



Facultad de Educación

GRADO DE MAESTRO EN EDUCACIÓN

PRIMARIA

2016-2017

Trastorno del Espectro Autista y Trastorno Específico del Lenguaje en Atención Temprana.

Autism Spectrum Disorder and Language Specific Disorder
in Early Care.

Autor: Óscar Fernández García-Salmones

Director: Verónica Marina Guillen Martín

13 de septiembre de 2017

Curso 2016-2017 Universidad de Cantabria

ÍNDICE

<u>RESUMEN</u>	3
<u>ABSTRACT</u>	3
<u>PARTE TEÓRICA</u>	4
<u>INTRODUCCIÓN</u>	5
<u>CAPITULO I: “ASPECTOS GENERALES ATENCIÓN TEMPRANA”</u>	7
<u>CAPITULO II : “ATENCIÓN TEMPRANA Y EL LENGUAJE”</u>	13
<u>CAPITULO III: “ SE PARECEN PERO NO SON LO MISMO, TEL Y TEA”</u>	17
<u>PARTE EMPÍRICA</u>	25
<u>MÉTODO</u>	28
MUESTRA.....	28
PROCEDIMIENTO.....	33
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	35
<u>RESULTADOS</u>	36
<u>CONCLUSIONES</u>	43
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	49
<u>ANEXOS</u>	52
ANEXO 1. TABLA MUESTRA DE HISTORIA CLÍNICA.....	53
ANEXO 2. TABLA COMPARATIVA.....	54
ANEXO 3. ENTREVISTAS.....	55
ANEXO 4. RESULTADOS DE LA TABLA COMPARATIVA.....	60

RESUMEN

En el siguiente trabajo se intenta explicar las diferencias entre un Trastorno del Espectro Autista (TEA) y un Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) para así, en edades tempranas, poder hacer un diagnóstico precoz, separando estas distintas patologías. Este se divide en dos partes, una parte teórica y otra empírica. Esta primera, recoge los aspectos más técnicos explicando los distintos conceptos que se trabajarán en el estudio empírico, facilitando al lector la comprensión dotando de coherencia a este. En la segunda parte, mediante una observación sistemática en el “Centro de Salud La Montaña”, durante el periodo de prácticas del autor de este trabajo, se intentará llegar al objetivo principal, dando unas características diferenciales entre patologías.

ABSTRACT

In the following academic work we try to explain the differences between Autism Spectrum Disorder and Specific Language Disorder in early age to make an early diagnosis, separating these different pathologies. This is divided into two parts, a theoretical and an empirical part. The first one, picks up the more technical aspects with explaining the different ideas that will be worked in the empirical essay, making easier the reader's understanding by providing coherence to it. In the second part, through a systematic observation in the “Centro de Salud La Montaña”, during the practice period of this work's author, we will try to reach the main objective, giving differential characteristics between pathologies.

PARTE **TEÓRICA**

INTRODUCCIÓN

Durante el periodo de prácticas de 4º del Grado Magisterio en Educación Primaria, en un centro de salud, trabajando con los especialistas en logopedia de Atención Temprana (AT), el autor de este trabajo deposita su atención en los niños y niñas que asisten al centro, focalizándose en su sintomatología y signos de alarma que presentan, desencadenando en él una serie de preguntas respecto a sus posibles patologías y las diferencias entre estas. Por ende, este trabajo se enfoca en poder entender, caracterizar y diferenciar, desde una edad temprana, aquellos dos trastornos que se asemejan, tanto en sus características como en sus planes de intervención, pudiendo confundirse entre ellas e incluso elaborar actuaciones poco funcionales para el desarrollo de los infantes implicados. Estos dos trastornos son, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Específico del Lenguaje (TEL).

Este estudio se divide en dos partes claramente definidas, la parte teórica y la empírica. En esta primera, el autor del trabajo, basándose en distintos estudios, libros y revistas, explica de una manera más técnica el contexto en el que trabaja, describe aquel componente en el que basa su investigación y por último define ambas patologías, por separado y sus semejanzas. El contexto se trata de la AT, es decir, al trabajar en este campo, es necesario entender tanto cómo surge y aquellos aspectos que lo rodean. El autor, como se ha mencionado con anterioridad, se encuentra en un aula de AT con un especialista en logopedia, por lo tanto, aquel componente en el que se basa es el lenguaje y su adquisición, siendo importante entender sus funciones y procedimientos. También señalar que al pertenecer al ámbito educativo, el autor cree pertinente analizar las funciones del maestro en Audición y Lenguaje (AL) ya que es el equivalente de estos especialistas pero en el sistema educativo. Para finalizar esta parte, se explican tanto el TEA como el TEL, dotando al lector de unos conocimientos previos que le sirven para seguir la investigación realizada en la siguiente parte.

En segundo lugar, encontramos la parte empírica, en esta el autor, aprovechando su estancia de 4 meses en el centro, mediante una observación sistemática, trata de dar respuesta a aquellas hipótesis planteadas e intenta

concluir su actuación llegando a su objetivo principal. Para ello, elabora una serie de tablas comparativas que ayudan a la recogida de datos, así como una entrevista que pasa a distintas profesionales para poder contrastar información a la hora de concluir el trabajo.

El estudio surge ante la desinformación y dudas presentadas por el autor en su periodo de prácticas. De esta manera, poder resolverlas y aprender de distintos autores que hayan investigado con anterioridad su mismo tema. Encuentra esta estructura una facilidad para futuros lectores de entender cómo surge la idea de investigar esta problemática, y que puedan entender las conclusiones a las que se llega. Así como, en el caso de ampliarlo, pueda servir de guía eficaz para ello.

CAPITULO I: “ASPECTOS GENERALES ATENCIÓN TEMPRANA”

En sus inicios en los años 70, la AT en España se denominaba Estimulación Precoz. Desde entonces, se ha producido una gran evolución, tanto en el concepto y definición de lo que significa, como en sus objetivos y modelos prácticos. de Iscar (2004) Considera que:

“La AT surgió desde los Servicios Sociales como ayuda pública, ante la necesidad de detectar niños con discapacidad y de actuar sobre los problemas derivados de las minusvalías”

(de Iscar, 2004, p. 707).

En un principio, SEREM, publicó algunos manuales con programas dirigidos a distintas patologías. A medida que se fue trabajando y desarrollando aspectos en este campo de trabajo, surgieron los equipos multiprofesionales, es decir, aquellos distintos profesionales que trabajan bajo el concepto de una intervención global del niño. Sin embargo, se precisó de una redefinición de conceptos para el desarrollo de este servicio. Este cambio fue impulsado por la aparición de la Ley de Integración Escolar entre otros factores, también por la valoración del término "riesgo" y "niños en riesgo" dando importancia al entorno y a las familias. En el año 2000, se publica un documento el cual recoge de manera consensuada los criterios comunes de actuación, dando importancia a la coordinación de servicios e instituciones. Este libro es el "Libro Blanco de la AT" el cual entiende el desarrollo como producto de las continuas interacciones entre el niño y las experiencias proporcionadas por su entorno. Actualmente, es el documento por el cual se basan los distintos servicios de AT en España para elaborar sus planes de actuación.

Existen muchos autores, libros, artículos, investigaciones, modelos y distintas opiniones sobre qué es AT y cómo se debería trabajar, tanto los aspectos que recoge cómo los objetivos y distintas estrategias a seguir. Este capítulo trata de globalizar y simplificar ese gran término que es la atención temprana para guiar al lector e introducirlo para que pueda focalizar su atención en el tema a tratar.

Se puede realizar una definición común entre todos los países que disponen de este servicio: Según Perera (2011) la AT contemplada como una atención global prestada al niño y a su familia, en los primeros meses y años de su vida, como consecuencia de alteraciones en su desarrollo, o bien por una situación de alto riesgo. Esta atención consiste en un tratamiento médico, educativo y social que influye directa o individualmente en el funcionamiento de los padres, de la familia y del propio niño.

En España , cada comunidad autónoma se rige y toma como guía el Libro Blanco de la AT el cual sirve como elemento común. Este la define como:

“El conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”.

(GAT, 2000, p. 13).

En base a esta definición, existen una serie de objetivos los cuales, los profesionales deberán intentar cumplir en la medida de lo posible para poder ayudar al desarrollo integro del niño. Según el Libro Blanco de AT (GAT 2000) dice que:

“El principal objetivo es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”.

(GAT, 2000, p. 17).

También se recogen estos objetivos propios del servicio (GAT, 2000, p. 17-18):

- “Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño”.
- “Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.”
- “Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas”.
- “Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo”.
- “Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño”.
- “Considerar al niño como sujeto activo de la intervención”.
- Dar el papel protagonista a la familia.
- Encaminar al los niños hacia el sistema educativo.

Debido a los objetivos comunes en AT, nombrados con anterioridad y la gran evolución que ha tenido y está teniendo este servicio, el Libro Blanco de la AT (GAT, 2000) recoge una serie de principios básicos que todo modelo debe seguir para poder ser de calidad. Estos son:

- **Diálogo, integración y participación:** Hay que tener en cuenta tanto el entorno escolar y familiar del niño que presenta un problema en el desarrollo porque eso implica un respeto por el sujeto activo. La familia es muy importante para el proceso, tiene que tener una participación siempre en el modelo que se vaya a emplear. Por último, este principio considera que otro aspecto a tener en cuenta es la participación a través del movimiento asociativo entre profesionales.
- **Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública:** Debido al nivel de exposición del niño y una posible marginación social al no poder acceder a las ayudas necesarias, la atención temprana debe actuar para su prevención otorgando una igualdad de oportunidades y siendo un servicio público gratuito y universal.

- **Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional:** El profesional en AT debe tener una formación específica en una disciplina como en un marco conceptual común a todas ellas basándose en el trabajo en equipo, teniendo este marco cuatro áreas: desarrollo psicomotor infantil, psicología en la dinámica familiar, realidad legislativa y entorno de la comunidad y formación y experiencia sobre el trabajo en equipo.
- **Coordinación:** El plan de actuación que se emplee con el niño debe tener una coordinación con todos los profesionales a los que acuda para que no se contradiga y se complementa, siempre teniendo en cuenta una cláusula de salvaguarda de la intimidad. También esa coordinación se atañe a la continuidad de los servicios, es decir, una persona encargada de ser la que resuelva las posibles dudas y coordine que el plan de actuación es común y coherente.
- **Descentralización:** Se refiere a un sistema organizado en torno a la familia y sus necesidades.
- **Sectorización:** Refiriéndose a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para que se puedan coordinar y facilitar la inclusión en servicios sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia que se constituya.

Corroborando lo dicho por el Libro Blanco de AT (Gat, 2000), Juan-Vera y Pérez-López (2009) dicen que la AT hoy en día se lleva a cabo en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). Estos centros están formados por un equipo interdisciplinar especializado en el desarrollo infantil y la atención temprana a niños y niñas de entre 0 a 6 años, con un trastorno en su desarrollo o con algún signo de alarma de padecerlo. Esta intervención se realizará en un centro concreto con unos recursos materiales y humanos especializados.

