



GRADO EN MAGISTERIO EN EDUCACIÓN INFANTIL

CURSO ACADÉMICO 2018/2019

LAS DIFICULTADES DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA INFANCIA PARA LA ADQUISICIÓN DE LA LECTOESCRITURA

CHILDHOOD AUTISM SPECTRUM DISORDER DIFFICULTIES TO LITERARY SKILLS ACQUISITION

Autor: Cecilia Ruiz Vigil

Director: José Antonio del Barrio del Campo

Fecha: Junio 2019

VºB DIRECTOR

VºBº AUTOR

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. CONCEPTUALIZACIÓN	6
3.2. HISTORIA DEL TRASTORNO	8
3.3. ETIOLOGÍA	11
3.4. PREVALENCIA	15
3.5. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO	16
3.6. CARACTERÍSTICAS	19
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	23
4.1. JUSTIFICACIÓN	23
4.2. OBJETIVOS	24
4.3. PROCEDIMIENTO	24
4.5. ACTIVIDADES	26
4.6. CRONOGRAMA	29
4.7. EVALUACIÓN	30
5. CONCLUSIONES	33
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
7. ANEXOS	41

RESUMEN

El trabajo que se expone a continuación surge de las ganas de conocer en mayor profundidad la realidad de los niños que sufren del Trastorno del Espectro Autista. A través de toda la información recabada y las reflexiones propias se pretende llegar a conocer las dificultades que estos niños pueden presentar en su día a día. Se realizará una breve conceptualización del TEA a lo largo de la historia, así como una pequeña exposición sobre las principales características que el TEA manifiesta a lo largo de la infancia.

Con toda la información obtenida se pretende diseñar una propuesta de intervención dirigida a un niño en edad infantil, con el principal objetivo de estimular el desarrollo de las habilidades necesarias para la buena adquisición de la lectoescritura, así como para ayudar a dar una mayor visibilidad al TEA infantil e intentar dar cabida al aprendizaje de estos niños.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista (TEA), infancia, lectoescritura, intervención.

ABSTRACT

The following work emerges from the desire to learn more deeply about the reality of children with autism spectrum disorder. Through all the information gathered and own reflections, the aim is to get to know the difficulties that these children may present in their daily lives. There will be a brief conceptualization of ASD throughout history, as well as a short exposition on the main characteristics that ASD manifests throughout childhood.

With all the information collected, the aim is to design an intervention proposal for a child of infantile age, with the main objective of stimulating the development of the necessary skills for the good acquisition of reading and writing, as well as a small aid to give greater visibility to the child ASD, and to try to accommodate the learning of these children.

Key Words: Autism spectrum disorder (ASD), childhood, literary skills, intervention.

1. INTRODUCCIÓN

Con este trabajo se pretenderá reflejar, de la manera más clara posible, las principales cuestiones sobre el Trastorno del Espectro Autista, con el fin de proponer una pequeña intervención en el ámbito de la lectoescritura.

Como se irá viendo a lo largo del trabajo el DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) va a ser el principal referente en cuanto a los datos recogidos. Por ello, tal y como dice en el DSM5 (APA, 2013) las principales características de los niños con TEA son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social, así como los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos.

Así pues, el principal objetivo de este trabajo será facilitar una propuesta de intervención con la cual se intente ayudar a que los niños con TEA puedan acercarse al aprendizaje y no queden apartados por poseer unas características diferentes a sus iguales.

El trabajo intentará ofrecer al lector una visión teórica sobre el Trastorno del Espectro Autista, desde una perspectiva histórica que contemple los grandes cambios que este concepto ha ido sufriendo a lo largo de los años, pasando por su prevalencia y algunas de las diferentes herramientas que se pueden usar en su diagnóstico, hasta llegar a las características principales, las cuales van a servir de base para el diseño de la propuesta de intervención. A partir de las dificultades que los niños autistas presentan en su destreza comunicativa, se propondrán una serie de actividades con las cuales se pretende que el niño adquiera una cierta destreza con la lectura y la escritura, bases para cualquier aprendizaje posterior.

A lo largo de todo el documento se utilizará el género gramatical masculino para referirse a colectivos mixtos.

2. JUSTIFICACIÓN

Hoy en día es sabido por todos que las enfermedades neurobiológicas cada vez están más presentes en nuestra sociedad. Es por ello por lo que he querido focalizar mi interés en la elaboración de este trabajo bajo esta temática, el Trastorno del Espectro Autista infantil, porque considero que hay que intentar dar toda la visibilidad que se pueda a este tipo de trastornos.

Como bien dicen González, Hernández-Chávez y Vásquez (2019) “el trastorno del espectro autista (TEA) es un desorden neurobiológico altamente prevalente, cuyo diagnóstico clínico es un desafío constante” (p.1). Por tanto, yo como futura docente me planteo seriamente la importancia que para nosotros este tema tendría que tener, ya que a lo largo de los años nos iremos encontrando con niños con diversidad de características. Debido a esto he decidido centrar el trabajo en una investigación teórica que me permita conocer más de cerca este tema, así como las principales comorbilidades que pueda manifestar en los niños, y que por lo tanto en un futuro tal vez tendré que saber hacer frente.

Por otro lado, la propuesta que he tratado de diseñar pretender servirme como una ayuda para mi propia formación, ya que considero que todos y cada uno de los docentes deberíamos estar adecuadamente preparados cómo para trabajar en nuestras aulas con niños que presenten ciertas dificultades. A lo largo de mis estudios considero que no he recibido la información que me hubiese gustado, y es por ello por lo que yo misma he decidido centrar el foco de atención en el aprendizaje de la lectoescritura, siendo este uno de los más importantes en la educación de los niños, y con el que sin duda alguna muchos pueden tener problemas para su correcta adquisición.

Es por ello, que con este trabajo pretendo dar cierta visibilidad a este trastorno neurobiológico que afecta a tantos niños y aportar mis pequeñas ideas para poder ofrecerles la educación que se merecen, sin que sus peculiaridades puedan resultar un obstáculo para el aprendizaje.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONCEPTUALIZACIÓN

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales “DSM5” (APA 2013), los trastornos del desarrollo neurológico se corresponden con una serie de perturbaciones que comienzan durante el período de desarrollo y que encierran restricciones tanto en el funcionamiento intelectual (el razonamiento, la resolución de conflictos, la planificación o el pensamiento abstracto), como en el comportamiento adaptativo (la comunicación, la participación social o la vida independiente) en los ámbitos conceptuales, sociales y prácticos de la vida cotidiana.

Las alteraciones cualitativas que los definen son inapropiadas con el nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Suelen manifestarse durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a cierto grado de retraso mental, observándose, en ocasiones, en otras enfermedades médicas (López, Rivas y Taboada, 2009).

El autismo esta agrupado dentro de estos trastornos del desarrollo neurológico y puede definirse como un trastorno neurológico de diagnóstico conductual que afecta a la persona a lo largo de su vida y se exterioriza antes de los tres años por, al menos, un retraso o anomalía en el área de la interacción social, del lenguaje en la comunicación social o del juego simbólico o imaginativo (Pino y Romero, 2013).

A pesar de los avances considerables en la investigación sobre el autismo, hoy en día, todavía no existe una única definición aceptada universalmente para dicho trastorno debido, en parte, a la gran dificultad que presenta a la hora de describir y comprender las diversas alteraciones de las personas que lo padecen (Albores, Cortes, Díaz, y Hernández, 2008)

Etimológicamente, el término autismo procede de la palabra griega *eaftismos*, que significa “encerrado en uno mismo” (Cuxart, 2000) y se caracteriza por la

dificultad de la adquisición de ciertas áreas del desarrollo como pueden ser la comunicación o la interacción social.

Ángel Riviére propone en 2001 una definición para el autismo:

[...] es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como ausente-mentalmente ausentes- a las personas presentes, y que por todo ello se siente incompetente para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación. (Riviére, 2001, p.16).

Más actualmente podemos recoger la definición citada por López, Rivas y Taboada (2009):

Trastorno neuropsicológico de curso continuo asociado, frecuentemente, a retraso mental, con su inicio anterior a los tres años, que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social de la comunicación, así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con distintos niveles de gravedad. (López, Rivas y Taboada, 2009, p. 557).

No obstante, según Baron-Cohen (2010), Lorna Wing aludió que el autismo era un trastorno de espectro (TEA). Por tanto, podemos decir que:

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) no es una enfermedad, es un síndrome, un conjunto de síntomas que caracterizan un trastorno del desarrollo. Es una discapacidad severa y crónica del desarrollo que con los conocimientos actuales no tiene cura, sus síntomas se manifiestan de forma diversa en las distintas edades acompañando a la persona durante todo su ciclo vital. (Alcantud, Lozano y Rico 2012, p.8).

