

MATERIA

Trastornos no Desenvolvemento e Dificultades na Aprendizaxe

TITULACIÓN

Máster Universitario en Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria e Bacharelato, Formación Profesional e Ensinanzas de Idiomas. Especialidade Orientación Educativa (2ª edición)

unidade
didáctica
3

Trastorno do Espectro do Autismo (TEA)

M^a Emma Mayo Pais

Área de Psicoloxía Evolutiva e da Educación
Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación
Facultade de Ciencias da Educación

unidadesdidácticas
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA



Esta obra atópase baixo unha licenza internacional Creative Commons BY-NC-ND 4.0. Calquera forma de reprodución, distribución, comunicación pública ou transformación desta obra non incluída na licenza Creative Commons BY-NC-ND 4.0 só pode ser realizada coa autorización expresa dos titulares, salvo excepción prevista pola lei. Pode acceder Vde. ao texto completo da licenza nesta ligazón: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.gl>

© Universidade de Santiago de Compostela, 2023

Deseño e maquetación

J. M. Gairí

Edita

Edicións USC

usc.gal/publicacions

DOI

<https://dx.doi.org/10.15304/9788419679499>

MATERIA: Trastornos no Desenvolvemento e Dificultades na Aprendizaxe

TITULACIÓN: Máster Universitario en Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria e Bacharelato, Formación Profesional e Ensinanzas de Idiomas. Especialidade Orientación Educativa (2ª edición)

PROGRAMA XERAL DO CURSO

Localización da presente unidade didáctica

BLOQUE I. TRASTORNOS NO DESENVOLVEMENTO E DIFICULTADES NA APRENDIZAXE: ASPECTOS INTRODUTORIOS

Unidade I. Trastornos no desenvolvemento e dificultades na aprendizaxe: aspectos introdutorios

Trastornos no desenvolvemento (TD)

Dificultades na aprendizaxe (DA)

BLOQUE II. TRASTORNOS NO DESENVOLVEMENTO NEUROLÓXICO

Unidade II. Discapacidade Intelectual (DI)

Introdución

Concepto e clasificación

Características e limitacións no desenvolvemento

Etioloxía

Pautas básicas de avaliación e intervención

Unidade III. Trastorno do Espectro do Autismo (TEA)

Introdución

TEA: concepto, características descritivas e criterios diagnósticos

Etioloxía

Características da etapa de Educación Secundaria

Principios básicos de intervención

Unidade IV. Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividade (TDAH)

Introdución

TDAH: concepto e criterios diagnósticos DSM-V

Características na adolescencia

Aspectos básicos relacionados coa intervención

BLOQUE III. DIFICULTADES NA APRENDIZAXE

Unidade V. Dificultades específicas na aprendizaxe

- Diagnóstico
- Tratamento
- Dislexia
- Disgrafía
- Discalculia
- Outras

BLOQUE IV. OUTRAS DIFICULTADES DE APRENDIZAXE ASOCIADAS A ALTERACIÓNS NO DESENVOLVEMENTO

Unidade VI. Discapacidade visual

- Introdución
- Discapacidade visual: concepto
- Como ve o alumnado con discapacidade visual?
- Como podemos detectar un problema visual na aula?
- Algunhas orientacións para a intervención
- Como aprende un/nha alumno/a con discapacidade visual?
- Necesidades educativas específicas do alumnado que presenta discapacidade visual
- Que aspectos poden incidir no desenvolvemento do alumnado que presenta discapacidade visual?

Unidade VII. Discapacidade motora

- Discapacidade motora: concepto e clasificación
- Espiña bífida (EB)
- Parálise cerebral (PC)

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

COMPETENCIAS

OBXECTIVOS DE APRENDIZAXE

CONTIDOS

1. Introducción
2. TEA: concepto, características descriptivas e criterios diagnósticos
 - 1.1. As primeiras descrições e características básicas
 - 1.2. O Espectro Autista
 - 1.3. Criterios diagnósticos
2. Etioloxía
 - 2.1. Explicacións clásicas
 - 2.2. Explicacións biolóxicas (Enfoque bioloxicista)
 - 2.3. Explicacións psicolóxicas (Enfoque psicosocial)
3. Características da etapa de educación secundaria
 - 3.1. Sinais de alerta
 - 3.2. Como son os alumnos de secundaria con TEA?
 - 3.2.1. Manifestacións que presentan os adolescentes con TEA
 - 3.2.2. Características máis importantes que se poden presentar nesta etapa
 - 3.2.3. Principais necesidades na etapa de educación secundaria
4. Intervención educativa
 - 4.1. Proceso de detección, avaliación e intervención con alumnado con TEA
 - 4.2. Principios básicos da intervención
 - 4.3. Orientacións xerais para as materias
 - 4.4. Orientacións xerais para o proceso avaliativo