En AT se le da mucha importancia al trabajo con las familias, siendo este uno de los pilares para el desarrollo íntegro del niño. Glné, Gràcia, Vilaseca y Balcells (2009) justifican que el infante nada más nace no está solo, sino que está rodeado de personas las cuales organizan actividades, lo alimentan, lo educan, etc., es decir, que influyen directamente sobre su entorno, lo cual dota

a las familias de un notoria importancia en base a su evolución. Afirman que no es posible elaborar un plan de intervención en AT sin tener en cuenta a la familia y las actividades realizadas en su entorno familiar, para así dar sentido y coherencia a las actuaciones teniendo una coordinación y un carácter funcional con respecto a su vida diaria.

Pérez-López y Brito (2004) concuerdan con lo mencionado anteriormente, añadiendo que hoy en día se considera a la familia como uno de los contextos más importantes siendo el primer entorno natural en el que el infante se desarrolla, viéndose sometidos a cambios intelectuales, sociales y afectivos debidos a la continua influencia de estos. Dada la complejidad de la intervención con la familia en AT por las múltiples variables, estos autores proponen 4 modelos de intervención con esta:

- Modelo sistémico.
- Modelo ecológico.
- Modelo transaccional.
- Modelo Evolutivo-educativo.

Esta evolución del concepto de AT mencionada con anterioridad al principio del capítulo, según analizan Juan-Vera y Pérez-López (2009), se ha visto reflejada en varias máximas o implicaciones para la intervención:

- La intervención no es sólo sobre el niño, sino que todos sus entornos
- Es sumamente importante que tanto los agentes educativos básicos como todas aquellas personas, organismos e instituciones que tengan relación con el niño, estén coordinados para la realización del plan de actuación.
- No solo se lleve a cabo a aquellos infantes que presenten un trastorno en su desarrollo, sino también a aquellos que padezcan signos de alarma o riesgo de ello.
- La intervención no es sólo incidir en una sala de tratamiento, en niños con trastornos en su desarrollo o de riesgo, sino también detectar

precozmente cualquier tipo de problemática, y sobre todo intentar prevenir cualquier tipo de situación que pudiera llegar a serlo.

- El desarrollo del niño no se basa simplemente en un mero cociente intelectual. Su diagnóstico no es una mera tarea de aplicación de pruebas objetivas o psicométricas, donde la inteligencia se mide a través de unas puntuaciones cognitivas, sino que se deben cubrir áreas tan diversas del desarrollo del niño como la cognición, el funcionamiento adaptativo, la conducta, el funcionamiento social y el estado emocional.

CAPITULO II : “ATENCIÓN TEMPRANA Y EL LENGUAJE”

Como se hace referencia en el capítulo anterior, la AT engloba un conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil, con motivo de prevenir y detectar de forma precoz la posible aparición de alteraciones en el desarrollo, tanto en motricidad, lenguaje, sensorial y conductual. Estas elaborarán una intervención integral para prevenir la aparición de estas deficiencias o discapacidades por medio de la potenciación y desarrollo de sus capacidades. Para ello, este servicio cuenta con distintos profesionales como fisioterapeutas, encargados de la psicomotricidad, estimuladores, cuyo papel sería estimular en todos los aspectos a aquellos niños más pequeños y a sus familias, y los logopedas, los cuales se encargaran de la estimulación del lenguaje entre otras cosas.

Este capítulo se centra en el papel del logopeda ya que en la investigación que se realizará, se tomará desde su punto de vista. Estos profesionales son los encargados de rehabilitar las funciones comunicativas del lenguaje oral y escrito, de la voz, del habla y de las funciones orales asociadas, es decir, la respiración, masticación y deglución. Como se ha mencionado con anterioridad, una de sus principales funciones en AT es la estimulación del lenguaje, como consecuencia del ratio de edad de los pacientes (0-6 años). Aunque no es muy común, también puede dar el caso de encontrarse con una disgllosia, siendo un trastorno del habla ocasionado por malformaciones o lesiones en los órganos articulatorios periféricos de la persona. En este caso, puede ser necesaria una intervención quirúrgica desde muy temprana edad. Como resultado de esta, el papel de la rehabilitación puede recaer en estos profesionales de AT.

Otras funciones que el logopeda deberá abarcar son las de elaborar un diagnóstico precoz, que según el Libro Blanco de AT (GAT, 2000), consiste en una evidencia de una alteración en el desarrollo así como el conocimiento de sus posibles causas para iniciar una adecuada intervención terapéutica. Se debe considerar 3 niveles de diagnóstico, el diagnóstico funcional, que determina cuantitativa y cualitativamente los trastornos o disfunciones, el sindrómico, que está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada, y el etiológico, el cual nos informa

de las causas, bien de carácter biológico o psico-social, de los trastornos funcionales o del síndrome identificado. En este último siempre se tendrá en cuenta la multifactorialidad de los trastornos (p. 23-35).

Como consecuencia de esta detección y diagnóstico precoz, el especialista tendrá el papel de elaborar un tratamiento logopédico eficaz, teniendo en cuenta las diversas patologías en las que hay afectación del lenguaje y/o la comunicación. Estas actuaciones están dirigidas al niño, su familia y su entorno. En la intervención se debe tener en cuenta que su planificación tiene que tener un carácter global considerando las dificultades y limitaciones que presenta el niño, centrándose en desarrollar las capacidades en base a sus necesidades y posibilidades, es decir, no se trata de un “no puede hacer...” sino un “puede hacer...”. Aranda (2008) añade que el programa de intervención para las sesiones, con distintos objetivos y ejercicios, se le dará a la familia, junto con unas pautas, para mejorar la comunicación.

Este especialista, a la hora de elaborar un intervención, según Aranda (2008), se debe tener en cuenta una serie de objetivos generales que cumplir:

- Intervención que parta de los intereses del niño.
- Buscar el interés en base a su motivación y sus disfrutes para que a la hora de elaborar una actividad, para que éste la realice y al interiorice y la haga funcional.
- Proporcionar al niño su espacio.
- Proporcionar recursos comunicativos al niño buscando que los imite e interiorice.
- Enseñar gestos naturales para que el niño se haga entender
- Realizar aprendizajes significativos para el niño relacionándolo con su entorno.
- Facilitar los aprendizajes partiendo de sus puntos fuertes.
- Ofrecer estrategias para que asocien y generalicen los aprendizajes adquiridos.
- Llevar una hoja de registro
- Comunicar el trabajo realizado y compartirlo con los padres.

- Coordinar con la escuela Infantil, sus educadores y los Equipos de Atención Temprana para que su intervención tenga una coherencia en base a su entorno.

Los profesionales en logopedia poseen la titulación de diplomados en esa área, así como formación específica en AT, teniendo adquiridas técnicas específicas para determinadas intervenciones (Implantes cocleares, TEA, TEL ...). Por último cabe destacar su formación continua en aspectos relacionados con AT y su continuo reciclaje formativo. Además, los servicios de AT pueden contar con maestros con la especialidad de Audición y Lenguaje (AL), teniendo la misma formación especializada en este campo.

En la gran mayoría de los casos, las familias escolarizan a sus hijos a los 3 años, por lo tanto, dejan de asistir a las sesiones debido a que se encarga el propio sistema educativo, concretamente los especialistas en AL, en seguir el plan de actuación para el desarrollo íntegro del infante. Solamente en determinadas patologías como la disfonía o un implante coclear, debido a que no se tiene la formación ni los recursos, seguirán asistiendo a los centros de AT hasta los 6 años.

Según el Gob. C. (2014) de modo general, los especialistas en AL, abarcan estos ámbitos de funciones:

1. Prevención: Promover y desarrollar programas de prevención de los problemas de habla y lenguaje.
2. Asesoramiento: Asesorar sobre estrategias y materiales que mejoren el desarrollo de las competencias comunicativas y de lenguaje.
3. Intervención: Intervenir con el alumnado que presenta retrasos y trastornos de la comunicación y el lenguaje.

La prioridad en la intervención directa por parte del especialista en AL, dependerá del tipo de necesidad educativa especial o el grado de trastorno o retraso de la comunicación y el lenguaje. En cualquiera de los casos, la

programación se desarrollará dentro del aula de referencia del alumno en medida de lo posible.

Luque de la Rosa (2012) añade que las funciones principales en el ámbito escolar de un maestro en AL sería:

- Realizar una evaluación psicopedagógica a los alumnos con este tipo de necesidades educativas especiales para así proponer, desde un enfoque multiprofesional, la modalidad de escolarización más adecuada.
- Asesorar tanto a las familias como a los maestros-tutores sobre la atención educativa que presenten los afectados.
- Asistir a los maestros-tutores para la elaboración y seguimiento de las adaptaciones curriculares.
- Intervenir directamente en el plan de actuación elaborado con el alumno.
- Elaboración de materiales educativos psicopedagógicos.
- Planificar y desarrollar acciones educativas para la prevención y atención temprana de los niños y niñas con estas necesidades.

CAPITULO III: “ SE PARECEN PERO NO SON LO MISMO, TEL Y TEA”

En el servicio de AT se presentan diversos niños y niñas con distintos signos de alarma o patologías ya definidas, por lo tanto es muy complicado determinar qué tipo de pacientes hay por norma general. Sin embargo, se puede decir que predominan, en el área del lenguaje y la logopedia, los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) y los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Ambas patologías tienen definiciones distintas, sin embargo, según la revista Medicina de Buenos Aires (2013; 73 Supl.I: 10-15) comparten algunas características en cuanto a las alteraciones del lenguaje y el comportamiento social, siendo de ardua dificultad la observación de niños con dificultades en el lenguaje y su desarrollo, teniendo en común el retraso en la adquisición de este. Este hecho hace complicado la elaboración de un diagnóstico precoz, ya que tienden a confundirse los términos al compartir diversos aspectos que pueden llegar a ser pertinentes en este diagnóstico.

Según Martos y Ayuda (2004) afirman que la identificación de signos de alarma y síntomas tempranos en estos dos trastornos (TEA y TEL) constituyen un reto, por lo tanto señalan el valorar la evolución experimentada obtenida a lo largo del tratamiento, viendo la influencia que esta ejerce sobre habilidades en ámbitos de la interacción social, el desarrollo de la comunicación y el lenguaje y la actividad imaginativa y simbólica. En su estudio, ven como niños con rasgos de TEA mostraban un retraso motor, se aíslan, no responden a su nombre y no hablan, mientras que en un TEL, observan que como signo de alarma está la no aparición del lenguaje y en retraso en su adquisición, definiendo estas dificultades desde un prisma evolutivo atendiendo a la comprensión, a la forma y al uso del lenguaje. En ambas patologías encuentran una mayor complejidad de las funciones comunicativas, de la función simbólica y de la atención conjunta, coincidiendo con la revista Medicina mencionada con anterioridad. Sin embargo, aquellos con TEL tienen una mejor evolución que los de TEA.