En definitiva, la definición más actual que podemos recoger sobre el Trastorno del Espectro Autista nos la ofrece el "DSM5" (APA, 2014):

Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestando por las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, en las conductas comunicativas no verbales

utilizadas en la interacción social y/o las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. Además de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. (Psiquiatría, 2013, p.28).

Como conclusión se recoge también la siguiente definición de autismo:

El autismo es un trastorno biológico del desarrollo que causa severas dificultades en la interacción social y en la comunicación; se asocia a una conducta estereotipada, intereses restringidos, dificultad en la comunicación y limitación de intereses y actividades con patrón estereotipado y repetitivo. (Hernández, Munive, Ruiz, Varela y Vela, 2011, p.213).

3.2. HISTORIA DEL TRASTORNO

La evolución histórica del autismo según Rivière (2001) puede dividirse en tres periodos de importancia: el primero abarcaría de 1943 a 1963, un total de 20 años que se sitúan en los inicios del estudio del síndrome; desde 1963 a 1983 se situaría el segundo de los periodos; y un último que se correspondería con los últimos diez o quince años en los que se han ido consiguiendo grandes avances y descubrimientos para el campo del autismo.

Antes de la definición de Kanner de 1943, que será el primer gran hito del autismo, debemos hacer referencia a Eugen Bleuler un psiquiatra suizo que, en 1911, introduce por primera vez el termino autismo “para indicar la separación de la realidad y el retiro a una vida interior que se manifiestan con la esquizofrenia” (Egge, 2008, p.25).

En 1943 es publicado el primer artículo de Leo Kanner que presentaba una descripción inicial del autismo. En él se exponían once casos que, con independencia de sus diferencias interindividuales, padecían una serie de características esenciales comunes en la alteración de la incapacidad para relacionarse normalmente, desde un principio con las personas y sus diversas situaciones. (Cuxart, 2000)

Del mismo modo, en su artículo Kanner sugiere que el trastorno de los niños pudiera estar en estrecha relación con las características emocionales y afectivas de sus padres. El hecho es que, en la primera época, el autismo está dominado por una visión dinámica del mismo, influida por el psicoanálisis, en la que las teorías y los tratamientos derivados se basan en que los niños son de una inteligencia normal pero que son sus padres los que al no ofrecer el afecto necesario a sus hijos provocan el trastorno. (Amodia y Andrés, 2006)

Sin embargo, hacia mediados de los años sesenta varios acontecimientos hacen cambiar los hechos y la imagen que se tenía del autismo hasta entonces. Abandonando por completo la hipótesis de unos padres y las relaciones afectivas hacia sus hijos como culpables del autismo. Como afirma Rivière (2001), ese proceso coincidió con la enunciación de modelos explicativos del autismo que se fundaban en la hipótesis de que existe alguna clase de variación cognitiva (más que afectiva) que explica las dificultades de relación, lenguaje, comunicación y flexibilidad mental.

Este cambio provoca la creación de la primera asociación de padres de niños autistas del mundo en 1962, La National Society for Autistic Children (actualmente llamada National Autistic Society) en Reino Unido. Asimismo, también se otorgó mucha importancia al campo de la educación, creándose los primeros centros escolares dedicados a estas personas.

Para acercarnos a la actualidad es necesario recordar un gran hito que tuvo lugar en 1952. Con el fin de homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos entre los profesionales, se elaboraron los manuales diagnósticos. La OMS creó el International Classification of Diseases (ICD) y la American Psychiatric Association publicó el Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM). (Artigas y Paula, 2012)

Sin embargo, hasta la publicación del DSM3 en 1980 no se había incorporado al autismo como una categoría diagnóstica específica. Contemplado bajo la denominación de “autismo infantil”.

El DSM III-R, en 1987, supuso una modificación radical. Se sustituyó autismo infantil por trastorno autista. Con ello el autismo quedaba incorporado a la condición de "trastorno".

En los años 1994 y 2000 aparecieron respectivamente el DSM4 y el DSM4-TR. Aunque no planteaban modificaciones sustanciales entre ellos, representaron un cambio radical. Por una parte, se definieron 5 categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Asimismo, se introdujo el término trastornos generalizados del desarrollo, como designación genérica para abarcar todos los subtipos del autismo. Artigas y Paula, 2012)

En la actualidad con el DSM5, creado en 2013, se va a consolidar conceptualmente el autismo como Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Brevemente, los cambios más significativos que se proponen con la incorporación del DSM5 son, por un lado, la desaparición de los diferentes subtipos de TGD, el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado se agrupan en un único trastorno que pasa a llamarse Trastorno del Espectro del Autismo. El Síndrome de Rett y el Trastorno Desintegrativo de la infancia dejan de ser recogidos por el DSM5. Por otro lado, los criterios diagnósticos del TEA también son modificados, las dimensiones referentes a las alteraciones en la interacción social recíproca y la comunicación y el lenguaje se clasifican dentro de una misma categoría, reorganizando, por consiguiente, las áreas de alteración que recogen los síntomas concretos. Para finalizar, se incrementa el número de áreas alteradas necesarias para considerar que una persona manifieste el trastorno. Para que se pueda decir que una persona tenga TEA, tiene que presentar alteraciones en las tres áreas incluidas dentro de los déficits de la interacción y la comunicación social, así como dos de las cuatro áreas dentro de las conductas e intereses. (Arnáiz, García, Márquez, Palomo y Zamora, 2014)

Tal y como afirman Artigas y Paula (2012), el DSM5 marcará un cambio conceptual, que quizás sea el camino de inicio de un rumbo hacia una interpretación radicalmente distinta de los trastornos mentales.

3.3. ETIOLOGÍA

El trastorno del espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta a lo largo de los tres primeros años de vida y que no afecta a todas las personas por igual (González, 2015). No obstante, aunque se han llevado a cabo diversas investigaciones a lo largo del tiempo con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen, y a pesar de que los avances son muy significativos, a día de hoy se desconoce la etiología exacta del autismo por lo que no se ha podido esclarecer una causa específica que lo origine (Alpizar, García y Guzmán, 2019)

Al principio de las investigaciones y tal y como afirman Avelar, Bautista, Jiménez, Miranda y Sifuentes (2008) se consideraba que el seno familiar era concebido como un factor determinante en el origen del autismo, por lo que los especialistas comenzaron a apuntar a los padres como principales causantes del autismo de su propio hijo.

En 1964 Bruno Bettelheim aludió que el autismo estaba condicionado por la carencia de afecto por parte de las familias de los niños. Posteriormente, en 1982 Niko Tinbergen afirmó que la ansiedad era una de las causas del autismo, sosteniendo que los orígenes de este síndrome eran meramente psicogénicos, es decir, “puramente mentales” de forma que los niños con autismo mostraban un desarrollo normal excepto en el campo de lo emocional (Baron-Cohen, 2010)

Al igual que estas teorías fueron apartadas con el paso del tiempo para dar cabida a nuevas investigaciones, la realización de un gran número de nuevos estudios biomédicos ha rebatido que la causa del autismo sea meramente por factores psicológicos (Baron-Cohen, 2010).

“Se reconoce en general que el autismo se debe a múltiples etiologías, que van desde alteraciones genéticas a trastorno metabólicos o procesos infecciosos, y que pueden intervenir en diversas fases del desarrollo prenatal, perinatal o postnatal del sistema nervioso” (Rivière, 2001, p. 43)

Teniendo en cuenta los diferentes factores que pueden intervenir en el origen del autismo, según las últimas investigaciones realizadas, podemos hablar de factores genéticos, ambientales, neurobiológicos y psicológicos.

- *Factores genéticos:*

Tal y como afirma Baron-Cohen (2010), el autismo es una patología hereditaria, ya que los genes heredados por alguno de los progenitores influyen en el desarrollo del cerebro. Además, es un trastorno que afecta más a hombres que a mujeres.

Del mismo modo Alcantud, Lozano y Rico (2012) afirman que el autismo es uno de los desórdenes neurológicos con mayor influencia genética. Estudios con gemelos idénticos han demostrado que, si uno de ellos es autista, la probabilidad de que el otro también lo sea puede ascender entre un 60% o 90%. En el caso de hermanos mellizos o hermanos que no sean gemelos la estadística baja hasta alrededor de un 10%.

Dentro de los factores genéticos que están implicados en la etiopatogenia del autismo, “se han descrito al menos 10 genes que se multiplican e interactúan entre sí mostrando una gran variación fenotípica” (Navas y Vargas, 2012, p. 47) Además también se ha comprobado la relación entre diversos síndromes neurogenéticos, como puede ser el caso del síndrome del cromosoma X frágil o el síndrome de Rett, entre otros. (Navas y Vargas, 2012)

Aunque aún no se sabe cuántos genes de riesgo tiene que tener un sujeto para desarrollar autismo o no se haya podido aislar ningún gen o conjunto de éstos que permita diagnosticar dicho trastorno, lo cierto es que tiene cierto carácter hereditario (Baron-Cohen, 2010).