METODOLOXÍA

AVALIACIÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO 1

PRESENTACIÓN

A unidade didáctica «Trastorno do Espectro do Autismo (TEA)» pertence á materia Trastornos no Desenvolvemento e Dificultades na Aprendizaxe, que é unha materia que se imparte no Máster universitario en profesorado de Educación Secundaria Obrigatoria e Bacharelato, Formación Profesional e Ensinanzas de Idiomas, impartido na Universidade de Santiago de Compostela. Esta disciplina é de carácter optativo para o alumnado da especialidade de Orientación Educativa. A súa carga lectiva é de 4 créditos ECTS e impártese nos meses de outubro/novembro.

A materia Trastornos no Desenvolvemento e Dificultades na Aprendizaxe ten como finalidade identificar as necesidades específicas de apoio educativo asociadas aos trastornos do desenvolvemento e ás dificultades no desenvolvemento e na aprendizaxe, atendendo á diversidade das súas manifestacións ao longo da infancia e a adolescencia; identificar posibles obstáculos e elementos facilitados para unha educación inclusiva dentro da institución escolar; coñecer os principios da avaliación e a intervención educativa vinculados cos trastornos no desenvolvemento e as dificultades no desenvolvemento e na aprendizaxe dende un modelo inclusivo e de atención á diversidade; elaborar propostas de intervención adaptadas ás características e necesidades individuais e contextuais do alumnado con trastornos do desenvolvemento ou dificultades na aprendizaxe; elaborar propostas de actuación no ámbito da prevención primaria, e dirixidas á sensibilización do conxunto da comunidade educativa.

A programación docente da materia Trastornos no Desenvolvemento e Dificultades na Aprendizaxe está formada por un total de sete unidades didácticas, distribuídas en tres bloques temáticos, tal e como se indica na Táboa 1. Aquí preséntase a terceira unidade didáctica, na que se estuda o concepto, a clasificación e a etioloxía do Trastorno do Espectro do Autismo (TEA), así como as características das persoas que presentan TEA na etapa de Educación Secundaria. Finalmente, ofrécense unha serie de pautas básicas de intervención.

A distribución horaria para o desenvolvemento da materia preséntase a continuación (ver Táboa 2). Os contidos desta unidade didáctica impártense en 5 horas, 3 de interactivas e 2 de expositivas.

Táboa 1.
Programación docente da materia Trastornos no Desenvolvemento e Dificultades na Aprendizaxe

Materia	Bloque	Tema
TRASTORNOS NO DESENVOLVEMENTO E DIFICULTADES NA APRENDIZAXE	TRASTORNOS NO DESENVOLVEMENTO E DIFICULTADES NA APRENDIZAXE: ASPECTOS INTRODUTORIOS	Trastornos no desenvolvemento e dificultades na aprendizaxe: aspectos introdutorios
	TRASTORNOS NO DESENVOLVEMENTO PSICOLÓXICO	Discapacidade Intelectual
		Trastorno do Espectro do Autismo (TEA)
		Trastorno de Déficit de Atención/ Hiperactividade (TDAH)
	DIFICULTADES NA APRENDIZAXE	Dificultades específicas na aprendizaxe
	OUTRAS DIFICULTADES DE APRENDIZAXE ASOCIADAS A ALTERACIÓNS NO DESENVOLVEMENTO	Discapacidade visual
Discapacidade motora		

Fonte. Elaboración propia

Táboa 2.
Distribución horaria da materia

Tipo docencia	Horas	Alumnado	Horas
Horas de titoría	4 horas	Traballo do alumno/a	68 horas
Clase expositiva	12 horas		
Clase interactiva	16 horas		
Total docencia	32 horas		
Total materia		100 horas	

Fonte. Elaboración propia

COMPETENCIAS

As competencias da titulación ás que contribúe a materia son:

- **competencia xeral 16:** traballar en equipo con outros profesionais da educación, enriquecendo a súa formación;
- **competencia xeral 17:** desenvolver hábitos e actitudes para aprender a aprender ao longo do seu posterior desenvolvemento profesional;
- **competencia xeral 18:** aplicar os coñecementos adquiridos e a capacidade de resolución de problemas a entornas educativas novas ou pouco coñecidas ;
- **competencia xeral 19:** coñecer as características psicopedagóxicas dos/as alumnos/as para poder avalialos e emitir os informes que se requiran;
- **competencia xeral 20:** coñecer as medidas de atención á diversidade que se poden adoptar para poder realizar o asesoramento necesario en cada caso;
- **competencia xeral 22:** desenvolver as habilidades e técnicas necesarias para poder asesorar axeitadamente ás familias sobre o proceso de desenvolvemento e aprendizaxe dos seus fillos/as;
- **competencia xeral 23:** identificar os servizos públicos e entidades comunitarias coas que poida colaborar o centro e promover e planificar, en colaboración co equipo directivo, as accións necesarias para unha mellor atención do alumnado;
- **competencia básica 6:** posuír e comprender coñecementos que aporten unha base ou oportunidade de ser orixinais no desenvolvemento e/ou aplicación de ideas, a miúdo nun contexto de investigación;
- **competencia básica 7:** que os estudantes saiban aplicar os coñecementos adquiridos e a súa capacidade de resolución de problemas en contornas novas ou pouco coñecidas dentro de contextos máis amplos (ou multidisciplinares) relacionados coa súa área de estudo;
- **competencia básica 8:** que os estudantes sexan capaces de integrar coñecementos e enfrontarse á complexidade de formular xuízos a partires dunha información que, sendo incompleta ou limitada, inclúa reflexións sobre as responsabilidades sociais e éticas vinculadas á aplicación dos seus coñecementos e xuízos;
- **competencia básica 9:** que os estudantes saiban comunicar as súas conclusións e os coñecementos e razóns últimas que as sustentan a públicos especializados e non especializados un xeito claro e sen ambigüidades;
- **competencia básica 10:** que os estudantes posúan as habilidades de aprendizaxe que lles permitan continuar estudando dun xeito, en gran medida, autodirixido ou autónomo.

Pola súa banda, as competencias específicas desta materia son as seguintes:

- **competencia específica 19:** asesorar e colaborar co profesorado na revisión e mellora dos procesos de ensino e aprendizaxe e de avaliación, e poñelos en práctica no caso de impartir algunha materia do currículo;

- **competencia específica 20:** asesorar e colaborar cos docentes e, en especial, cos titores, no acompañamento ao alumnado nos seus procesos de desenvolvemento, aprendizaxe e toma de decisións;
 - **competencia específica 21:** orientar o alumnado no seu coñecemento persoal, na progresiva definición e axuste dun proxecto de vida, e na adopción de decisións académicas e profesionais, de xeito que todo isto facilite a súa inserción laboral;
 - **competencia específica 28:** coñecer e valorar as técnicas de diagnóstico psicopedagóxico;
 - **competencia específica 29:** avaliar as intervencións realizadas e derivar cambios para melloralas;
 - **competencia específica 30:** saber aplicar programas preventivos de alcance sociocomunitario;
 - **competencia específica 33:** identificar as barreiras e os facilitadores dunha educación inclusiva tanto no centro escolar coma no resto dos contextos que inflúen sobre o desenvolvemento e a educación do alumnado;
 - **competencia específica 34:** deseñar e poñer en marcha, en colaboración coa comunidade escolar, medidas de atención á diversidade que garantan a presenza, participación e aprendizaxe de todo o alumnado;
 - **competencia específica 35:** realizar avaliacións psicopedagóxicas e, no seu caso, elaborar informes diagnósticos e ditames de escolarización para o alumnado con necesidades de apoio específico;
 - **competencia específica 36:** identificar as necesidades específicas de apoio educativo asociadas a discapacidade, trastornos no desenvolvemento, dificultades na aprendizaxe, alta capacidade e factores socioculturais;
 - **competencia específica 37:** deseñar e pór en marcha, empregando os recursos do sistema de orientación, intervencións de apoio para todo o alumnado que o requira no marco do Plan de Atención á Diversidade;
 - **competencia específica 38:** identificar e planificar a resolución de situacións educativas que afecten a estudantes con diferentes capacidades e diferentes ritmos de aprendizaxe.
- E, finalmente, as competencias transversais da materia son dúas:
- **competencia transversal 1:** empregar bibliografía e ferramentas de busca de recursos bibliográficos xerais e específicos, incluíndo o acceso por Internet;
 - **competencia transversal 2:** xestionar de xeito óptimo o tempo de traballo e organizar os recursos dispoñibles establecendo prioridades, camiños alternativos e identificando erros lóxicos na toma de decisións.