A continuación se explicaran mejor tanto una patología como otra para así dar paso a una investigación empírica sobre estas.

TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE

El TEL se define como un conjunto de dificultades en la adquisición del lenguaje, siendo estas no evidenciadas por problemas neurológicos, cognitivos, sensoriales, motores ni del entorno. Estos niños manifiestan también alteraciones en el ámbito pragmático, agravándose y clarificándose a medida que la comprensión lingüística está más afectada. Sin embargo, Fresneda y Mendoza (2005) afirman que existen dificultades a la hora de poner en práctica esta definición debido a no saber exactamente a qué tipo de pacientes se refiere ni sus dificultades. Estos llegan a la conclusión de que un niño presentaría un TEL si este no se puede atribuir a ninguna causa obvia, solo afectando a sus habilidades lingüísticas, siendo sus otras habilidades "normales" según el desarrollo pertinente y si estos problemas en el lenguaje perduran en el tiempo.

Existen muchas más definiciones del concepto, sin embargo, la más integradora para el concepto de TEL, según la ASHA (2000):

“Un trastorno de lenguaje es la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico, o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo .“

(ASHA, 2000)

Sin embargo, dentro de estas patologías podemos ver distintos tipos, es decir, el TEL puede clasificarse, según Mendoza (2012) coincidiendo con el estudio de Fresneda y Mendoza (2005) este trastorno se puede clasificar en TEL expresivo (TEL-E) y TEL expresivo y receptivo, o también conocido como TEL mixto (TEL-ER). Esta clasificación coincide con aquella que recoge el DSM V, siendo este el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association,

APA) el cual contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Es un manual el cual proporciona un lenguaje común entre los distintos especialistas a la hora de elaborar un diagnóstico clínico.

Según Fresneda y Mendoza (2005) a la hora de identificar esta patología, los criterios que se han seguido son de exclusión, de especificidad, de discrepancia, y de evolución.

- **Identificación por inclusión-exclusión:** Serían los requisitos mínimos que debe tener una persona o por el contrario, los problemas o trastornos que se deben descartar para poder considerar un TEL. Aquellos que presenten retraso mental, deficiencia auditiva, disturbios emocionales, anormalidades bucofonatorias y signos neurológicos claros no podrían pertenecer a este tipo de población, considerando esta identificación.
- **Identificación por especificidad:** Estos criterios serían complementarios a los de exclusión puesto que entiende que los niños y niñas con TEL no podrán presentar ninguna patologías distintas a la lingüística, es decir, asumir la normalidad en todos los dominios menos en el lenguaje.
- **Identificación por discrepancia:** Se considera la diferencia de la edad lingüística con respecto a la cronológica o entre la cognitiva (discrepancia cronológica/ discrepancia cognitiva).
- **Identificación por la evolución:** Son criterios que poseen un carácter duradero y resistentes al tratamiento, son aquellos que diferencia un retraso del lenguaje con un trastorno, ya que en los primeros se observaría evolución a medida que pasan las sesiones del tratamiento.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Dada la heterogeneidad de la población infantil con autismo y la gran variedad en el grado de habilidades sociales y comunicativas que manifiestan los infantes con este trastorno, tras varios estudios y discusiones se ha considerado más apropiado el uso de la denominación de trastorno del espectro autista (TEA). Es un trastorno del desarrollo complejo que afecta a habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales. La Federación Autismo Andalucía (FAA), definen el TEA:

"Una profunda alteración de diferentes funciones del sistema nervioso central, que configuran este trastorno como una discapacidad diferente con entidad propia y generando unas necesidades de tratamiento específico y especializado".

(FAA, 20017)

Según Millá y Mulas (2009) las características más destacadas de estos niños y niñas son las deficiencias cualitativas en la interacción social y en la comunicación, estereotipias y un repertorio limitado de interés y actividades. Además Monfort (2009) señala que "la comunicación es uno de los tres ejes que definen el cuadro autista y las habilidades pragmáticas (limitaciones funcionales, ecolalias, etc.) se van a ver afectadas de manera sistemática." Por lo tanto un enfoque general en la AT para el TEA se debe centrar en el niño, la familia y el entorno , estando entre ellos debidamente coordinados. Como resultado, los programas de actuación que se plantean tienen aspectos diferenciadores con respecto a otros trastornos, como por ejemplo del TEL. EL objetivo de estas actuaciones debe ser el de favorecer la adaptación del paciente a su entorno, haciéndole independiente y autónomo, por lo tanto un diagnóstico precoz es importante para empezar cuanto antes esa intervención. Estas intervenciones deberán contemplar la globalidad de este atendiendo a todas sus áreas de desarrollo.

Sin embargo la identificación precoz representa un gran desafío clínico debido a que en las edades tempranas de AT los síntomas que se encuentran son distintos a medida que crecen , es decir, son distintos a los síntomas más

conocidos con 5 años. Según Cortez Bellotti de Oliveira y Contreras (2007), con 18 meses, los síntomas más comunes son las alteraciones en el área de la interacción social y de la comunicación, sin embargo, no son altamente anormales, sino que son cualitativamente distintos. Estos serían la ausencia de contacto visual, de protodeclarativos y de protoimperativo, ausencia de atención conjunta y de juego imaginativo. También el no contestar al ser llamado por su nombre, refiriéndose a una posible sordera paradójica sería otro síntoma. La aversión al tacto, los problemas sensoriales, como hipersensibilidad o hiposensibilidad a sonidos o texturas también son comunes en este tipo de patología, haciendo que muchos presenten problemas en la alimentación.

Con respecto a esto, niños que presenten un tipo de patología determinada o signos de alarma de esta, como comenta Ventoso (2000), respecto a algunos trastornos, puede que un factor influyente recaiga en presentar alteraciones sensoriales marcadas en los primeros años del desarrollo, pudiéndose ver alterados por oscilaciones de hipersensibilidad o hiposensibilidad, siendo tal el estímulo sensorial que pueda llegar a crear un rechazo. Otro factor se puede dar en alteraciones perceptivas respecto a la modalidad gustativa, los niños pueden presentar una hipersensibilidad gustativa o posibles alteraciones sensoriales en el olfato, gusto o tacto. Esto genera una tendencia a seleccionar los alimentos de manera rígida hacia determinados sabores, olores o texturas. Al cambiar este tipo de alimentos, puede producir tal desorden cognitivo que explicarían muchas de las alteraciones conductuales. También se puede dar el caso de que se den un tipo de alteraciones perceptivas que desencadenan alteraciones sensoriales. Karina (2010) afirma que los niños con ingestas selectivas, teniendo un rechazo por alimentos específicos debido a una alteración perceptiva, llegan a presentar un comportamiento que puede variar entre una normal resistencia a introducción de alimentos nuevos a la más profunda negación. Estos casos severos pueden presentar dificultades sensoriales, como sensibilidad al ruido o dificultades ante el tacto de determinados texturas.

A continuación, se reflejarán unos indicadores típicos de la etapa de 18-36 meses en niños y niñas con TEA (Cortez Bellotti de Oliveira, M. y Contreras, M.M. , 2007. pp422) :

1. Sordera aparentemente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
2. No comparte "Focos de atención" con la mirada.
3. Tiende a no mirar a los ojos.
4. No mira a los adultos vinculantes para comprender situaciones que le interesan o extrañan.
5. No mira lo que hacen las personas.
6. No suele mirar a las personas.
7. Presenta juego receptivo o rituales de ordenar.
8. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones
9. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa.
10. Las novedades le disgustan.
11. Atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de video.
12. Coger rabietas en situaciones de cambio.
13. Carece de lenguaje o, si lo tienen, lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
14. Resulta difícil "compartir acciones "con él.
15. No señala con el dedo índice para compartir experiencias (protodeclarativos).
16. No señala con el dedo índice para pedir (protoimperativos).
17. Frecuentemente "pasa por" las personas como si no estuvieran.
18. Parece que no comprende o que comprende "selectivamente", sólo lo que le interesa.
19. Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano.
20. No suele iniciar las interacciones con los adultos.
21. Para comunicarse con él, hay que "saltar un muro", es decir, ponerse frente a frente y producir gestos claros y directivos.
22. Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad.
23. No "juega con" otros niños.

24.No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.

25.No da impresión de “complicidad interna” con las personas que lo rodean aunque tenga afecto por ellas.

Procedimiento diagnóstico TEL Y TEA

Como se ha podido observar, en los primeros años de vida, ambas patologías presentan una sintomatología similar en cuanto a dificultades y alteraciones en el lenguaje y la comunicación. Esto hace que a la hora de elaborar un diagnóstico precoz sea más difícil. Según Fortea, Escandell y Castro (2014), debido a esta problemática, afirman que es frecuente la convivencia de ambos diagnósticos con respecto a estas patologías. Sin embargo, pacientes con TEA presentan menor riqueza comunicativa frente a dificultades en los componentes formales del lenguaje, los cuales estarían más afectados aquellos con TEL. Pese a esto, en niños y niñas con TEA, que presentan un retraso mental, son mayores las dificultades en fonología, léxico y morfosintaxis. La enorme variabilidad y heterogeneidad del lenguaje y sus dificultades hace una ardua tarea establecer los límites que diferencian ambos trastornos, cruzándolos en alguna ocasión.

A la hora del procedimiento diagnóstico en ambas patologías, existe un manual, el cual es el sistema de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación y la docencia, el DSM-V (2014) . De este se ha recogido los siguientes criterios a seguir en base al TEL y TEA:

TEL:

- Dificultad en el aprendizaje y la utilización de las aptitudes académicas, obviando uno de los siguientes ítems:
 - Lectura imprecisa, lenta o con esfuerzo.
 - Dificultad para comprender lo que se lee.
 - Dificultades ortográficas.
 - Dificultades expresión escrita.
 - Dificultades para el cálculo.

- Dificultades para el razonamiento matemático.
- Las aptitudes académicas afectadas están por debajo de la edad cronológica del individuo.
- Las dificultades comienzan a presentarse en edad escolar, pero no darse totalmente hasta las demandas académicas superen las capacidades limitadas.

Se han de cumplir los cuatro criterios diagnósticos basándose en una síntesis clínica de la historia del individuo.

TEA:

- Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos:
 - En la reciprocidad socioemocional.
 - En las conductas comunicativas.
 - En el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.
- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades en dos o más de los siguientes puntos:
 - Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
 - Insistencia en la monotonía, resistiéndose a cambios.
 - Intereses muy restringidos.
 - Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales.
- Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo.
- Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual.

Siguiendo estos criterios, se puede encontrar relativamente sencilla la diferenciación entre patologías, sin embargo, para un diagnóstico precoz, el cual se da en edades muy tempranas (1-3 años), como se ha mencionado con anterioridad, se tiende por confundir síntomas y clasificar erróneamente o alargar el proceso de diagnóstico, considerándolo signos de alarma. Como resultado de esta problemática, se desarrolla la siguiente investigación.