- *Factores ambientales*

A pesar de que nos encontramos ante un síndrome conductual de base neurobiológica unida a factores psicológicos, también puede estar relacionado con factores ambientales que, aunque no sean el origen principal, sí pueden afectar en mayor o menor medida en el desarrollo de una persona autista (Ministerio de Educación de Perú, 2013)

Los factores ambientales pueden actuar como teratógenos capaces de producir alteraciones morfológicas o funcionales en el sistema nervioso central en el periodo prenatal, perinatal y postnatal. Asimismo, la edad de los progenitores también es contemplada como un factor que se puede asociar con este trastorno (Navas y Vargas, 2012)

Muchos expertos consideran que los datos son suficientes como para aceptar, en general, que los elementos ambientales actúan como factores “disparadores” del trastorno en un individuo que genéticamente es vulnerable (Folch e Iglesias, 2018)

- *Factores neurobiológicos*

En este campo también se han encontrado diferencias entre las personas con el trastorno autista y aquellas que no lo poseen. Se presentan variaciones en el crecimiento del cerebro, un aumento de la serotonina y alteraciones en el cerebelo (Navas y Vargas, 2012).

Según Baron-Cohen (2010) los niños autistas pasan por una fase de hipercrecimiento cerebral, su cabeza y cerebro, crecen por encima de la media al comienzo de sus vidas. Incluso los análisis nos muestran que el cerebro de estos niños es mucho más pesado y grande que el de un niño no autista.

Aunque no se tiene claro el por qué de este suceso, todo indica a que la densidad celular es mucho mayor, es decir, hay más cantidad de neuronas y células nerviosas en algunas de las regiones del cerebro.

Se ha justificado que:

La amígdala (encargada de las respuestas emocionales y el reconocimiento de las emociones de los demás), el hipocampo (responsable de la memoria), el núcleo caudado y partes del cerebelo (responsables del cambio de atención y la coordinación) son más pequeños en niños autistas. (Baron-Cohen, 2010, p. 125).

Igualmente, Navas y Vargas (2012) afirman que también existen problemas inmunológicos que manifiestan niveles de inmunoglobulina A bajos, lo que implica una deficiencia en la respuesta inmunitaria ante agentes hostiles.

- *Factores psicológicos*

Para describir los factores psicológicos implicados en los niños que presentan el trastorno autista, Baron-Cohen (2010) ha recogido cuatro teorías que tratan de recoger los comportamientos más significativos de estos niños.

o *Teoría de la disfunción ejecutiva*

Esta teoría se centra en la incapacidad de los autistas para planificar acciones y desviar la atención de lo que están haciendo. Eso podría explicar el patrón repetitivo de conductas estereotipadas ya que es incapaz de cambiar de plan de forma flexible.

o *Teoría de la coherencia central débil*

Las personas que sufren del trastorno autista tienen dificultades para captar la información como un todo y les es más fácil centrarse en los pequeños detalles. Esto favorece el desarrollo de la memoria y la atención al detalle de las personas autistas.

o *Teoría de la ceguera mental*

En este caso Baron-Cohen (2010) afirma que el trastorno autista provoca en las personas un cierto retraso en el desarrollo de la teoría de la mente, es decir, la incapacidad para ponerse en el lugar de otras personas, lo que piensan o sienten, así como de entender y predecir su conducta.

o *Teoría de la empatía-sistematización*

Esta teoría resalta la incapacidad que tienen los autistas para establecer una comunicación y crear vínculos afectivos, manifestando retrasos y déficits en la adquisición de la empatía.

El trastorno del espectro autista es un complejo mundo que no puede explicarse atendiendo a una sola causa, dado que no es factible asociarlo

a una etiología común y única. Además, este hecho se ve dificultado por los múltiples factores que puede producir alteraciones. (López y Polo, 2014, p. 123).

Asimismo, a pesar de todas las investigaciones llevadas a cabo en el campo de la etiología del autismo y la multitud de datos extraídos, se está muy lejos de poder desarrollar un único modelo neurobiológico del mismo. (Cuxart, 2000).

3.4. PREVALENCIA

Tradicionalmente el autismo estaba considerado como una enfermedad rara, de escasa prevalencia entre la sociedad. En los años 70 se estimaban unas 4-5 personas por 10.000. Sin embargo, esta cifra ha ido en aumento en las últimas décadas, colocándose como la segunda discapacidad del desarrollo más frecuente, después de la discapacidad intelectual. (González, Hernández-Chávez y Vásquez, 2019)

El autismo ocurre aproximadamente en un caso por cada 150 niños. Predomina en el varón en una relación de 4:1 hasta 14:1, por lo que su prevalencia es mucho mayor en hombres que en mujeres (Hernández, Munive, Ruiz, Varela y Vela, 2011).

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística) en un estudio sobre Discapacidades, deficiencias y estado de salud de 2008, un 0,33% de la población española está afectada por el trastorno autista. En comparación con la encuesta de 1999 la cifra ha aumentado ya que entonces los afectados representaban un 0,12% de la población.

Es un trastorno que se desarrolla en todas las culturas, razas o religiones, por lo que tiene un carácter universal, aunque sí es verdad que se ha demostrado que en ciertos países su incidencia es mayor, por lo que no podemos infravalorar el alcance de la etiología genética hoy en día (Amodia y Andrés, 2006)

“El incremento de la prevalencia en los últimos años se debe a nuevas investigaciones, estrategias de tratamiento y a que los médicos, maestros y

padres están más informados acerca del comportamiento autista” (Hernández, Munive, Ruiz, Varela y Vela, 2011, p. 214).

En los últimos años se han alcanzado progresos muy significativos en el diseño de instrumentos de diagnóstico avanzados que se han utilizado con un propósito de investigación clínica y epidemiológica. En muchas escuelas de ciertos países su uso se ha convertido en una rutina, lo que ha contribuido a una mayor detección del autismo, afectando así al aumento de la prevalencia, ya que se dan más casos a conocer (Albores, Cortes, Díaz y Hernández 2008).

No obstante, también se ha llegado a considerar la influencia de los factores asociados al desarrollo económico (medioambientales, laborales...etc.) en el aumento de la prevalencia. Se han encontrado relaciones entre el autismo y los indicadores de estatus socioeconómicos de los padres como la educación, ocupación o ingresos (Pino y Romero, 2013).

A pesar de todo esto, según el Ministerio de Educación de Perú (2013) no se puede establecer una causa con total certeza ya que no se puede asegurar que el aumento de personas diagnosticadas con autismo esté condicionado por un factor en concreto.

3.5. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

En el tratamiento de cualquier patología, lo primordial es partir de una evaluación que nos permita valorar, lo más objetivamente posible, todos aquellos aspectos que se piensen relevantes para diseñar un plan de intervención específico, por lo que el primer paso será efectuar un diagnóstico completo (Cuxart, 2000).

El diagnóstico del TEA no es fácil de realizar. No existen exámenes genéticos o marcadores biológicos que lo detecten, además otra dificultad para su diagnóstico precoz es que, durante los primeros años de vida, los niños con TEA pueden adquirir un desarrollo normal en algunas áreas, sin que los padres o profesionales de la salud sospechen una alteración. Los síntomas y signos de TEA pueden ser sutiles y aparecer de forma gradual de manera que frecuentemente el diagnóstico se hace tardíamente. (Aedo et al, 2019)

No obstante, a lo largo del tiempo se ha ido profundizando en su estudio y se han descubierto ciertos rasgos conductuales específicos del autismo que nos pueden ayudar a su diagnóstico e intervención temprana.

Los criterios diagnósticos según el DSM5 (APA, 2013) son los siguientes:

- Alteración en la comunicación e interacción social en diversos contextos.
- Patrones de comportamiento, intereses y actividades repetitivos y estereotipados.
- Los síntomas deben estar presentes en edades tempranas del desarrollo, durante los primeros años de vida.
- Los síntomas interfieren en otros contextos, ámbitos o situaciones de la vida cotidiana.
- El trastorno no se explica mejor por la presencia de discapacidad intelectual o retraso del desarrollo.

Del mismo modo, Baron-Cohen (2010) afirma que a los 18 meses el diagnóstico del autismo ya puede ser totalmente fiable, por lo que esto facilita mucho una intervención adecuada tempranamente.

Dicho esto, y como bien dice Amodia y Andrés (2006) no es de extrañar que en muchos casos sean las propias familias las que detecten el problema, ya que éstas tienen el contacto suficiente como para observar y comprobar algunos de los criterios mencionados más arriba.