OBXECTIVOS DE APRENDIZAXE

Ofrecer a formación pedagóxica e didáctica esixida pola normativa vixente aos futuros profesores da Educación Secundaria e Bacharelato, Formación Profesional e Ensinanzas de Idiomas é o obxectivo fundamental do Máster. Así mesmo, cursar estes

estudos é un requisito imprescindible para todo aquel que desexa ingresar nos corpos de profesores habilitados para a docencia (ben sexa na Educación Secundaria e Bacharelato, Formación Profesional e Ensinanzas de idiomas).

Tendo en conta o anterior, a misión desta formación é capacitar o futuro profesorado para que poida ensinar os contidos da área de coñecemento na que se formou no grao, actuar profesionalmente como membro dun equipo docente participando no marco dunha comunidade educativa situada nun contexto sociocultural concreto e exercer de facilitador da aprendizaxe do alumno, chegando a ser plenamente competente nas funcións titoriais de orientación persoal, académica e profesional.

Na terceira unidade didáctica realízase unha aproximación ao concepto, á clasificación e á etioloxía do Trastorno do Espectro do Autismo (TEA), así como as características das persoas que presentan TEA na etapa de Educación Secundaria. Finalmente, ofrécense unha serie de pautas básicas de intervención. Á finalización da docencia desta unidade didáctica o alumnado deberá ser capaz de:

- identificar as necesidades específicas de apoio educativo asociadas ao TEA, con especial referencia ás súas manifestacións durante a adolescencia;
- identificar posibles barreiras e facilitadores para unha educación inclusiva dentro da institución escolar;
- elaborar propostas de intervención adaptadas ás características e necesidades individuais e contextuais dos adolescentes con TEA.

CONTIDOS

1. Introducción

Neste tema imos falar dun grupo de persoas nas que coexisten dúas características principais:

- un patrón de comportamento repetitivo xunto cun campo de intereses restrinxido;
- problemas de comunicación e na interacción social.

Desde a edición anterior do DSM (DSM-IV) á actual (DSM-V) houbo numerosos cambios. Así, o **DSM-IV** (APA, 1995) incluía dentro da categoría de **Trastornos Xeneralizados do Desenvolvemento (TXD)** os seguintes trastornos específicos:

- trastorno autista;
- trastorno de Rett;
- trastorno desintegrativo infantil;
- trastorno de Asperger;
- trastorno xeneralizado do desenvolvemento non especificado.

«Estes trastornos caracterízanse por déficits graves e alteracións xeneralizadas en múltiples áreas do desenvolvemento. Inclúense alteracións da interacción social, anomalías da comunicación e a presenza de comportamentos, intereses e actividades estereotipados» (APA, 1995, p.40).

No actual **DSM-V** (APA, 2013) o **trastorno de Rett desaparece**, pois actualmente **considérase un trastorno xenético** do que se atopou a causa; o **T. Desintegrativo** pasou a considerarse unha **enfermidade rara de orixe neurolóxica**; o **TXD non especificado** caracterízase por unha alteración no desenvolvemento da interacción social recíproca ou das habilidades de comunicación non verbal ou cando presenta intereses, actividades ou comportamentos estereotipados, pero non se cumpren os criterios doutros trastornos.

Baixo a denominación de TEA, incorporada ao DSM-V, **englóbase a aqueles suxeitos que na anterior edición deste Manual (DSM-IV-TR) eran diagnosticados con Trastorno Autista e Síndrome de Asperger**. Así pois, xa non consideramos que un suxeito está afecto de autismo ou que sofre a síndrome de Asperger, consideramos que esa persoa ten un TEA e que está nun punto determinado dun continuo referido ás dúas áreas citadas anteriormente [a) comunicación e interacción social, e b) intereses limitados e condutas repetitivas. Evidentemente, como se verá máis adiante, este continuo ten un punto grave e un punto leve.

Neste sentido, cabe deixar claro desde o principio que, de acordo co DSM-V, ambos os dous trastornos comparten unha mesma sintomatoloxía, establecéndose a diferenza entre eles en termos de severidade. Do mesmo xeito, tamén se debe coñecer a elevada comorbilidade entre as formas máis severas de autismo e a discapacidade intelectual.

2. TEA: concepto, características descritivas e criterios diagnósticos

1.1. As primeiras descrições e características básicas

O autismo é difícil de definir por varias razóns. En primeiro lugar, porque se poden utilizar para iso múltiples criterios (sintomatolóxico, clínico, condutual, etc.), pero tamén pola grande heteroxeneidade que se observa entre as persoas con este trastorno («*non hai dous nenos con TEA iguais*») e polas múltiples hipóteses explicativas sobre a súa etioloxía.