PARTE

EMPÍRICA

A lo largo de la investigación teórica, se observa que no existen muchos estudios explicando en Atención Temprana los conceptos de patologías de TEL y TEA, debido a esta problemática, es necesario indagar más sobre ello para poder obtener información más específica. El objetivo del estudio empírico que se realizará a continuación es el de analizar en profundidad distintos signos de alarmas de TEL y TEA, comparándolas para poder ver las diferencias y así elaborar un posible diagnóstico con más precisión.

Se llevará a cabo, en el Centro de Salud de Nueva Montaña, con los pacientes de una de las profesionales en logopedia. El centro de salud se encuentra en calle Rosalía de Castro, 1. Como se ha mencionado anteriormente, se trabaja con edades comprendidas entre 0-6 años, sin embargo, en esta investigación, ninguno de los infantes supera los 3 años, ya que a partir de esa edad, se escolarizan y es cuando la comunidad educativa se encarga de ofrecerles todos los apoyos necesarios. Las familias que acuden son de la zona de Peñacastillo, Nueva Montaña y alrededores (Astillero, Camargo...), por lo tanto es un ratio pequeño de muestra para la investigación. El estudio se realizará con un total de 12 personas (8 niños y 4 niñas) los cuales presentan una sintomatología muy parecida.

Antes de empezar la investigación cabe mencionar los objetivos y las diferentes hipótesis que se plantean en base al contenido teórico.

El objetivo principal, como se ha mencionado con anterioridad, es el de especificar las diferencias entre TEL y TEA en edades tempranas para así elaborar un plan de intervención más eficaz, centrando las estrategias y el modelo a seguir según las necesidades del alumno. Por ende, antes de empezar el muestrario y procedimiento, se plantean una serie de hipótesis las cuales se intentarán demostrar y justificar:

- Debido a la rigidez, los niños con un TEA tiene más problemas alimenticios que los que tienen un TEL.
- Tener un trastorno en el sueño se debe a su posible patología.
- La presencia de estereotipias puede determinar la patología de TEA.

- La carencia de juego simbólico diferencia un TEA de un TEL.
- Respecto a aspectos conductuales, la tendencia al desafío determina una diferencia entre un TEA y un TEL.
- Los niños con TEA suelen haber tenido dificultades en el embarazo y el parto.
- Dependiendo de la historia clínica se puede determinar su posible patología.
- La falta de contacto ocular, la sordera paradójica, la carencia del protodeclarativo y el protoimperativo indica que es un posible diagnóstico TEA y lo diferencia del TEL.
- Hay más porcentaje de niños que de niñas con patologías de TEA y TEL.
- Los niños con TEA o TEL tienden a tener una evolución más lenta que las niñas con la misma patología.

MÉTODO

Para poder llevar a cabo este trabajo de investigación y poder alcanzar el objetivo recalcado, y así demostrar las hipótesis planteadas, se llevará a cabo un estudio en el cual se realizará una serie de análisis y evaluaciones cualitativas, con motivo de obtener unos resultados y finalizar el trabajo con una serie de conclusiones claras.

Este método de análisis está compuesto por tres partes: muestra, procedimiento y cómo se analizarán los resultados. Después de poner en práctica esto se dará paso a los resultados.

MUESTRA

En primer lugar, como se ha mencionado con anterioridad, se trabaja en un Centro de Salud en Santander, con un ratio de 12 pacientes con sintomatologías parecidas. A continuación se explicará al detalle la historia clínica de cada uno para poder situarnos en un contexto más específico para facilitar la obtención de las conclusiones pertinentes.

N.º 1:

- Niño
- Nació en enero de 2015 y acude a AT a los 2 meses.
- Nace con Fórceps
- A las 24 horas de vida sufre un proceso de hipocalcemia. Está en neonatología 4 días
- Sufre una intervención de craneosinostosis
- Estuvo en Estimulación, Fisioterapia y Rehabilitación Infantil antes que en el Logopedia.
- Actualmente también está en Neonatología, Neuropediatría y Neurocirugía.
- Está diagnosticado de:
 - Craneosinostosis
 - Alteración del tono muscular, hipertónico

- Alteración de la interacción y comunicación
- Retraso evolutivo

N.º 2:

- Niño
- Nació en agosto de 2014 y acude a AT con 20 meses.
- Parto por cesárea y fecundación in vitro.
- Estuvo en Estimulación.
- Está diagnosticado de:
 - Alteración de la interacción y comunicación

N.º 3:

- Niño
- Nació en diciembre de 2014 y acude a AT con 25 meses
- Embarazo y parto normal
- Sufre una plagiocefalia
- Estuvo en Estimulación (baja por falta de asistencia)
- Deriva la orientadora del colegio
- Actualmente está en Neuropediatría
- Está diagnosticado de:
 - Alteración de la interacción y comunicación
 - Retraso madurativo

N.º 4:

- Niño
- Nació en julio de 2014 y acude a AT con 22 meses
- Embarazo y parto normal
- Deriva el pediatra. Dificultad adaptación al colegio
- Está diagnosticado de:
 - Retraso del lenguaje expresivo

N.º 5:

- Niño
- Nació en marzo de 2014 y acude a AT a los 29 meses
- Embarazo con reposo absoluto, nacimiento a las 36 semanas pero normal
- Está diagnosticado de:
 - Retraso del lenguaje receptivo y expresivo

N.º 6:

- Niño
- Nació en febrero de 2015 y acude a AT a los 19 meses
- Embarazo y parto normal
- Deriva un pediatra privado
- Poca estimulación en el ambiente
- Está diagnosticado de:
 - Alteración de la interacción y comunicación

N.º 7:

- Niño
- Nació en mayo de 2014 y acude a AT con 24 meses pero a seguimiento, con 29 se decide intervenir.
- Embarazo y parto normal
- Está diagnosticado de:
 - Retraso lenguaje expresivo

N.º 8:

- Niño
- Nació en marzo de 2014 y acude a AT con 4 meses
- Embarazo con preeclampsia (alta presión arterial) y parto a las 38+1 semanas por cesárea
- Sufre una plagiocefalia postural con un sostén cefálico precario y una lateroflexión del cuerpo a la derecha. Esto tiene relación con su desarrollo tardío.
- Estuvo en Estimulación y Fisioterapia antes que en Logopedia

- Actualmente está en Neuropediatría, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Ortopedia Infantil (tienen el alta) y Rehabilitación Infantil.
- Está diagnosticado de:
 - Alteración de la interacción y comunicación
 - Deformidad craneal
 - Retraso evolutivo moderado

N.º 9

- Niña
- Nació en enero de 2014 y acude a AT con 20 meses
- Embarazo normal y parto por cesárea
- Deriva a AT su pediatra
- Problema con la alimentación. Alimentación selectiva
- Primera palabra a los 29 meses
- Está diagnosticada de :
 - Alteración de la interacción y comunicación

N.º 10

- Niña
- Nació en abril de 2015 y acude a AT con 19 meses
- Embarazo y parto normal (nace a las 37 semanas)
- Está diagnosticada de:
 - Retraso del lenguaje receptivo y expresivo

N.º 11

- Niña
- Nació en enero de 2014 y acude a AT con 21 meses
- Embarazo y parto normal
- A los 8 meses la derivan a un otorrino por posible sordera
- Deriva a AT su pediatra
- Está diagnosticada de:
 - Retraso del lenguaje receptivo y expresivo

N.º 12

- Niña
- Nació en febrero de 2014 y acude a AT con 13 meses
- Embarazo y parto normal
- Estuvo en estimulación por un retraso en el área motora
- Acude a logopedia en AT a los 31 meses por un posible TEL expresivo
- Está diagnosticada de:
 - Retraso del lenguaje expresivo.

Una vez analizados uno a uno los objetos de este estudio, se ha realizado una tabla “**Anexo 1**” comparativa para que sea más sencillo observar las posibles diferencias e ítems en común que pueden compartir entre unos y otros.

En este estudio, también se ha tenido en cuenta la opinión de dos profesionales que trabajan en este campo, AT con especialidad en logopedia. Se presenta a continuación una breve descripción de las características principales de dichos profesionales:

Participante número 1: Profesional con el título en logopeda que actualmente trabaja en el Centro de Salud de nueva montaña como especialista de AT y tutor del autor de este estudio durante sus practicas. Dotado de varios años de experiencia en este campo y con un gran conocimiento en base a sus experiencias previas.

Participante número 2: Profesional con el título en logopedia recientemente actualmente a disposición de realizar sustituciones. Carece de experiencia en el campo de la AT, solo ha podido estar dos semanas de sustitución en un Centro de Salud. Su conocimiento se basa en sus recientes años de universidad.

PROCEDIMIENTO

EL instrumento utilizado para realizar este estudio es un tabla "**Anexo 2**" la cual tiene el fin de evaluar los distintos aspectos que pueden diferenciar un niño o niña con TEA de uno con TEL en el ratio ya establecido con anterioridad.

Esta tabla ha sido elaborada por el autor de este trabajo para facilitar la evaluación cualitativa, con una serie de ítems significativos para sacar las distintas conclusiones. La valoración ha sido pasada a estos pacientes durante sus sesiones pertinentes en 4 meses, teniendo una observación e intervención directa con ayuda de una especialista en logopedia para que este análisis sea más preciso. Se ha pasado en sesiones individuales de 40 minutos con cada infante y su familia. El espacio en los que se ha llevado a cabo la observación del trabajo de esta especialista ha sido su propio aula en el centro de salud. Es un despacho pequeño el cual dispone de distintos materiales médicos (camilla, tensiómetro, láminas de prueba de visión...) los cuales indican que no es un aula convencional preparada para las sesiones de AT. Pese a esto, está decorada con unos pocos animales y objetos distribuidos de manera que el paciente los pueda ver y así poder trabajar con ese estímulo visual.

La evaluación y observación de los siguientes ítems será de manera cualitativa teniendo en cuenta las respuestas que los infantes puedan dar ante las sesiones de la especialista.

A continuación se explica y describe la utilización de los distintos ítems en la tabla:

- **Posible patología:** Debido al objetivo principal de este estudio, cabe hacer una clasificación entre TEL o TEA para facilitar las posibles conclusiones y resolución de hipótesis en base a los resultados.

Según Monfort, y Juárez Sánchez, afirman en su libro "Los niños disfásicos" (2002) que hay que tener en cuenta distintos aspectos no lingüísticos a la hora

de elaborar las posibles estrategias a seguir. Con esto se tendrá en cuenta con su desarrollo evolutivo. Estos aspectos serán:

- **Aspectos cognitivos:** Se centra en la adquisición del juego simbólico y de imágenes mentales, siendo esta una posible característica que diferencia estas dos patologías.
- **Aspectos perceptivos:** Se centra en la necesidad de más tiempo en la presentación de los estímulos, en este caso, de nuevas texturas y la exploración mediante el tacto.
- **Aspectos psico-motores:** Se centra en la inmadurez de las destrezas motoras, es decir, en la motricidad fina (pinza digital) y gruesa.
- **Aspectos conductuales:** Se centra en el control de las emociones, la etapa del desafío y la rigidez mental que puedan presentar en base a su desarrollo evolutivo teniendo en cuenta su patología. Se dividirá en 3 grupos: Etapa desafío por la edad, Desafío por rigidez mental y desafío por rigidez, por no comprensión y un posible retraso cognitivo.
- **Estereotipias:** Siendo estas los movimientos sin finalidad concreta ni propósitos y repetitivos que siguen un repertorio particular de cada uno que presenta un patrón temporal.
- **Alimentación y sueño:** Se centra en observar si existe alguna alteración en alguno de estas dos funciones básicas para el buen desarrollo del infante y que trastornos presenta.
- **Padres:** Se centra en la intervención de los padres en las sesiones de sus hijos, la preocupación y el trabajo que realizan fuera de las sesiones.