El análisis del diagnóstico autista desde un enfoque experimental, interventivo-valorativo viene determinado por una serie de fases: 1) recogida de información sobre el caso, 2) formulación de hipótesis, 3) contrastación inicial, 4) resultados iniciales, 5) formulación de hipótesis funcionales, 6) tratamiento, recogida de datos oportunos a las hipótesis y aplicación del tratamiento, 7) contrastación de hipótesis, 8) resultados y 9) seguimiento, (Ojea, 2004).

Dicho proceso implica el estudio de las características personales y contextuales que rodean a los sujetos, a lo que es necesario añadir la especificidad propia del trastorno, la cual requiere el uso de una serie de

instrumentos que permitan situar adecuadamente las dimensiones y subdimensiones características del mismo. (Ojea, 2004, p. 30).

A pesar de que existen varios instrumentos de gran utilidad para emitir una evaluación del caso, que posteriormente serán citados, lo cierto es que el diagnóstico del autismo requiere fundamentalmente de una observación conductual sistematizada. Según Cuxart (2000) dos son los instrumentos diagnósticos más importantes:

- La escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS; Schopler y col., 1980). Escala conductual con 15 ítems que permiten obtener un diagnóstico categorial del autismo, no autista, moderado y leve). Su duración oscila los 30-45 minutos.
- La Entrevista para el diagnóstico del Autismo-revisada (ADI-R; Le Couteur et al. 1989; Lord et al. 1993, 1997; Lord, Rutter, y Le Couter, 1994). Consiste en una entrevista para los padres que nos permite registrar la conducta actual y pasada de niño. Su duración puede llegar a la hora.

En España contamos con el Inventario de Espectro Autista (IDEA) de Ángel Rivière (1997) que podría pensarse como una escala de valoración para profesionales expertos en la evaluación y el diagnóstico. Permitiendo la organización de la información oportuna sobre las competencias de la persona evaluada en 12 funciones psicológicas, agrupadas en 4 grandes áreas: social, comunicación y lenguaje, flexibilidad mental y comportamental, y ficción e imaginación. Los principales objetivos que persigue son; valorar la severidad de los síntomas, establecer objetivos de intervención y evaluar la evolución de los síntomas tras la intervención (Alcantud, 2013)

No obstante, más actualmente nos podemos encontrar otras herramientas que intentan ser lo más fiable posible en la detección temprana del autismo en pacientes más jóvenes. Son los siguientes:

- El ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule), que consiste en una valoración de cuatro módulos de actividades dirigidas sobre la comunicación, la interacción social recíproca, el juego o las conductas

estereotipadas. Dura alrededor de 30-45 minutos. Se puede aplicar desde niños de edad preescolar no verbal hasta autistas verbales adultos. En esta última versión se incorpora un nuevo módulo, el Módulo T, que va dirigido a niños de entre 12 y 30 meses, por lo que pretende detectar el autismo con mucho menos margen de tiempo. (González, Hernández-Chávez y Vásquez, 2019)

- El otro instrumento es el M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised with Follow-up), que representa uno de los instrumentos de tamizaje recomendado por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Posee una sensibilidad y especificidad sobre el 80%, que incorpora una entrevista de seguimiento. El uso de esta entrevista reduce, en gran medida, los casos de falsos positivos de autismo, evitando derivaciones innecesarias a especialistas, además de su fácil implementación debido a una puntuación simplificada. Se aplica a niños desde los 16 y hasta los 30 meses de edad, siendo sugerido ante la sospecha de TEA en diversas guías clínicas. (Aedo et al. 2019)

3.6. CARACTERÍSTICAS

Consideramos de gran importancia conocer las principales características del Trastorno del Espectro Autista y más en concreto del autismo, por ello este punto trata de hacer un recorrido a través de los síntomas más significativos.

Según el DSM5 (APA, 2013) el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social, así como los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos conforman las principales características del TEA. No obstante, las manifestaciones de dichas cualidades pueden variar en función del individuo ya sea por su edad cronológica, su nivel de desarrollo o la gravedad de la afección. Por ello, se han señalado tres niveles de gravedad del trastorno:

Tabla 1.

*Resumen de los niveles de gravedad del trastorno del espectro autista.
Elaboración propia a partir del DSM5 (APA,2013)*

Nivel de Gravedad	Comunicación Social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Deficiencias graves en la comunicación. Inicio muy pobre en las interacciones sociales y una respuesta social mínima. Uso de pocas palabras inteligibles, estrategias inhabituales para la comunicación y respuesta sólo a peticiones muy directas.	Extrema dificultad para adaptarse a los cambios. Los comportamientos restringidos y/o repetitivos afectan gravemente al resto de los ámbitos del individuo. Ansiedad intensa para cambiar el foco de atención.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables en la comunicación. Inicio limitado en las interacciones sociales con respuestas reducidas. Uso de frases sencillas e intereses especiales muy concretos.	Dificultad para hacer frente a los cambios. Los comportamientos restringidos y/o repetitivos con frecuencia pueden afectar a otros contextos. Dificultades para cambiar el foco de atención.
	Sin ayuda puede tener problemas en la comunicación social. Dificultad para iniciar interacciones y	Interferencias significativas con el funcionamiento de algún otro contexto. Dificultad

Grado 1 “Necesita ayuda”	respuestas atípicas. Capaz de hablar con frases completas y establecer una comunicación, pero no puede mantener una conversación amplia con otras personas.	para alternar actividades.
--------------------------	---	----------------------------

A parte de esta tríada de características Pozo (2010), establece una serie de problemas asociados que también pueden afectar en la vida cotidiana de las personas que padecen algún Trastorno del Espectro Autista. Destaca cuatro principales:

- El retraso mental o discapacidad intelectual, aproximadamente el 75% de las personas con TEA posee algún otro tipo de retraso en el desarrollo.
- Problemas de conducta, ya sean rabietas o conductas autolesivas y/o agresivas hacia los otros, que además tienden a persistir en el tiempo.
- Los problemas de sueño ya sean despertares nocturnos con mucha frecuencia o la facilidad para mantenerse despiertos durante varias horas sin conciliar el sueño, provocando un agotamiento físico y ansiedad, no sólo en el individuo que lo padece sino también en aquellos que conviven con él.
- Trastornos de alimentación siendo muy hipersensitivos con los alimentos y mostrando rechazo a probar texturas o sabores nuevos.

Todo este conjunto de características y peculiaridades que presentan las persona con TEA y que afecta a áreas y ámbitos de desarrollo tan importantes, hace que sea considerado en numerosas investigaciones como uno de los trastornos del desarrollo más limitantes. (Pozo, 2010, p. 21).

Si nos centramos en las personas que padecen autismo veremos que según Bhalla (2007) pueden presentar las siguientes conductas:

Problemas para desenvolverse socialmente:

- Establecen escaso contacto visual
- Las expresiones faciales son prácticamente inexistentes
- No dicen adiós con la mano
- Prefieren el juego en solitario antes que jugar con otros
- No les gusta que les abrecen

Problemas con la comunicación, el habla y el lenguaje:

- Se retrasan en la adquisición del lenguaje hablado
- Presentan cierta dificultad al comunicar sus deseos y/o necesidades
- Responden mejor a los sonidos que a las indicaciones verbales

Preferencias por comportamientos y rutinas repetitivos:

- Dificultad para adaptarse a los cambios
- Pueden estar jugando con los mismos juguetes una y otra vez sin cansarse
- Repiten acciones, palabras y/o frases

Puesto que la temática de interés de este trabajo es la adquisición de la lectoescritura, habría que resaltar de una manera especial la importancia de los principales problemas en el lenguaje y la comunicación.

Tal y cómo mencionan Jiménez y Sobrino (2010) en su trabajo, las alteraciones principales son la ecolalia, es decir los niños autistas pueden repetir frases o sonidos de manera involuntaria de lo que otros dicen, y la inversión pronominal, debido a la cual es habitual que los autistas usen la palabra “tú” con el significado de “yo”.

Del mismo modo, otras de las características principales del lenguaje en autistas son:

- La jergafasia: es la alteración del lenguaje debido al uso inadecuado de las palabras.

- Déficit en la codificación: consiste en el impedimento para transformar las ideas, es decir, la dificultad de verbalizar correctamente lo que se quiere decir.
- Verborragia: uso excesivo del lenguaje.
- Disprosodia: es la variación en el ritmo del habla, con una disminución o incremento grave en su velocidad.

