE%20%20ESCUELA%20NCLUSIVA%20definitivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guevara, Y., P. Ortega y P. Plancarte (2001). Psicología conductual: Avances en educación especial, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, México.
- Heredia, J. y Durán, D. (2013). Aprendizaje cooperativo en educación física para la inclusión de alumnado con rasgos autistas. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 6(3), 25-40.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2004). Las personas con discapacidad en México: una visión censal. Recuperado de <http://www.libreacceso.org/nueva/wp-content/uploads/2014/05/inegidiscapacidad2004.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Las personas con Discapacidad en México, una visión al 2010. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Estadísticas a propósito del... Día internacional de las personas con discapacidad. Recuperado de http://conadis.gob.mx/gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/discapacidad028129.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=7028250789>
66

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (S/F). Clasificación de tipo de discapacidad-Histórica. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf

Juárez, J., Comboni, S. y Garnique, F. (2010). De la Educación Especial a Educación Inclusiva. *Argumentos. Estudios críticos de la sociedad*, 23(62), 41-83.

León, B., Felipe, E., Iglesias, D. y Marugán, M. (2014). Determinantes en la Eficacia del Aprendizaje Cooperativo. Una experiencia en el EEES. *Revista de Investigación Educativa*, 32(2), 411-424.

Lozano, J., Alcaraz, S. & Bernabeu, M. (2012). Competencias emocionales del alumnado con trastornos del espectro autista en un aula abierta específica de educación secundaria. *Aula Abierta*, 40(1), 15-26.

Macotela, S. (1990). Skinner y su influencia en la educación especial. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*, 16, 29-39

Martínez, E., Ibáñez, S., Ceán, L., Domingo, R., Alarcón, H. y Martínez, E. (2017). Nivel formativo sobre trastornos del espectro autista (TEA) entre los pediatras de atención hospitalaria. *Anales de pediatría*. 86(6), 329-336.

- Martínez, L. (2012). *Sistemas de Educación especial*. (Primera edición). México: Red Tercer Milenio.
- Mojica, M. (2012). *La Inclusión de Niños y Niñas con Trastorno Del Espectro Autista en las Escuelas en la Ciudad de México*. (Tesis de doctorado). Universidad de Manchester, Inglaterra. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_19I-La_inclusion_de_NN_con_transtorno.pdf
- Monfort, M. y Monfort, I. (2001). *En la mente*, Madrid, España: Entha.
- Morral, A., Alcacer, B., Sánchez, E., Mestres, M., Ferrer, N., Montreal, N., & González, S. (2012). *Comprensión y abordaje educativo del TEA*. Barcelona: Horsori.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L. y Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños pequeños con autismo. *Revista de neurología*, 5(3), 77-84.
- Murillo, E. Actualización conceptual de los Trastornos del Espectro del Autismo. En M. A. Martínez y J. L. Cuesta, *Todo sobre el Autismo* (pp. 23-64). México D.F.: Alfaomega Grupo Editor.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Trastornos del espectro autista. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Ortiz, M. (1995). Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto. En M. Verdugo. (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp.37-73). España: Siglo XXI.
- Pace, D. y Price, M. (2005). Instructional Techniques to Facilitate Inclusive Education. En D. Schwartz (editor), *Including Children with Special Needs. A Handbook for Educators* (pp. 115-129). Michigan: Greenwood Press.