Para la parte más cualitativa de esta investigación, centrada en la entrevista realizada a dos profesionales, el autor de este trabajo ha desarrollado una

entrevista específica. Tanto las preguntas de la entrevista como las respuestas ofrecidas por los participantes se presentan en el "**Anexo 3**".

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como ya se ha mencionado con anterioridad, los resultados se obtendrán mediante una observación sistemática de los distintos aspectos recogidos en la tabla "**Anexo 2**" de manera cualitativa. Estos se agruparán esquemáticamente en forma de gráficas, dependiendo de la respuesta dada por el infante, facilitando al lector su comprensión.

Con estos resultados se volverá a revisar las hipótesis planteadas, con motivo de comprobarlas para conseguir llegar al objetivo principal de este estudio. Una vez discutidas estas, se pasará una entrevista "**Anexo 3**" a diferentes profesionales del centro de AT, para comparar los resultados con sus conocimientos basados en la experiencia. Por último, se concluirá con una crítica hacia la investigación y sus limitaciones para poder dar lugar a posibles líneas de trabajo.

RESULTADOS

Este apartado se compone a su vez de tres subapartados que corresponden a: (1) los datos del tabla comparativa elaborada; (2) lo datos de la tabla de muestra de la historia clínica; y (3) los datos de la entrevista a los profesionales.

(1) Resultados de la tabla comparativa elaborada.

Los datos obtenidos en la tabla "**Anexo 4**" se basan en una observación sistemática durante 4 meses a las sesiones de una de las logopedas en AT, en el Centro de Salud. Cada sesión es de unos 40 minutos donde los padres están presentes.

En las siguientes figuras (1-3) se presentan algunas características de la muestra. Se observan a 12 niños y niñas con sintomatologías similares. Podemos ver como, en un posible diagnóstico, 7 de cada 12 se diagnostica TEL, mientras que los otros 5 restantes TEA. De esto 7 pacientes con un posible TEL, se observa que 3 son niños y 4 niñas. En el caso de los que pueden padecer un TEA son todo varones.

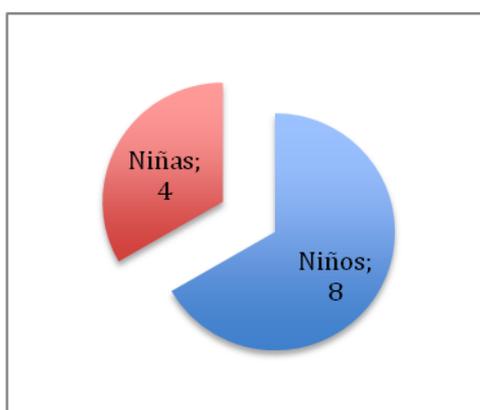


Figura 1. Distribución de la muestra según el género.

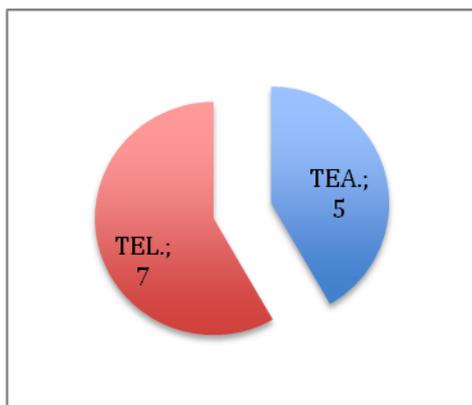


Figura 2. Distribución de la muestra según diagnóstico

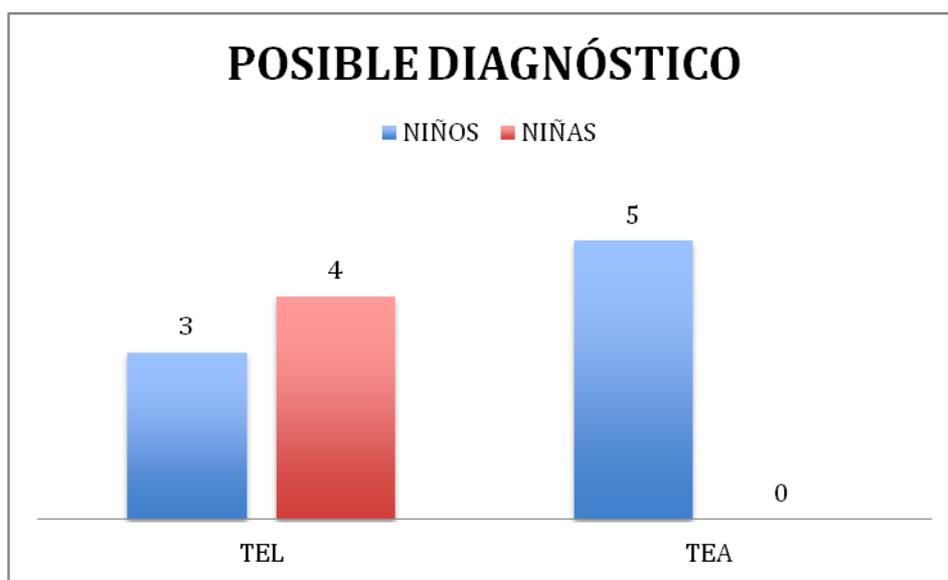


Figura 3. Contingencia género y diagnóstico

Con respecto a los resultados frente a los aspectos cognitivos (figura 4), se puede encontrar como aquellos con un posible TEL solo 1 de ellos no tiene adquirido el juego simbólico ni imágenes mentales, mientras que en aquellos con posible TEA, 3 de ellos tampoco pero 1 sí que los tiene interiorizados. Uno de estos infantes no lo tiene adquirido del todo pero está en una etapa muy precaria.

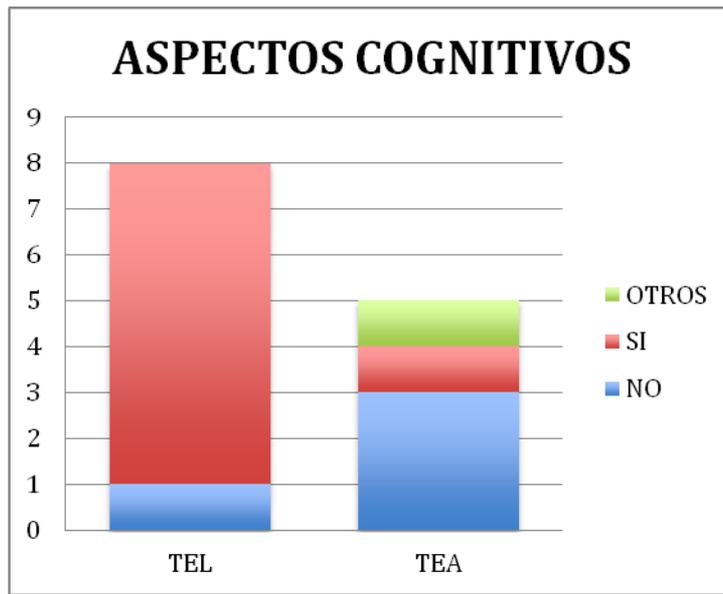


Figura 4. Distribución de la muestra según aspectos cognitivos

Los aspectos conductuales (figura 5) se puede ver como todos aquellos con un posible TEL, están en aquellos cuyo desafío viene dado por su edad. Dentro de este grupo hay un paciente que a parte por este motivo, también es por su falta de anticipación, es decir, no comprende lo que va a suceder y por eso ante un estímulo que no anticipa entra en rabieta. En este grupo también se encuentra un posible TEA. Con respecto a los demás con esta posible patología, 3 de ellos tiene una mala conducta debido a su rigidez al cambio, y por último , uno de los infantes debido a su posible retraso cognitivo, entra en el desafío por esa rigidez y falta de comprensión.

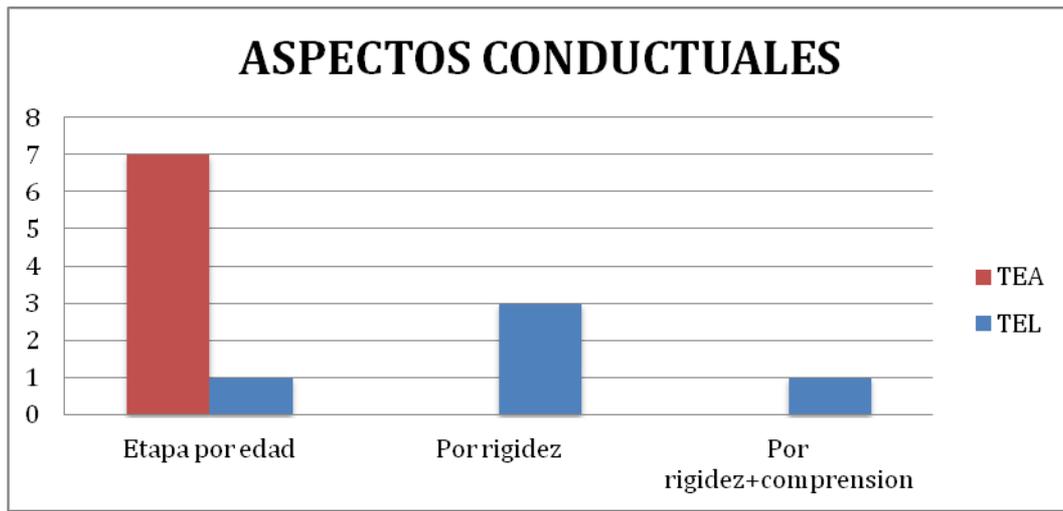


Figura 5. Distribución de la muestra según aspectos conductuales

En cuanto a las estereotipias (figura 6), siendo una de las características más conocidas en un TEA, se puede ver como todos aquellos pacientes que se diagnostican con un posible TEA poseen estas. Sin embargo también podemos encontrar a un posible TEL con estas, aunque puede darse debido a una falta de lenguaje o un tic nervioso.