Una intervención adecuada y temprana puede ayudar a que el lenguaje mejore tanto a nivel morfológico como pragmático. De esta manera conseguiremos que su comunicación comience a ser cada vez más enriquecida y coherente, lo que también ayudará a una correcta adquisición de la lectoescritura. Es por ello, que en el próximo apartado se va a proponer una pequeña propuesta de intervención para mejorar la lectoescritura en niños con autismo.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1. JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta de intervención surge de las dificultades que muchos niños, en este caso en concreto los niños diagnosticados con autismo, sufren para adquirir las diversas ramas del conocimiento. El aprendizaje de la lectoescritura es uno de los desafíos más complejos a los que cualquier niño en edad de escolarización debe enfrentarse, ya que de ello va a depender el aprendizaje de materias futuras, siendo de este modo la base de cualquier enseñanza posterior. Por ello, esta propuesta tiene como objetivo ofrecer una intervención lo más temprana posible, que ofrezca a los alumnos que presenten cierto grado de autismo tener el derecho a adquirir una buena base que les permita labrar su futuro.

Esta propuesta en concreto está destinada a un niño de 5 años que presenta autismo con cierta dificultad para la adquisición de la lectoescritura. En años anteriores ya ha tenido su apoyo correspondiente, adecuado a su nivel y edad, por lo que mi trabajo está más enfocado a la correcta adquisición de la lectura y escritura con diferentes estrategias.

4.2. OBJETIVOS

General: Estimular el desarrollo de las habilidades instrumentales necesarias para la buena adquisición de la lectoescritura.

Específicos:

- Reforzar la conciencia silábica de las palabras.
- Aprender a ordenar letras para conseguir formar palabras sencillas.
- Comprender lo que ocurre en imágenes visuales.
- Identificar la relación que existe entre las imágenes y los conceptos para lograr formar oraciones sencillas.
- Conocer el orden y/o estructura de oraciones sencillas.
- Adquirir la capacidad de reproducir oraciones sencillas a partir de la lectura de imágenes.
- Alcanzar la grafomotricidad necesaria para la escritura.
- Iniciar la escritura de oraciones sencillas con ayuda de los pictogramas.

4.3. PROCEDIMIENTO

La intervención será llevada a cabo por el profesor de apoyo que tenga un contacto más directo con el alumno, con el previo consentimiento tanto de la familia como del profesor tutor que siempre tendrán que estar adecuadamente informados e interesados por la puesta en práctica para garantizar que la ejecución sea lo más beneficiosa posible para el niño.

La metodología estará adecuadamente adaptada a las distintas características del TEA que el niño pueda presentar, con el fin de que todas y cada una de las actividades sean lo más fructíferas posible. La duración estimada que se calcula para cada una de ellas será de alrededor de unos 30 minutos, con un descanso de por medio con algún juego que sea del interés del niño, para que sea capaz de mantener la atención el tiempo dedicado a la propuesta. Del mismo modo se evitará la presencia de otros factores que puedan perjudicar en la concentración de la tarea.

A lo largo de las sesiones el profesor debe mantener una postura firme, comprensiva y paciente, colocándose a pocos metros en frente del alumno, estableciendo un contacto continuo para cerciorarse de que el niño le está prestando atención en cada una de las explicaciones. Dichas indicaciones tienen que ser cortas, muy claras y sencillas, repitiéndoselas todas las veces que se consideren necesarias. Cada vez que una actividad sea realizada adecuadamente el niño recibirá un elogio inmediato justificando y concretando el porqué de ese premio, utilizando así la técnica del refuerzo positivo.

La metodología que se va a implementar constará de 4 fases a través de las cuales el niño irá profundizando en los diferentes conceptos. De manera que partiremos de la palabra como unidad para pasar a su posterior división en letras y silabas y poder terminar con la composición de frases sencillas. En cada una de las fases se llevarán a cabo 4 actividades, excepto en la última que serán 3, que pretenden ser lo más visuales y atractivas para el niño para que este se pueda sentir lo más motivado y concentrado posible.

He considerado más oportuno centrar la mayor parte del peso de la intervención en las actividades enfocadas a la lectura, ya que pienso que, a través del conocimiento de los sonidos y las relaciones entre todos los elementos necesarios para componer una frase, el niño va a ser capaz de traspasar toda esa información de una manera más sencilla a la escritura. No obstante, en cada una de las fases se propone una actividad de escritura para ir trabajando transversalmente y que el niño pueda ir relacionando y construyendo sus propios esquemas.

Por otro lado, he de apuntar que tanto el conocimiento de la escritura como de la lectura será en letras mayúsculas.

El tipo de material que será necesario para la realización de las actividades principalmente se basa en las tarjetas que le iremos dando al niño con todos los pictogramas, en ocasiones el niño necesitará un lápiz para las tareas de escritura.

A pesar de que las actividades están pensadas para realizarse con tarjetas en cartulina o papel, hoy en día también puede plantearse como una actividad mucho más innovadora y traspasarse a la pantalla, es decir, todo el contenido necesario podría ser creado a través de un programa informático que nos permita realizar todas las actividades en la PDI o el ordenador, de esta manera el niño podría sentirse mucho más motivado, ya que lo vería como algo más atractivo.

4.5. ACTIVIDADES

FASE 1: En esta fase se pretende que el niño empareje las palabras escritas con la imagen correspondiente, para que establezca el significado de las diferentes palabras a través de su representación visual. Al mismo tiempo en esta fase se le irán dando las diferentes palabras que trabajemos en formato caligrafía para que sea capaz de repasarlas, interiorizando la grafía de cada una de las letras y palabras.

- *Actividad 1:* Se le enseñan al niño una serie de tarjetas con una imagen y su correspondiente nombre escrito de manera que tendrá que emparejarlas con su semejante en similitud de imagen y palabra. (Véase en el anexo 1)
- *Actividad 2:* El niño tendrá que emparejar la tarjeta que contiene la imagen y su nombre, en este caso, solo con la tarjeta que tiene la palabra escrita. (Véase en el anexo 2)
- *Actividad 3:* La siguiente progresión será que el niño sea capaz de relacionar el dibujo suelto con la palabra suelta correspondiente. (Véase en el anexo 3)
- *Actividad 4:* Por último, se espera que el niño pueda relacionar las palabras sin imagen alguna. (Véase en el anexo 4)

FASE 2: En este punto de la intervención se pretende pasar del proceso de lectura global de la palabra, a la separación de la misma. Primero en letras y posteriormente en sílabas como unidades necesarias para poder leer cualquier palabra. En este punto el niño irá copiando las diferentes palabras con un

modelo, pero esta vez sin repasar por encima, él solo tendrá que conseguir escribir cada letra, fijándose adecuadamente.

- *Actividad 1:* En la primera actividad vamos a tratar de iniciar al niño en la formación de palabras. Cortaremos en sus letras correspondientes las palabras trabajadas en la fase 1 para que el niño sea capaz de montarlas de izquierda a derecha y adquiera, de esta manera también, la direccionalidad necesaria para la lectura. (Véase en el anexo 5)
- *Actividad 2:* Esta actividad será un acercamiento a la formación silábica, de manera que el niño tendrá que clasificar cada sílaba (consonante-vocal) con la letra correspondiente. De esta manera repasaremos el conocimiento previo que el niño tenga sobre las letras del abecedario. (Véase en el anexo 6)
- *Actividad 3:* Con las tarjetas aprendidas en la fase 1, se pretenderá que el niño asocie las sílabas correspondientes a la imagen y palabra. (Véase en el anexo 7)
- *Actividad 4:* En esta actividad se va un paso más allá, y en esta ocasión el niño no tendrá escrita la palabra entera, sino que solo se le entregará la cartulina con la imagen y él tendrá que formar la palabra con las diferentes sílabas que se le conceden. (Véase en el anexo 8)

FASE 3: En esta fase comenzaremos a introducir el concepto de frase, desde su análisis hasta su composición, para iniciarse en una primera lectura funcional de frases. En este punto iniciaríamos al niño en la escritura de frases tratando de que adquiriera la capacidad de escribir las diferentes palabras que la componen con sus espacios correspondientes.

- *Actividad 1:* Para comenzar se le presentarán al alumno diferentes imágenes en las que ocurren distintas acciones para que sea capaz de describirlas con todo detalle, de esta manera percibirá que una sola imagen no representa una sola palabra, sino que necesitamos de una unión de palabras para contar todo lo que vemos reflejado
- *Actividad 2:* Se darán al niño varias frases, de corta longitud, escritas en una hoja sin ningún tipo de espacio entre las diferentes palabras. El niño

tendrá que intentar ser capaz de separar dichas frases en las palabras que las componen. Ejemplo: ELCOLUMPIODELPARQUE → EL COLUMPIO DEL PARQUE.