- Plancarte, P. (2012). Reseña histórica de la Educación Especial. En P. Ortega y P. Plancarte (coord.), *Educación Especial. Formación multidisciplinaria e interdisciplinaria* (pp. 21-40). México: UNAM.
- Plancarte, P., y Ortega, P. (2012). La participación de diferentes disciplinas en el servicio de Educación Especial. En P. Ortega y P. Plancarte (coord.), *Educación Especial. Formación multidisciplinaria e interdisciplinaria* (pp. 41-58). México: UNAM.
- Pujolás, P. (2001). Atención a la diversidad y aprendizaje cooperativo en la educación obligatoria. Archidona (Málaga): Aljibe.
- Rayos, G. (2015). Breve historia de la educación especial en México. Recuperado de <http://sociologos.com/2015/03/05/breve-historia-de-la-educacion-especial-en-mexico/>
- Ribes, E. (1980). La formación de profesionales e investigadores en psicología con base en objetivos definidos conductualmente. En E. Ribes, C. Fernández, M. Rueda, M. Talento y F. López. *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral* (pp. 17-23). México: Trillas.
- Rivière, A. (2001). *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.
- Roberts, J. y Prior, M. (2006). A Review of the Research to Identify the Most Effective Models of Practice in Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jacqueline_Roberts3/publication/266059111_This_report_Environment_A_Review_of_the_Research_to_Identify_the_Most_Effective_Models_of_Practice_in_Early_Intervention_for_Children_with_Autism_Spectrum_Disorders_r/links/551c4a920cf20d5fbde50bea.pdf
- Robles, I. (S. F.). Historia de la Educación Especial en México. Recuperado de

<https://sites.google.com/a/cetys.net/educaci3n-especial/historia>

- Robins, D., Fein, D. y Barton, M. (2009). Cuestionario M-CHAT Revisado de Detecci3n del Autismo en Ni3os Peque3os con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F). Recuperado de http://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf
- Robles, I. (S. F.). Historia de la Educaci3n Especial en M3xico. Recuperado de <https://sites.google.com/a/cetys.net/educacion-especial/historia>
- Romano, H. (2012). Hacia un trabajo multidisciplinar en la Educaci3n Especial. En P. Ortega y P. Plancarte (coord.), *Educaci3n Especial. Formaci3n multidisciplinaria e interdisciplinaria* (pp. 1-20). M3xico: UNAM.
- Romero, S. y Garc3a, I. (2013). Educaci3n especial en M3xico. Desaf3os de la educaci3n inclusiva. *Revista Latinoamericana de Educaci3n Inclusiva*, 7(2), 77-91.
- Salda3a, D. y Moreno, F. J. (2012). Eficacia de las intervenciones de naturaleza psicol3gica en los TEA: Evidencias disponibles. En M. A. Mart3nez y J. L. Cuesta. (Eds.). *Todo sobre el autismo. Trastornos del Espectro Autista (TEA). Gu3a completa basada en la Ciencia y en la experiencia* (pp. 193-220). Tarragona: Altaria.
- Sales, F. (2014). Discapacidad en M3xico. *Bolet3n CESOP*, 5(44).
- Salvad3, B., Palau, M., Clofent, M., Montero, M. y Hern3ndez, M. (2012). Modelos de Intervenci3n Global en personas con Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Neurolog3a*, 54(1), 63-71.
- Secretariado Acad3mico del Consejo T3cnico de la AFSEDF. (2014). Recuperado de http://www.academia.edu/11538758/La_Intervenci3n_de_la_Unidad_de_Educaci3n_Especial_y_Educaci3n_Inclusiva_UDEEI
- Segovia, E. (2016). Estad3sticas en El Trastorno del Espectro Autista. Recuperado

de <http://www.convivirconelautismo.com/estadisticas-en-el-trastorno-del-espectro-autista/>

Seguí, G. y Durán, D. (2011). Efectos del aprendizaje cooperativo en el nivel atencional de una alumna con un trastorno del espectro autista. *Revista educación inclusiva*, 4(3), 9-20.

Soriano, C., García, J., Huesca, E. y Rodríguez, S. (2007). Integración educativa en México y Enciclomedia, ponencia presentada en el 7º Congreso Iberoamericano de Informática Educativa Especial, Córdoba, Argentina, 18-20 de agosto de 2007. Recuperado de <http://capacidad.es/ciiee07/Mexico.pdf>

Toche, N. (2016). Aún sabemos muy poco del autismo. *El economista*.

Valencia, L. (2014). *Breve historia de las personas con discapacidad. De la opresión a la lucha por sus derechos*. Recuperado de <http://www.rebelion.org/docs/192745.pdf>

Wing, L. (2011). Historia. En Wing, L. *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. (pp. 23-30). España: Paidós.