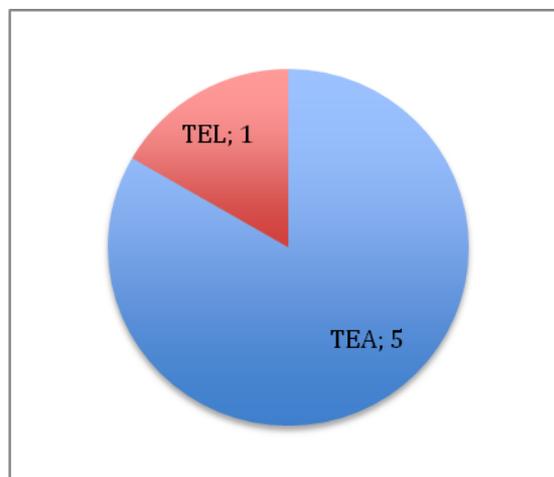


Figura 6. Contingencia estereotipias y diagnóstico

Respecto a la alimentación (figura 7), se puede encontrar como solo uno de los pacientes con posible TEA tiene una buena alimentación frente a 3 con TEL, sin embargo, los otros 4 restantes de cada grupo conservan una mala alimentación. Cuando se habla del sueño, los resultados cambian, es decir, ningún TEL tiene problemas con este, sin embargo 2 de 5 niños con posible

TEA si. Considerando los trastornos de sueño (figura7), se observa como 2 de cada 5 infantes con posible TEA tienen un problema con este. Sin embargo, ninguno con TEL lo tiene.

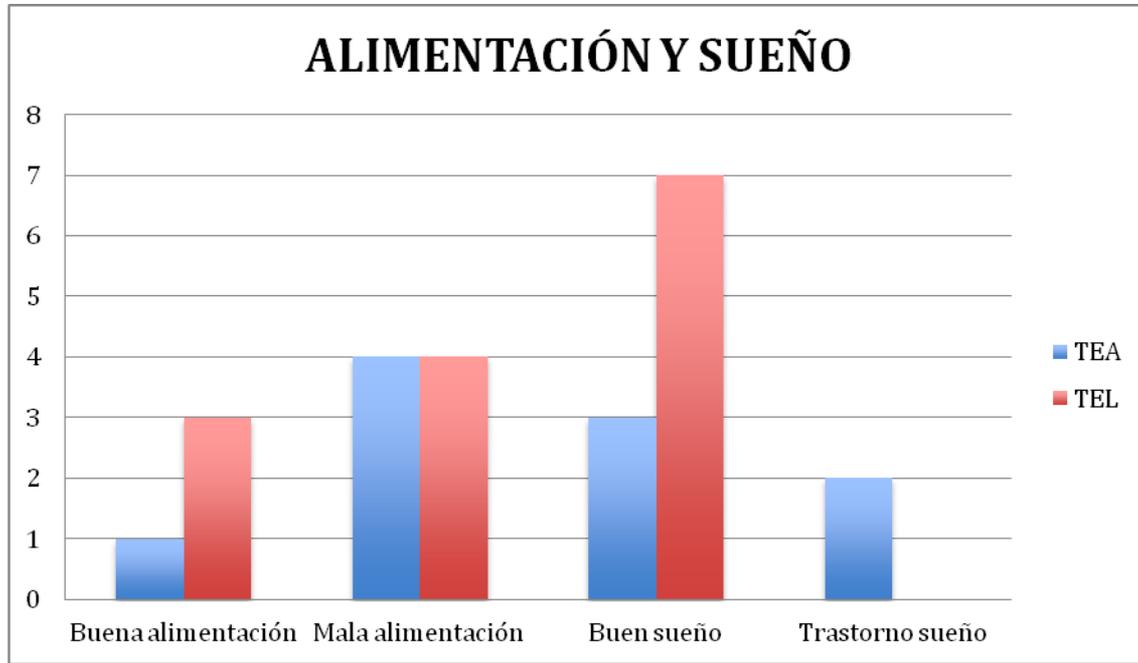


Figura 7. Distribución de la muestra según alimentación y sueño.

En la tabla aparecen los aspectos perceptivos, sin embargo no se tendrá en cuenta en este trabajo debido a la poca información obtenida.

Por último, en esta tabla "Anexo 4" se encuentra el apartado de padres, el cual se observan dos tipos: aquellos que se mantienen distantes a la intervenciones su hijos, es decir, no son participativos, y por el otro lado aquellos que se preocupan por las sesiones de estos e intervienen para poder trabajar en casa lo mismo. En el primer grupo hay 7 familias frente a 5 que pertenecen al otro.

(2) Resultados de la tabla de muestra de la historia clínica.

Analizando la tabla comparativa de las historia clínicas de los pacientes "Anexo 1" podemos resumir en :

Problemas en el embarazo: 9 NO ; 3 SÍ (2 TEL, 1 TEA)

Problemas en el parto: 8 NO ; 4 SÍ (2 TEL, 2 TEA)

Concepción Natural: 1 NO (1 TEA); 11 SÍ

Problemas motores: 7 NO ; 5 SÍ (4 TEA, 1 TEL)

Tardar en andar: 11 NO ; 1 SÍ (1 TEL)

Están o han estado en otros servicios: 7 NO ; 5 SI (5 TEA)

Poseen una alteración en la interacción y comunicación: 7 NO ; 5 SI (5 TEA)

(3) Resultados de la entrevista.

La participante 1 decía que los niños y niñas con ambas patologías presentan una rigidez alimenticia, un problema en la conducta, presentando comportamientos desafiantes y que su evolución no tiene que ver según el género, sino por el nivel cognitivo de cada infante.

También encuentra diferencias en las patologías en base a la presencia de estereotipias , de la carencia de juego simbólico, el contacto ocular, sordera paradójica y la carencia de protodeclarativo y protoimperativo, diciendo que estas lo presentan los TEA y no los TEL. Sin embargo, expresa que hay diferencia con los trastornos de sueño aunque no suficiente como para decir que es una característica importante a la hora de diferenciar patologías.

Por último señalar que no le da importancia a la historia clínica ni concepción para un diagnóstico precoz y si hace una distinción respecto al género, afirmando que hay mas varones que mujeres sufriendo estos trastornos.

La participante 2 decía que sus historias clínicas si que podían determinar su patología, es decir que les da importancia para la elaboración de un diagnóstico precoz . Sin embargo, dota como características diferenciales a los trastornos alimenticios y del sueño, a la presencia de estereotipias, carencia de juego simbólico, las conductas desafiantes, el contacto ocular, la sordera paradójica y la carencia del protodeclarativo y protoimperativo, siendo estas típicas de un TEA.

Por último decir que respecto al género, afirma que hay más varones que mujeres con estos trastornos, sin embargo las mujeres tienden a tener mejor evolución que los varones.

CONCLUSIONES

Para finalizar este trabajo, se han obtenido una serie de conclusiones a partir de los resultados conseguidos en este. Se observa como de 12 pacientes, 7 de ellos tienen un posible diagnóstico de TEL frente a 5 con posible TEA. De estos, se puede destacar como todas las niñas pertenecen al grupo de los TEL y no hay ninguna con TEA.

Como se puede observar, con respecto a los problemas alimenticios, 7 de los pacientes sufren de estos, siendo 4 infantes con TEA y 3 con TEL aquellos afectados. Teniendo solo en cuenta el numero de afectados, sin fijarse en el total de la muestra, se podría afirmar que tienen ambas patologías un grado de afectación parecido, pudiéndose considerar una característica común, sin embargo, de cada 5 niños y niñas con TEA, solo 1 no acuña este problema, frente a los 4 con posible TEL. Por lo tanto, podemos afirmar la hipótesis: **"Debido a la rigidez, los niños con un TEA tiene más problemas alimenticios que los que tienen un TEL."** ya que hay un mayor porcentaje de estos, además de que en el procedimiento elaborado, se observó que estos 4 afectados con TEA, si que era debido a su rigidez, sin embargo en aquellos con posible TEL había distintas causas y una evolución positiva.

Considerando la hipótesis: **"Tener un trastorno en el sueño se debe a su posible patología."** se observa como ningún paciente con posible TEL sufre ningún problema con el sueño, con lo cual se puede decir que esta característica no se cumple en esta patología. Aunque, por otro lado, aquellos con TEA, siendo una minoría, sí que sufren algún tipo de problema con el sueño, pero pese a este dato, se puede decir que está hipótesis es errónea, puesto que no son casos relevantes ni una característica que pueda ser determinante para su diagnóstico precoz.

En el estudio, todos aquellos objetos de este con un posible TEA presentan algún tipo de estereotipia, frente a sólo un caso con posible TEL, siendo esta estereotipia más bien considerada un "Tic". Como resultado a este dato, se puede decir que la presencia de estereotipias si que es una característica

pertinente en una posible patología TEA, obteniendo una clara diferencia frente a los TEL. Por lo tanto, la siguiente hipótesis: **"La presencia de estereotipias puede determinar la patología de TEA."** se habría cumplido.

Con anterioridad, se planteó la hipótesis: **" La carencia de juego simbólico diferencia un TEA de un TEL."** la cual, analizando los aspectos cognitivos y centrándonos en el juego simbólico, podemos afirmar como la carencia de juego simbólico es una de las diferencias entre patologías, por lo tanto, la carencia de este, una característica del TEA. Sin embargo existen excepciones en ambos casos, que pueden deberse a la estimulación que obtengan en su entorno la cual desarrolla o inhibe ese juego.

Los resultados en los aspectos conductuales han sido muy variados, sin embargo, se puede separar en dos grandes subgrupos, aquellos que presentan una conducta desafiante debido a la edad, siendo esta un hito en el desarrollo, y aquellos que la presentan debido a su rigidez mental como motivo principal. En este caso se ha encontrado que todos aquellos con un posible TEL muestran esa conducta de manera normal, sin embargo 4 de los 5 con posible TEA su conducta si que se debe a su rigidez. Como resultado, se puede afirmar como la hipótesis: **"Respecto a aspectos conductuales, la tendencia al desafío determina una diferencia entre un TEA y un TEL"** sería totalmente válida y quedaría demostrada.

Con respecto a la historia clínica y los antecedentes de cada paciente, se elaboraron dos hipótesis: **"Los niños con TEA suelen haber tenido dificultades en el embarazo y el parto."** y **"Dependiendo de la historia clínica se puede determinar su posible patología."**. En este caso, debido a la gran variedad de resultados y al no seguir un patrón fijo, se llega a la conclusión de que estas dos hipótesis no son demostrables por lo tanto erróneas. Como consecuencia, se puede afirmar, que en esta investigación, que la historia clínica y sus antecedentes, no son determinantes para un diagnóstico precoz.