- *Actividad 3:* Se muestra al niño en una hoja frases inacabadas que debe completar con palabras para lograr que tengan significado. Primero podemos ayudarlo con pictogramas y luego únicamente con las palabras.
- *Actividad 4:* En este punto trataremos de que el niño sea capaz de componer frases. Para ello se le proporcionará una serie de tarjetas con palabras que tendrá que colocar para que cobren un sentido. En primer lugar, se le puede ayudar con pictogramas de manera que tenga que coger las palabras correspondientes a las imágenes que tiene delante, y posteriormente se intentaría su unión solo a través de la lectura de las palabras, sin apoyos visuales. Las frases siempre intentando que queden lo más cortas y sencillas posible. Además, también podemos aprovechar a introducir los términos funcionales, como son los artículos, conjunciones o preposiciones.

FASE 4: La última fase correspondería con la aplicación tanto de la lectura como de la escritura mediante la herramienta del Hipertexto que permite transformar los textos lineales en redes de conocimiento potenciando así la comprensión y expresión tanto escrita como oral. (Álvarez et al, 2016). Antes de comenzar con las 3 actividades propuestas, en la primera sesión de esta fase presentaríamos al niño el concepto de Hipertexto, de manera que le entregaríamos al niño uno ya hecho y le haríamos ver en qué consiste, para que los próximos días él pueda intentar resolverlos. En cuanto a la escritura en esta fase trataríamos de intentar que el niño fuese capaz de escribir la información que pueda percibir del Hipertexto “sin muestra de su escritura”, de manera autónoma.

- *Actividad 1:* En la primera actividad el niño tendrá que ser capaz de organizar un Hipertexto sobre un grafema, por ejemplo: “LA M. LA M ES UNA LETRA. LA M ESTÁ EN MESA Y MONO”
- *Actividad 2:* Esta vez la actividad se complica un poco e introducimos un Hipertexto con sílabas. Ejemplo: “LA CA. LA CA ES UNA SÍLABA. LA CA ESTÁ EN CASA Y CAMA”

- *Actividad 3:* Por último, se aumenta la dificultad y los nodos del Hipertexto, para tratar de colocar una información más detalla. Ejemplo: “EL GATO. EL GATO ES UN ANIMAL. EL GATO TIENE COLA, PATAS Y BIGOTES”

4.6. CRONOGRAMA

En este apartado se indicará la temporalización que las actividades de la intervención van a abarcar. Se ha considerado que la duración estimada sea de 4 meses, de manera que en cada mes se pondrá el foco de atención en una de las fases. Se trabajará dos días a la semana (martes y jueves) en sesiones de aproximadamente 30 minutos. Cada semana nos centraremos en una actividad para cerciorarnos de que el niño haya logrado los objetivos planteados en cada una de ellas.

Tabla 2.

Cronograma de la intervención. Elaboración propia.

Enero						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7 Fase 1: Act. 1	8	9 Fase 1: Act: 1	10	11	12
13	14 Fase 1: Act. 2	15	16 Fase 1: Act. 2	17	18	19
20	21 Fase 1: Act. 3	22	23 Fase 1: Act. 3	24	25	26
27	28 Fase 1: Act 4	29	30 Fase 1: Act. 4	31		
Febrero						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4 Fase 2: Act. 1	5	6 Fase 2: Act. 1	7	8	9
10	11 Fase 2: Act. 2	12	13 Fase 2: Act. 2	14	15	16
17	18 Fase 2: Act. 3	19	20 Fase 2: Act. 3	21	22	23
24	25 Fase 2: Act. 4	26	27 Fase 2: Act. 4	28	29	

Marzo						
L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3 Fase 3: Act. 1	4	5 Fase 3: Act. 1	6	7	8
9	10 Fase 3: Act. 2	11	12 Fase 3: Act. 2	13	14	15
16	17 Fase 3: Act. 3	18	19 Fase 3: Act. 3	20	21	22
23	24 Fase 3: Act. 4	25	26 Fase3: Act. 4	27	28	29
30	31 Fase 4: Presentación					
Abril						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2 Fase 4: Act. 1	3	4	5
6	7 Fase 4: Act. 1	8	9 Fase 4: Act. 2	10	11	12
13	14 Fase 4: Act. 2	15	16 Fase 4: Act. 3	17	18	19
20	21 Fase 4: Act. 3	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

4.7. EVALUACIÓN

A lo largo de toda la intervención se va a realizar un proceso de evaluación continuado, es decir una evaluación formativa, evitando así la nota numérica al finalizar todas y cada una de las actividades, ya que estas pretenden ser un camino al aprendizaje global del niño. De esta manera podremos observar, registrar y valorar si las propuestas y la intervención en sí que se están llevando a cabo, son adecuadas y productivas para el aprendizaje del niño. Del mismo modo, este tipo de evaluación nos permitiría establecer, si fuese necesario, cualquier tipo de cambio o ajuste en el mismo momento, para que su eficacia llegue a ser completa. Para ello, se ha creado un pequeño cuestionario con varios ítems que se podrá ir rellenando a lo largo de todo el proceso, que pretende valorar tanto la actitud del niño, como nuestra propia práctica.

Tabla 3.

Cuestionario de evaluación. Elaboración propia.

ÍTEMS	SÍ	NO	EN OCASIONES
Ha comprendido y atendido a las instrucciones de las actividades			
Ha mostrado mucha dificultad en la realización de las tareas			
Ha requerido de ayuda en numerosas ocasiones			
Ha sabido pedir la ayuda necesaria			
Se ha esforzado y participado de manera activa en la realización de las actividades			
Ha sentido cierta motivación			
Las actividades se han ajustado a las dificultades del niño en las diferentes sesiones			
Se ha hecho un manejo del tiempo adecuado			

Por otro lado, al finalizar la intervención sí que se plantea que se valoren los objetivos establecidos, pero de una manera cualitativa, ya que de esta forma también se podrá llegar a conocer el impacto de la intervención en el aprendizaje del niño, y para una futura intervención se podrá mejorar en aquellos puntos que quizás no han conseguido todo lo que se esperaba de ellos. Para ello se ha creado otro pequeño cuestionario con los ítems de los diferentes objetivos.

Tabla 4.

Cuestionario de evaluación de objetivos. Elaboración propia.

ÍTEMS	CONSEGUIDO	NO CONSEGUIDO	EN PROCESO
Reconoce la división por sílabas de las palabras			
Sabe ordenar letras para formar palabras sencillas			
Es capaz de comprender lo que ocurre en las imágenes			
Establece relaciones entre imagen y concepto para formar oraciones sencillas			
Conocer el orden y/o estructura de oraciones sencillas			
Es capaz de reproducir oraciones sencillas a partir de la lectura de imágenes			
Tiene desarrollada la grafomotricidad necesaria para la escritura			
Posee cierta destreza en la escritura de oraciones sencillas			

No obstante, el maestro encargado de la ejecución de la propuesta de intervención en todo momento dispondrá de un cuaderno de notas en el que podrá ir anotando cualquier modificación que considere necesaria, para garantizar el mejor beneficio en el niño.

5. CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo y gracias a la revisión bibliográfica me ha dado cuenta de la importancia que el tema tratado debería de tener en la sociedad, pero sobre todo entre los docentes. Al fin y al cabo, tenemos que estar preparados para poder educar a todos los niños que lleguen a nuestras aulas, teniendo en cuenta las individualidades de cada uno con el fin de ofrecerles la educación que se merecen, porque todos los niños tienen el derecho al aprendizaje.

Por el mismo motivo, creo que la elección de trabajar en la línea de la lectoescritura me ha sido muy enriquecedora porque, como he mencionado a lo largo del trabajo, creo que es la base de cualquier aprendizaje posterior, de ello va a depender el pleno desarrollo del niño y el cual le va a permitir abrir las puertas al mundo. De hecho, considero que ningún niño tendría que quedarse sin adquirir esta competencia por ser diferente, simplemente por el hecho de mostrar ciertas características que requieren de una implicación mucho mayor por nuestra parte.

En este trabajo se ha intentado sintetizar de la manera más clara posible todos aquellos aspectos que he considerado de mayor importancia para que vosotros los lectores podáis sentir, al igual que yo, la importancia que este tema debiera tener en nuestra sociedad y así poder ofrecer los apoyos necesarios a todas aquellas personas que los requieran.

Si bien es cierto, que poder sintetizar toda la información que dicho tema abarca ha sido una tarea compleja, ya que son numerosos los autores que han tratado de esclarecer a lo largo de la historia todas las peculiaridades que este trastorno trae consigo, de hecho, hoy en día todavía se desconoce la causa exacta de su origen. Por otro lado, me hubiese gustado poder poner en práctica mi propuesta

de intervención, pero no me ha sido posible ponerme en contacto con ningún niño autista con el que llevarlo a cabo, de esta manera hubiese podido obtener unos resultados con los que tratar de mejorar las actividades propuestas o conocer si realmente hubiesen servido de mejora en el aprendizaje.