Aínda que algúns psiquiatras, como o doutor Henry Maudsley (1869), prestaron atención a nenos pequenos con enfermidades mentais graves, foi o doutor **Eugene Bleuler** (psiquiatra suízo), no **ano 1911**, quen **utilizou por primeira vez o termo** autismo para referirse á perda de contacto coa realidade e á dificultade para comunicarse coa contorna, como características propias da esquizofrenia.

As primeiras descrições de persoas que presentaban síntomas que hoxe englobamos baixo a denominación de TEA, realizáronse na década dos 40 do pasado século, case de forma simultánea, en dous puntos distantes do planeta.

Leo Kanner (1896-1981), publica en Estados Unidos a súa obra **Autistic Disturbances of Affective Contact** no ano **1943**. Kanner acuñou o termo de «*autismo infantil temperá*» a partir da observación do comportamento de **11 nenos** que presentaban unhas características comportamentais determinadas.

A partir das súas investigacións, Kanner estableceu as características do suxeito autista, que son (Kanner, 1976):

- «imposibilidade de establecer desde o mesmo comezo da vida conexións ordinarias coas persoas e as situacións» (Kanner, 1976, p. 737);
- «actúan como se as persoas que as rodean non estivesen, que dan a impresión de sabedoría silenciosa» (Kanner, 1976, p. 738);
- a linguaxe que adquiren (2/3 dos suxeitos autistas) non lles serve ao principio como medio de comunicación;
- excelente memoria mecánica para recordar poesías, cancións, estradas, ...;
- ecolalia;
- «as palabras toman un significado inflexible e non poden usalas máis que na acepción que aprenden orixinalmente» (Kanner, 1976, p. 738);
- falta de formación espontánea das frases;
- os pronomes persoais repítenos tal como os oen, é dicir, se ao neno lle din: «toma **ti** a pelota que **eu** che vou dar...», o neno chámase a si mesmo «**ti**» e ás persoas ás que se dirixe «**eu**»;
- rutineiros en todos os aspectos da vida;
- relaciónanse moi ben cos obxectos;
- nunca miran a ninguén á cara;
- «todos eles posúen unha indubidable capacidade cognoscitiva» (Kanner, 1976, p. 740);
- os antecedentes familiares mostran que «Os ascendentes e parentes colaterais da maioría eran persoas intensamente preocupadas por abstraccións científicas, literarias ou artísticas e pouco dados aos xenuínos intereses humanos. Mesmo os matrimonios máis felices eran fríos e formais» (Kanner, 1976, p. 740).

Resumindo, as características básicas que propón Leo Kanner (1943) serían:

- illamento ou **soidade autista**, facendo referencia á incapacidade para establecer relacións sociais e afectivas con outras persoas;
- **ampos atrasos e alteracións no uso e desenvolvemento da linguaxe** que se manifestan como fala non comunicativa, investimentos pronominais e ecolalias;
- **obsesión (de invariancia)** por manter o ambiente sen cambios e repetir unha gama de actividades rutineiras (condutas estereotipadas);
- **ausencia de imaxinación**;
- **excelente memoria** (sobre todo mecánica e visoespacial);
- todo isto maniféstase desde a primeira infancia.

Un ano despois, en **1944**, o austríaco **Hans Asperger** (1906-1980), estableceu o termo de «*psicopatía autista*», a partir do estudo de **catro casos** con características semellantes ás que Kanner atribuíu aos seus 11 casos, diferenciándose na ausencia de problemas na linguaxe. No seu traballo describía nenos que tiñan:

- **alto Cociente Intelectual (CI)**;
- **sen atraso no desenvolvemento de habilidades lingüísticas**;
- **preferían a compañía de adultos** e relaciónábanse mal con nenos/as da súa idade;

- **intereses obsesivos;**
- **eran mandóns e controladores;**
- **anomalías no comportamento social** (desde illamento ata formas intrusivas de relacionarse cos demais);
- **fan as cousas de igual maneira cada vez;**
- **gran capacidade de atención e memoria excelente**, especialmente para os detalles.

Porén, o seu traballo pasou desapercibido durante moito tempo, ata que foi traducido ao inglés.