Durante estos 4 meses en el centro de salud, se ha podido observar, mediante el día a día, diferentes comportamientos presentados por los objetos a estudio, sin embargo, existe un patrón el cual se ha repetido en varios de ellos. Algunos presentaban un contacto ocular, a la hora de realizar las sesiones, casi inexistente, únicamente mediante la insistencia podía darse este contacto con el profesional de AT. Debido a esa falta, no llegaban a compartir aquello que estaban haciendo o los logros obtenidos. Otro aspecto repetitivo era la manera de solicitar juegos o material de algunos de estos niños y niñas, siendo este método el mirar hacia el objeto deseado, entrando en rabieta si no lo conseguía, aunque a medida que pasaron las sesiones esta forma de pedir cosas evolucionó. Debido a este análisis, se puede confirmar como la hipótesis: **"La falta de contacto ocular, la sordera paradójica, la carencia del protodeclarativo y el protoimperativo indica que es un posible diagnóstico TEA y lo diferencia del TEL."** es verídica, ya que esa falta de compartir experiencias se denomina "protodeclarativo" y esa manera precaria de solicitar objetos deseados se denomina falta del "protoimperativo". Además coincide como 5 pacientes son los que presentan estos comportamientos, siendo estos los posibles TEA, y en ninguno de los TEL están presentes estas características.

Por último, se comparó a los niños y las niñas que participan en este estudio, y se observó que hay un predominio de varones frente a las mujeres, con lo cual, generalizando, se afirma la hipótesis: **"Hay más porcentaje de niños que de niñas con patologías de TEA y TEL"** siendo 8 niños de 12 infantes. Trabajando en esta línea, respecto al género, se ha podido observar cómo la evolución de ambos ha sido proporcional a su nivel cognitivo, es decir, no por ser niño o niña su desarrollo es más veloz. Ya que se ha planteado el mismo programa a pacientes de ambos sexos y se han obtenido un desarrollo muy parecido. Por lo tanto, la hipótesis: **"Los niños con TEA o TEL tienden a tener una evolución más lenta que las niñas con la misma patología."** , basándonos en los resultados de este estudio, sería errónea y no se cumple.

Para poder contrastar los resultados del estudio se ha realizado dos entrevistas a dos profesionales de AT con especialidad en logopedia, sin embargo con dos

perfiles laborales distintos, es decir, el participante número 1 tiene una gran experiencia laboral ya que lleva muchos años ejerciendo la profesión y tratando este tipo de patologías mientras que el participante número 2 acaba de obtener su título en logopedia y lleva meses trabajando en este campo. "**Anexo 3**"

Analizando ambas entrevistas podemos observar como hay algunos puntos en común, los cuales coinciden con los diferentes estudios elaborados sobre estas dos patologías. Sin embargo, en aquellas que difieren, coincide que la participante número 2 da la misma contestación que los autores, dado a que no tiene la experiencia suficiente ni ha visto muchos casos con los que contrastar. Sin embargo, la participante número 1, la cual tiene bastante experiencia, no suele coincidir del todo en lo que señalan diversos estudios, debido a sus años en el servicio que la nutren de ejemplo que se contradicen. La conclusión que se puede obtener, a parte de compararla con las hipótesis comprobadas con anterioridad, es que a lo largo de los años ha sido muy difícil distinguir estas dos patologías y a día de hoy, no se ha encontrado "la verdad absoluta" sobre esto, por lo tanto hacen falta más investigaciones.

Como se ha mencionado al principio de la parte empírica, el objetivo principal de este estudio es el de especificar las diferencias entre TEL y TEA en edades tempranas para así elaborar un plan de intervención más eficaz, por lo tanto, basándonos en las hipótesis planteadas y las conclusiones obtenidas en base a los resultados de este trabajo, se puede afirmar como las principales diferencias entre los afectados de TEA y de TEL serían:

- Problemas alimenticios.
- Presencia de estereotipias
- Carencia de juego simbólico.
- Conductas desafiantes.
- Contacto ocular
- Carencia de protodeclarativo y protoimperativo
- Sordera paradójica.
- Prevalencia de hombres.

Mencionar que estos ítems, son aquellos que muestra una posible patología TEA y no una TEL, por lo tanto si el paciente adquiere da síntomas de tenerlos, se podría clasificar como TEA, mientras que si no es así, por eliminación, se puede diagnosticar TEL, teniendo en cuenta que el diagnostico se encontraría entre estas dos.

Analizando estos ítems se puede obtener un diagnóstico precoz para separar el TEA del TEL y así elaborar un plan de intervención focalizado en aquellas características típicas de cada patología, y basándose en los objetivos y el desarrollo que se desean alcanzar con el paciente.

Sin embargo, este estudio tiene ciertas limitaciones y carencias que eliminan cierto grado de veracidad. Esto se debe a que el trabajo se ha llevado a cabo en una localización limitada con un número pequeño de pacientes, lo cual hace muy difícil generalizar las conclusiones obtenidas a otro tipo de población, en otro lugar y establecimiento. Otra limitación es el método de trabajo utilizado para obtener los resultados, ya que solo ha sido utilizado únicamente el de un especialista, pudiendo dar otros resultados con distintos métodos utilizados por otros profesionales. Existen más diferencias y características entre TEL y TEA, sin embargo en este estudio no se han podido recoger todas. El análisis se ha elaborado de una manera cualitativa y mediante una observación sistemática de un solo individuo, lo cual hace que si otra persona realiza el mismo estudio, pueda dar resultados distintos, ya que no es un procedimiento aceptado por otros profesionales ni utilizado por ellos.

Por lo tanto, para poder mejorarlo, se sugiere que se amplíe el ratio de pacientes, de establecimientos, de profesionales que intervengan y de métodos de trabajo, para así poder sacar conclusiones más exactas. También el de mejorar el procedimiento y completarlo con más ítems determinantes a la hora de comparar patologías. Por último cabe mencionar futuras líneas de trabajo a raíz de este estudio:

- Características de los niños y niñas menores de 4 años con TEA.

- Características de los niños y niñas menores de 4 años con TEL.
- Intervenciones para niños y niñas con TEA.
- Intervenciones para niños y niñas con TEA.
- Diagnóstico precoz.
- Tipos de TEA.
- Tipos de TEL.
- Trastornos en la comunicación y la interacción social en niños.
- Cómo trabaja un logopeda en AT.

Para dar por finalizado este estudio, destacar que después de elaborarlo, se debe dar importancia al infante en sí y a sus necesidades para realizar un plan de actuación y no a su patología, sin embargo el diagnóstico precoz de esta hace de guía para una mejor intervención. A lo largo de este, se puede mal interpretar su objetivo principal, dando lugar a creer que lo más importante es clasificar al niño o niña en un grupo, siendo esto una idea equivocada, ya que cada infante crece en un entorno distinto, con distintos estímulos que puedan ocasionar un mejor desarrollo o la aparición temprana de signos de alarma. Por lo tanto, este estudio está hecho para facilitar la observación para el diagnóstico, descartando otros ítems que puedan confundirlo y focalizarse en aquellos que de verdad muestren la diferencia entre patologías. Así mismo, va orientado al desarrollo del lenguaje puesto que se ha realizado en ese ámbito. Para finalizar, señalar que lo importante, es encontrar la mejor manera de ayudar a alcanzar un desarrollo integral al alumno pese a sus posibles necesidades especiales, y esto se consigue mediante un plan de actuación eficaz, siempre teniendo en cuenta el día a día, la familia, los estímulos que puedan darse, el entorno y las capacidades del alumno, sin etiquetarlo y tratarlo como una patología más elaborando la misma intervención que con otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revised (DSM-V)*. Washington DC: APA.
- Aranda Redruello, Rosalía E, (Coord) (2008). *Atención Temprana en educación infantil*. Madrid: Wolters Kluwer España, S.A.
- Cortez de Belloti de Oliveira, M.; Contreras, M.M. (2007). Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses). *Arch Argent Pediatr*; 105 (5), 428-426.
- De Iscar Pérez, M.J. (2004). Reseña de “Manual de Atención Temprana” de Julio Pérez López y Alfredo G. Brito de la Nuez (Coord.). *Revista Psicothema*, 16, 707-708.
- Echevarria Sainz, A. ; Fernández Iglesias, S. ; de Frutos Iglesias, Ma. I. ; Ibiricu Garde, Ma. J. ; López de Munaín, L. ; Navarro Noguera, Ma. A. ; de la Peña Quijano, S. (2014). Abordaje de los problemas del lenguaje en la población infantil desde el servicio cántabro de salud y sistema educativo. *Gobierno de Cantabria*;
Recuperado de:
http://educantabria.es/docs/planes/atencion_a_la_diversidad/2014_2015/Microsoft_Word_-_ATENCIÓN_DE_NIÑOS_CON_PROBLEMÁTICA_DE LENGUAJ_def_19_nov_-_copia20141204132915.pdf
- Federación Andaluza de padres con hijos con trastornos del espectro autista (2017). ¿Qué son los TEA? . *Federación Autismo Andalucía*.
<http://www.autismoandalucia.org/index.php/los-tea/ique-son-los-tea>
- Fresneda, M.D. ; Mendoza, E. (2005). Trastorno específico del lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación. *Revista de Neurología*; 41 (Supl 1), S51-S56
- Fortea Sevilla, M.S. ; Escandell Bermúdez, M.O. ; Castro Sánchez, J.J. ; (2014). NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE DEL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL TEA DESPUÉS DEL DSM-5. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, . 243-250.

- Giné, Climent; Gràcia, Marta; Vilaseca, Rosa; Balcells, Anna; (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, Agosto-Sin mes, 95-113.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana* (1ª ed.). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Juan-Vera, María José; Pérez-López, Julio; (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, Agosto-Sin mes, 21-38.
- Luque de la Rosa, Antonio (2012). Formación y Modelos de Intervención del Maestro de Audición y Lenguaje. El maestro de audición y lenguaje. Editorial Académica Española
- Machado Echeverría, M.K. (2010). Dificultades en la alimentación del niño pequeño. *Tendencias en medicina*, 141-146.
- Martos, J. ; Ayuda, R. (2004). Desarrollo temprano: algunos datos procedentes del autismo y los trastornos del lenguaje. *Revista de Neurología*; 38 (Supl 1), S36-S46
- Mendoza, E (2012). La investigación actual en el Trastorno Específico del Lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 75-86.
- Millá , M.G. ; Mulas, F. (2009). Atención Temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48 (Supl 3), S47-S52.
- Monfort, I. (2009). Comunicación y lenguaje: direccionalidad en la intervención en niños con trastorno de espectro autista. *Revista de Neurología*, 48 (Supl 2): S53-S56.
- Perera, J. (2011). Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down*, 28, 141-152.
- Pérez-López, J. y Brito, A. (2004) (Coords.). *Manual de Atención Temprana: Bases de la intervención familiar en atención temprana*. Madrid: Pirámide.

Robins, D.L.; Fein, D.; Barton, M. L.; Green, J.A (2001) The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2),131-144.

Tellechea Rotta, N. (2013). Trastorno del espectro autista y trastorno específico del lenguaje ¿Dos entidades diferentes o un continuo de manifestaciones neuropsicológicas?. *Revista Medicina (Buenos Aires)*; 73 (Supl I), 10-15.

Ventoso, M.R. (2000). *Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo. Breve guía de intervención. El niño pequeño con autismo*. Madrid: APNA ediciones.