Creo que cualquier persona que se dedique a enseñar a los demás tiene que sentirse verdaderamente realizada en su día a día, puesto que no es una tarea nada fácil, pero sobre todo me gustaría dar las gracias a todas las personas que día a día luchan por dar a conocer las dificultades a las que muchos niños tienen que hacer frente a diario para recibir la educación que se merecen. A todas esas personas les dedico este trabajo porque creo que la labor que hacen no está lo suficientemente reconocida y yo, gracias a la elaboración de este trabajo me he dado cuenta de una realidad de la que tal vez algún día me gustaría formar parte.

En definitiva, me he sentido muy cómoda y he disfrutado mucho con la realización de este trabajo, que creo que me ha hecho abrir un poco más mis propios ojos hacia otras personas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aedo, K., Arraño, V., Bedregal, P., Bronstein, J., Coelho-Medeiros, M.E., Garrido, I., ...< Valenzuela, P.M. (2019). Validación del M-CHAT-R/F como instrumento de tamizaje para detección precoz en niños con trastorno del espectro autista. *Revista Chilena de pediatría*, **90** (5), pp. xx-xx. Recuperado de: <http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/703/1073>
- Albores, L., Cortes, B., Díaz, J.A. y Hernández, L. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*, **31** (1), pp. 37-44. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2008/sam081f.pdf>
- Alcantud, F. (2013). *Trastornos del espectro autista: detección, diagnósticos e intervención temprana*. Madrid: Pirámide.
- Alcantud, F., Lozano, L. y Rico, D. (2012). *Trastornos del Espectro Autista: Guía para padres y profesionales*. Valencia: La Plaça. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/handle/10550/25487>
- Alpizar, O.A., García, A. y Guzmán, G. (2019). Autismo: revisión conceptual. *Boletín Científico de la Escuela Superior de Atotonilco de Tula*, 11, pp. 26-31. Recuperado de: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/3693/5868>
- Álvarez, L., y González-Castro, P. (2012). *Programa de refuerzo para estimular el pensamiento y la inteligencia EPI.com*. Madrid: EOS.
- Álvarez, L., y Soler, E. (2005). *¡Ya entiendo!... Con hipertexto*. Madrid: Cepe.
- Álvarez, L., González-Castro, P., y Soler, E. (2000). Del hipertexto como guía de navegación al hipertexto como procesador de información. *Aula Abierta*, 75, 2737.

Álvarez, A.I., Cueli, M., Fernández-Vázquez, E., González-Castro, P., Rodríguez, C. y Tellado, F. (2016). Eficacia del programa EPI.com para la estimulación de las habilidades lectoras en Educación Infantil. *Revista de psicología y educación*, **11**(2), pp. 43-64. Recuperado de: <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/139.pdf>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, APA (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Amodia, J. y Andrés, M. A. (2006). Trastorno de Autismo y Discapacidad intelectual. En Coord. Del Barrio, J. (2006). *Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones*. Cap., 3, 77 – 107- Colección FEAPS, Madrid.

Aparicio, B. (2016). *Trastorno del espectro autista: programas de intervención educativa*. Trabajo fin de grado, Universidad de Cantabria. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8616/AparicioToroBertadel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arnáiz, J., García, R., Márquez, C., Palomo, R. y Zamora, M. (2014). *Documento de reflexión en torno a los cambios propuestos en el DSM5 en relación con los trastornos del espectro del autismo y su aplicación en España*. Recuperado de: http://horarioscentros.uned.es/archivos_publicos/qdocente_planes/1037974/dsm5reflexionaetapi2014.pdf

Artigas, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, **32** (115). ISSN 2340-2733. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008

- Artigas, J., Gabau, E., y Guitart, M. (2005). El autismo síndrónico: I. Aspectos generales. *Revista de Neurología*, **40** (1), pp. 143-149. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13841/autismosindromico1.pdf>
- Asociación para la atención de personas con trastornos generalizados del desarrollo de la región de Murcia. (2013). *Comunicación median lengua escrita en niños con TEA, hablar, leer y comprender*. Recuperado de: <https://www.astrade.es/>
- Avelar, E., Bautista, E., Jiménez, B., Miranda, A. y Sifuentes, N. (2008). Padres de familia y su inclusión en la evaluación y tratamiento conductual del autismo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, **10** (1), pp. 49-62. ISSN: 0187- 690. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80210104>
- Ayuda, R., Freire, S., González, A., Llorente, M. y Martos, J. (2013). Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, **56** (1), pp. 561-566.
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza.
- Bhalla, S. (2007). OneToughJob: *Características de los trastornos del espectro autista*. Recuperado de: <http://espanol.onetoughjob.org/la-escuela-y-el-cuidado-de-ninos/educacion-especial/caracteristicas-de-los-trastornos-del-espectro-autista>
- Brioso, A. y García, M^aA. (2017). Personas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). En coord. Brioso, A y Gutiérrez, B. *Desarrollos diferentes*. Madrid: Sanz y Torres, pp. 131-159.
- Cuxart, F. (2000). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Aljibe.

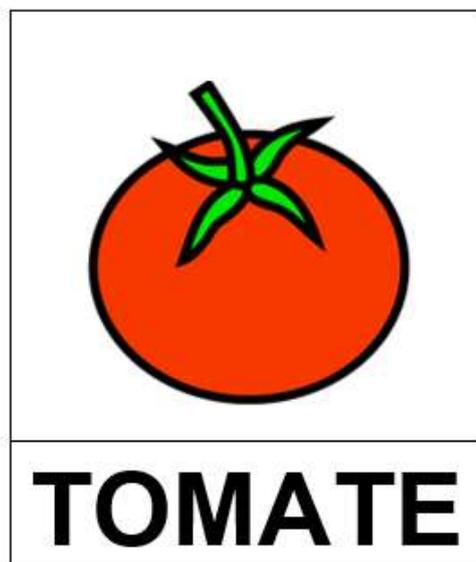
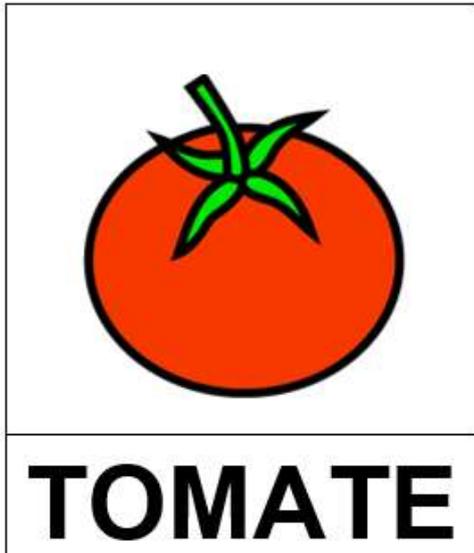
- Díaz Olmedo, P. (2014). Centro de Atención Temprana Espiral: *Peculiaridades en el desarrollo del lenguaje oral de niños con trastorno del espectro autista*. Recuperado de: <https://www.espiralsantacruz.com/noticias/peculiaridades-en-el-desarrollo-del-lenguaje-oral-de-ninos-con-trastorno-del-espectro-autista/>
- Egge, M. (2008). *El tratamiento del niño autista*. Madrid: Gredos.
- Felici, M.S. (2010). *Intervenciones psicoeducativas en el espectro autista*. Tesis doctoral, Universidad Internacional de Andalucía. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/72018580.pdf>
- Folch, J. e Iglesias, J. (2018). *Claves psicobiológicas, diagnósticas y de intervención en el autismo*. Madrid: Pirámide.
- González, M.J. (2015). *Trastorno de espectro autista: una perspectiva pedagógica dirigida al profesorado*. Trabajo fin de grado, Universidad de Cantabria. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7777/GonzalezOrtizMarinaJosefa.pdf>
- González, A. (2017). *Danza terapia y autismo una aproximación a una forma de trabajo*. Trabajo fin de grado, Universidad de Cantabria. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/12484/GonzalezSalcinesAngela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González, M.C., Hernández-Chávez, M. y Vásquez, M. (2019). Trastorno del espectro autista: diagnóstico clínico y test ADOS. *Revista Chilena de pediatría*, **90** (5), pp. xx-xx. Recuperado de: <http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/872/1166>
- Hernández, B.G., Munive, L., Ruiz, M., Varela, D.M. y Vela, M. (2011). Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediátrica de México*, **32** (4), pp. 213-222. ISSN: 0186-2391. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330005.pdf>

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2008). *Encuesta sobre discapacidades*. Recuperado de: <https://www.ine.es/>
- Jiménez, C. y Sobrino, S. (2010). *Características del lenguaje y tratamiento en niños autistas*. Recuperado de:
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q8dn2rfJce8J:https://evuky.files.wordpress.com/2010/11/autismo2.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Leo con Lula. (2011). *Lectura global para niñ@s con TEA*. Recuperado de:
<https://leoconlula.com/el-proyecto/>
- López, S., Rivas, R.M., y Taboada, E.M. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, **41** (3), pp.550-570. ISSN 0120-534. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a11.pdf>
- López, M.D. y Polo, M.T. (2014). *Trastornos del desarrollo infantil*. Madrid: Pirámide.
- Martos, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología*, **42** (1), pp. 99-101. Recuperado de:
https://www.astrade.es/admin/bibliografia/autismo_ndt.pdf
- Melgar, V., Rangel, M.J. y Reynoso, C. (2016). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, **55** (2), pp. 214-222. Recuperado de:
<http://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE PERÚ. (2013). *Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con trastorno del espectro autista -TEA*. Perú.
- Navas, W. y Vargas, M.J. (2012). Autismo Infantil. *Revista Cúpula* **26** (2), pp. 44-58.
- Ojea, M. (2004). *El espectro autista Intervención psicoeducativa*. Málaga: Aljibe.