ANEXOS

ANEXO 1. TABLA MUESTRA DE HISTORIA CLÍNICA

ITEMS/ NIÑOS	Problema Embarazo	Problema Parto	Concepción Natural	Problemas Motores	Tarda en andar	Otros Servicios	Alteración en la interacción y comunicación
N.1	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
N.2	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI
N.3	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI
N.4	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
N.5	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
N.6	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI
N.7	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
N.8	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
N.9	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
N.10	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
N.11	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
N.12	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO

ANEXO 2. TABLA COMPARATIVA

Niños/Ítems	Posible patología	Asp. Cognitivos	Asp. Perceptivos	Asp. Psico- motores	Asp. Conductuales	Estereotipias	Alimentación Y Sueño	Padres	Edad	Sexo
N.º1										
N.º2										
N.º3										
N.º4										
N.º5										
N.º6										
N.º7										
N.º8										
N.º9										
N.º10										
N.º11										
N.º12										

ANEXO 3. ENTREVISTAS

Preguntas de la entrevista:

1. ¿La rigidez alimenticia se presenta los TEA? ¿En TEL se puede dar?
2. ¿El trastorno del sueño se debe a su posible patología TEA o TEL? ¿Por qué?
3. ¿La presencia estereotipias determina que puede ser un TEA?
4. ¿La presencia de juego simbólico frente a la carencia de este determina que pueda ser TEL o TEA?
5. ¿La conducta desafiante podría ser una diferencia entre TEL y TEA?
6. ¿Las dificultades en el embarazo, parto o la forma de concebir a u niño desencadena un futuro TEA y no TEL?
7. ¿La historia clínica determina su patología?
8. ¿Un TEA se diferencia del TEL cuando hay una carencia de falta de contacto ocular, sordera paradójica y carencia del protodeclarativo y del protoimperativo?
9. ¿Crees que hay mas niños que niñas con TEA o TEL?
10. ¿Crees que los niños con estas patologías tienen una evolución más lenta que las niñas?

Entrevista participante 1

- **Pregunta 1**

Sí, tanto en un TEL como en un TEA. Hay veces que puede ser más evidente y con mayor problemática en un TEL.

- **Pregunta 2**

Se da tanto en TEL como en TEA, pero por mi experiencia se da más en TEA que en TEL, hay una mayor evidencia

- **Pregunta 3**

Sí, hay mayor presencia en TEA que en TEL, y es uno de los rasgos, no solamente si tiene estereotipias, pero siempre vienen acompañadas de más sintomatologías.

- **Pregunta 4**

No es determinante, pero sí hay mayor evidencia en los TEA menos juego simbólico que en los TEL y de cara al pronóstico es muy importante, ver la calidad en el juego simbólico determina mucho el pronóstico.

- **Pregunta 5**

Aparece tanto en TEA como en TEL, y hay veces en TEL solamente a nivel expresivo.

- **Pregunta 6**

No hay ninguna evidencia en partos y embarazos que puedan determinar tanto TEL como TEA.

- **Pregunta 7**

Determinante no es, aparecen muchos partos y embarazos totalmente normales y no es determinante para un futuro diagnóstico.

- **Pregunta 8**

Sí, y también las estereotipias, la ausencia total de la relación con sus semejantes, aunque en el TEL también aparece, siempre más acusado en el TEA. Lo que pasa que en estas edades no se diferencia tanto hasta que no se lleva un tiempo trabajado y ver un poquitín cual es el proceso de desarrollo.

- **Pregunta 9**

Sí, bastante más, siempre supera.

- **Pregunta 10**

No, tiene que ver a nivel cognitivo, digamos el nivel cognitivo va a hacer evolucionar más a un niño que a una niña, Hay el género no influye.

Entrevista participante 2

- **Pregunta 1**

En los TEA si que se puede presentar por las características que tienen, que suelen tener hipersensibilidad o rechazo a algunos alimentos a texturas nuevas, entonces en los TEA se suele presentar en casi todos.

En principio, por poderse se puede dar pero en principio no es una característica que aparezca en todos o en la mayoría.

- **Pregunta 2**

Por lo general los niños con TEA si que los trastornos del sueño se deben a esta, hay estudios que demuestran que cuando hay TEA hay más posibilidad de trastornos del sueño

- **Pregunta 3**

No es un factor determinante, pero sí que es uno de los que aparece en los TEA. No solamente tienen estereotipias sino que tienen otras características más, pero una de las principales son las estereotipias que presentan.

- **Pregunta 4**

Si, En los TEL si que hay juego simbólico pero en los TEA, según lo que yo he visto, no lo hay, no saben como jugar de forma funcional con un material.

- **Pregunta 5**

Yo creo que no es una diferencia porque la conducta desafiante pueden tenerla en ambas patologías, dependiendo de la forma de comunicación de cada niño, es diferente, hay que individualizar.

- **Pregunta 6**

Si, yo pienso que puede desencadenar cualquiera de las dos patologías ya que es un factor de riesgo que el embarazo no sea natural, sino que haya alguna ayuda o algún tratamiento.

- **Pregunta 7**

Si, con la historia clínica si hay más antecedentes o más problemas cuando son más pequeños, al final hay más posibilidades de que haya una patología más grave o una patología simplemente.

- **Pregunta 8**

Según lo que yo he visto si, en principio estas características son las que tiene un TEA, aunque pueden ser TEAs más graves o más leves, pero en principio si, si que se diferencian con estas características.

- **Pregunta 9**

Si, lo que yo he visto es que la prevalencia es mayor siempre en niños que en niñas da igual cual sea la patología.

- **Pregunta 10**

Sí, las patologías dependiendo si son niños o niñas evolucionan de una manera diferente pero por lo general las niñas suelen avanzar más rápido que los niños.

ANEXO 4. RESULTADOS DE LA TABLA COMPARATIVA

Niños/Ítems	Posible patología	Asp. Cognitivos	Asp. Perceptivos	Asp. Psico-motores	Asp. Conductuales	Estereotipias	Alimentación Y Sueño	Padres	Edad	Sexo
N.º1	TEA Puede deberse a un retraso cognitivo.	No tiene adquirido el juego simbólico ni la construcción de imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> No adecuada para su edad. <u>Motricidad Fina:</u> Mala pinza digital. Recoge objetos con todos los dedos en forma de rastrillo.	Etapa desafío por la edad, dada su comprensión, es decir, por la no anticipación.	Aleteo. Girar objetos. Sacudir la mano sosteniendo un objeto.	Rigidez a probar cosas nuevas. Duerme bien.	Padres distantes en las sesiones. No conscientes del todo del problema de su hijo.	25 meses	Niño
N.º2	TEA	Acciones simbólicas aisladas por imitación. No construye imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> No suele utilizar pinza digital pero es habilidoso.	Desafío debido a la rigidez mental. No acepta cambios.	Dar vueltas sobre si mismo. Girar objetos.	Selectivo con la comida pero amplio. Duerme bien	Padres que se interesan en el trabajo en el aula y en casa.	30 meses	Niño
N.º3	TEA Retraso madurativo	Buen juego simbólico y construye imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> Mala pinza digital.	Desafío debido a la rigidez mental. No acepta cambios.	Andar de puntillas. Meterse el dedo y tocarse las orejas.	Buena alimentación. Para dormir usa gotas de melatonina, tuvo trastornos de sueño.	Padres distantes en las sesiones.	26 meses	Niño

N.º4	TEL	No tiene adquirido el juego simbólico ni la construcción de imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada pero no es muy ágil. <u>Motricidad Fina:</u> Falta un poco de pinza digital.	Etapas de desafío por la edad, debido a su conducta desafiante.	Tocarse las orejas. Pudiendo ser un "Tic")	No demasiada rigidez alimenticia. Con la entrada al comedor empezó a comer bien. Duerme bien.	Padres distantes en las sesiones pero muy activos en el trabajo en casa.	31 meses	Niño
	TEL	Buen juego simbólico y construye imágenes mentales.	Sensible a las nuevas texturas con respecto al tacto. Luego acaba asimilándolo	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> Adecuada pinza digital.	Etapas de desafío por la edad, debido a su conducta desafiante.	Ninguna	Buena alimentación. Duerme bien.	Padres participativos en las sesiones y en el trabajo en casa.	32 meses	Niño
	TEA Poca estimulación en el ambiente	No tiene adquirido el juego simbólico ni la construcción de imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> No adecuada para su edad. <u>Motricidad Fina:</u> Falta un poco de pinza digital.	Desafío debido a la rigidez mental. Se autolesiona.	Girar la cabeza de lado a lado. Taparse los ojos con el dorso de la mano. Aleteo.	Alimentación rígida a base de alimentos líquidos. Problemas con el sueño.	Padres distantes en las sesiones.	24 meses	Niño

N.º7	TEL	Buen juego simbólico y construye imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> Adecuada pinza digital	Etapa desafío por la edad, debido a su conducta desafiante.	Ninguna	Problemas con la alimentación pero únicamente por conducta. Duerme bien.	Padres distantes en las sesiones.	33 meses	Niño	
	N.º8	TEA Puede deberse a un retraso cognitivo.	No tiene adquirido el juego simbólico ni la construcción de imágenes mentales	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> Pinza digital con el dedo corazón.	Desafío dada rigidez y a la no comprensión ni anticipación debido a un posible retraso cognitivo.	Andar de puntillas. Balanceo. Mirar de reojo. Estando sentado moverse de lado a lado.	Rechaza todo tipo de alimento nuevo y texturas solidas no crujientes. Duerme bien.	Padres distantes en las sesiones.	35 meses	Niño
	N.º9	TEL	Buen juego simbólico y construye imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> Adecuada pinza digital.	Etapa desafío por la edad, debido a su conducta desafiante.	Cuando se alegra aletea. Andar un poco de puntillas. (a medida que aparece el lenguaje desaparecen estas, con lo cual no se consideran estereotipias)	Alimentación selectiva, es decir, solo ingería comida líquida y de colores similares. Una vez ingresó en el comedor, empezó a comer de todo y bien. Duerme bien	Padres participativos en las sesiones y en el trabajo en casa.	37 meses	Niña

N.º10	TEL	Buen juego simbólico y construye imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> Adecuada pinza digital, pero mejorable.	Etapa desafío por la edad, dada su comprensión, es decir, por la no anticipación.	Ninguna	Buena alimentación. Duerme bien.	Padres participativos en las sesiones y en el trabajo en casa.	22 meses	Niña
	TEL	Buen juego simbólico y construye imágenes mentales.	-----	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> Adecuada pinza digital.	Etapa desafío por la edad, debido a su conducta desafiante.	Ninguna	Buena alimentación. Duerme bien	Padres participativos en las sesiones y en el trabajo en casa.	37 meses	Niña
	TEL	Buen juego simbólico y construye imágenes mentales.	Sensible al tacto pero muy entrenado y ahora está asimilado, es decir, no rechaza el tocar texturas.	<u>Motricidad Gruesa:</u> Adecuada. <u>Motricidad Fina:</u> Adecuada pinza digital.	Etapa desafío por la edad, debido a su conducta desafiante.	Ninguna	Buena alimentación Duerme bien.	Padres distantes en las sesiones.	36 meses	Niña