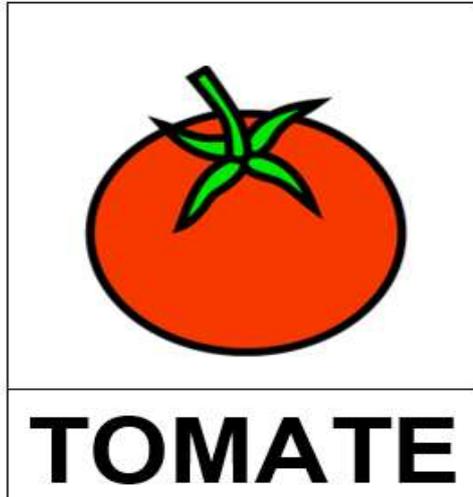
- Pino, M. y Romero, D.M. (2013). Trastornos del Espectro Autista y exposiciones ocupacionales de los progenitores. *Revista Española de Salud Pública*, **87** (1), pp. 73-85. ISSN: 1135-5727. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/170/17025627008.pdf>
- Pozo, M^a.P. (2010). *Adaptación psicológica en madres y padres de personas con trastornos del espectro autista: un estudio multidimensional*. Tesis doctoral, Universidad Nacional de educación a distancia. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/tesisuned:Psicologia-Mppozo/Documento.pdf>
- Psiquiatría, A. A. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5. *Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría*, 319. Recuperado de: <http://blancopeck.net/DSM-V%20Espanol.pdf>
- Rivière, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.

7. ANEXOS

Anexo 1. Fase 1, actividad 1



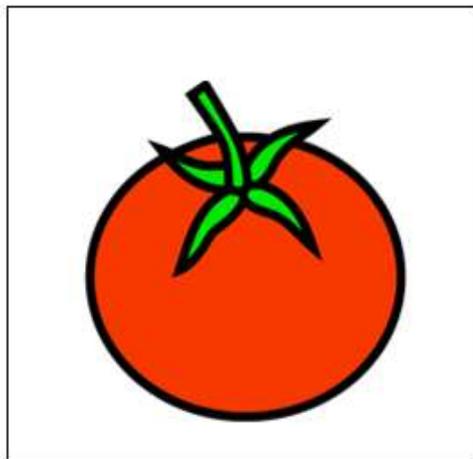
Anexo 2. Fase 1, actividad 2



TOMATE

CASA

Anexo 3. Fase 1, actividad 3



TOMATE

CASA

Anexo 4. Fase 1, actividad 4

CASA

CASA

TOMATE

TOMATE

Anexo 5. Fase 2, actividad 1



CASA

--	--	--	--

C	A
E	M
A	
S	



TOMATE

--	--	--	--	--

E	O
M	R
T	A
S	T

Anexo 6. Fase 2, actividad 2

M					
T					
S					

MA	M	SE	TE
TO	ME	SO	MO
SA	SU	TU	MU
TI	MI	SI	TA

Anexo 7. Fase 2, actividad 3

	
CASA	

CA

CE

MA

SA

		
TOMATE		

TE

RU

MI

TO

MA

SA

Anexo 8. Fase 2, actividad 4

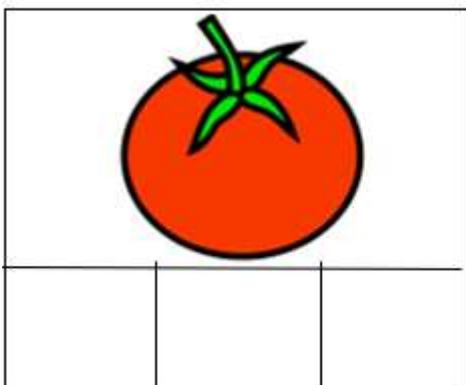


BI

CA

MA

PO



TE

LU

DE

MA

TO

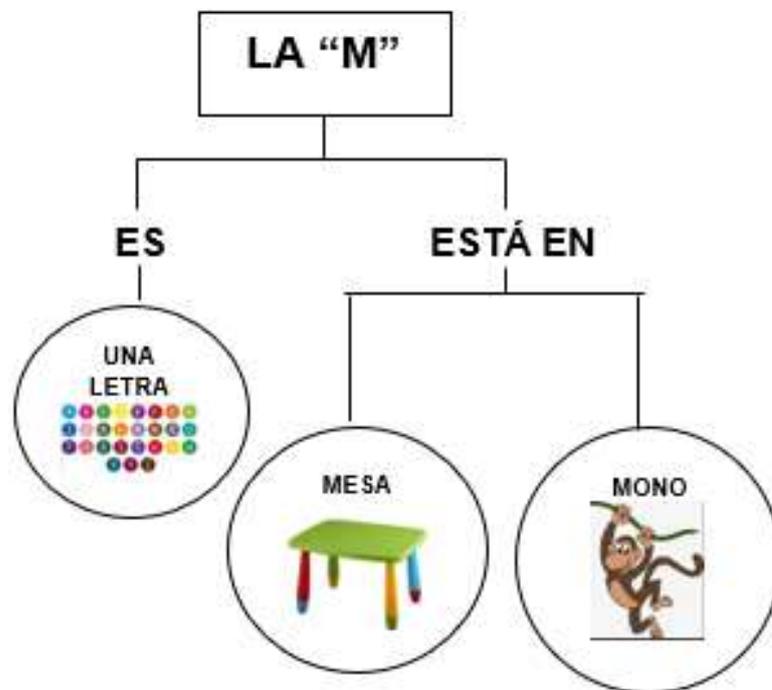
FI

LA "M".

LA "M" ES UNA LETRA



LA "M" ESTÁ EN MESA Y MONO



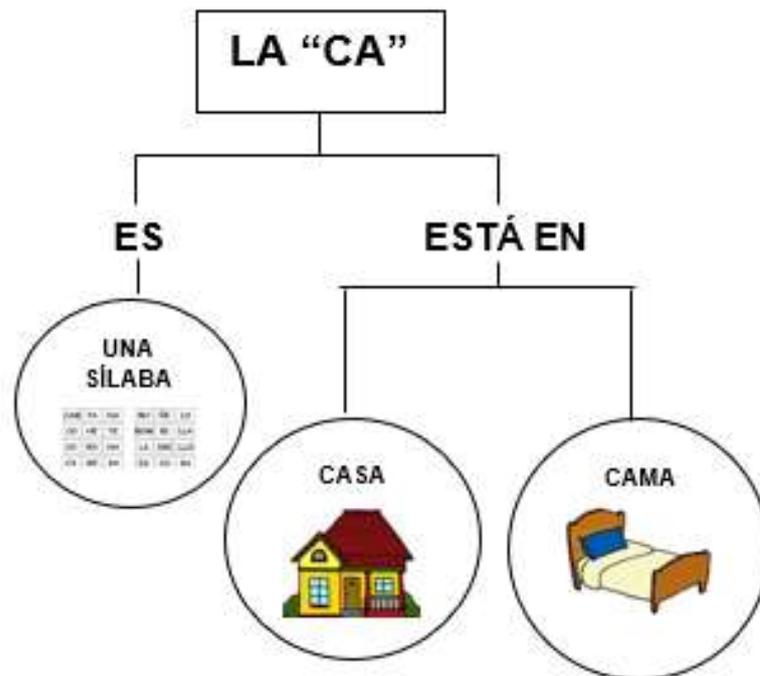
Anexo 10. Fase 4, actividad 2

LA "CA"

LA "CA" ES UNA SÍLABA

CAM	PA	NA	WU	RE	CA
CO	HE	TE	BOM	ET	LLA
CO	RO	NA	LA	DRE	LLO
CA	ME	SA	ES	CO	BA

LA "CA" ESTÁ EN CASA Y CAMA



Anexo 11. Fase 4, actividad 3

EL GATO



EL GATO ES UN ANIMAL



EL GATO TIENE COLA, PATAS Y BIGOTES