O termo «*Síndrome de Asperger*» non aparece no DSM ata a súa versión número IV de 1994, é dicir, 50 anos despois das investigacións de Asperger. O termo, que non foi utilizado ata un ano despois da morte do seu descubridor, foi proposto por Lorna Wing nun artigo de 1981 (Wing, 1981) no que poñía en cuestión o modelo de autismo de Kanner. Esta autora, xunto con Judith Gould, entende o **autismo como un continuo máis que como unha categoría fixa** (Wing e Gould, 1979).

Por tanto, estas descrições constituíron a base do desenvolvemento de numerosos traballos posteriores sobre o **espectro autista**, considerado na actualidade como un **continuo no que se o autismo descrito por Kanner e a síndrome de Asperger constitúen os extremos**.

Principais características do autismo

- Desvinculación social: non establece vínculos coa figura de apego, non busca afecto e nin responde a este, prefere estar só, non establece contacto ocular, ignora ás persoas do seu arredor (é coma se fose xordo ou cego), non fai amigos, non se interesa polos demais.
- Linguaxe: a metade amosa mutismo xeneralizado. Se existe, a linguaxe é ecolálica, psicótica (non persegue a comunicación) e presenta omisións ou investimentos pronominais. Non usan pronomes persoais senón os nomes propios (isto coñécese como *omisión pronominal*). Outras veces utilizan mal os pronomes: eu en vez de ti (*inversión pronominal*).
- Obsesión pola invariancia e a repetición de condutas estereotipadas: (actividades rutineiras, autoestimulantes e autolesivas). Manifesta resistencia aos cambios no contexto e reacciona a eles con axitación condutual e cabreos e insiste na invariancia. As rutinas e actos estereotipados pódense repetir durante días, estando o/a neno/a totalmente absorto/a en tal actividade de autoestimulación. Obsérvase tamén hipersensibilidade sensorial, que consiste en responder só a unha parte moi concreta e limitada dos estímulos presentes. Poden desenvolver condutas autolesivas.

Inicialmente, a raíz da descrición de Kanner sobre a boa memoria mecánica e boa execución en determinadas tarefas pensábase que os/as nenos/as autistas eran intelixentes, pero o 60 % ten CI <50 e o 80 % ten ≤70. Pero si existen algunhas parcelas con funcionamento intelectual intacto: illotes de habilidades ben desenvolvidas,

sobre todo, en música, matemáticas ou mecánica (habilidades intelectuais difíciles de avaliar).

Características da Síndrome de Asperger

- Alteracións graves na comunicación social;
- comportamentos, actividades e intereses repetitivos e restritivos;
- ao contrario que os que teñen atraso da linguaxe desenvolven precozmente o vocabulario e o seu estilo de discurso é pedante.

1.2. O Espectro Autista

Como se indicou anteriormente, outro xeito de concibir o autismo é establecer un continuo coas características autistas, xa que hai estudos, coma o realizado por Wing e Gould (1979), que confirman a existencia dunha asociación significativa entre as alteracións nas relacións sinaladas, as dificultades de linguaxe e as condutas esteotipadas e repetitivas.

Estudouse unha mostra de nenos en Londres que daban mostras severas de **(Wing e Gould, 1979)**:

- deficiencias sociais;
- deficiencias comunicativas;
- deficiencias nas actividades imaxinarias.

Pero só o 2 % encaixaba na descrición de Kanner. O 36 % encaixaba en distintos lugares do continuo autista, pero non presentaban autismo en sentido estrito (non obstante, necesitaban igual intervención educativa). **A conclusión máis evidente é que o autismo se pode manifestar de indistintas formas.**

Do estudo de Wing e Gould extraeron dúas ideas interesantes e con importantes consecuencias:

- 1.- **O autismo en sentido estrito é só un conxunto de síntomas.** Pode asociarse a distintos trastornos neurobiolóxicos e a niveis intelectuais moi variados. No 75 % dos casos o autismo de Kanner irá acompañado de discapacidade intelectual.
- 2.- **Hai moitos atrasos e alteracións do desenvolvemento que se acompañan de síntomas autistas sen ser propiamente cadros de autismo.** Pode ser útil considerar o autismo como un continuo, que se presenta en diversos graos e en distintos cadros do desenvolvemento.

Tendo en conta todo isto, Lorna Wing propuxo falar de **CONTINUO AUTISTA** para indicar que existe unha ampla gama de manifestacións dentro dese trastorno e que hai certa asociación entre as citadas deficiencias. Considerar o autismo como un continuo, máis que como un xeito de ser, axúdanos a comprender as diferenzas que existen entre distintas persoas. Todas elas presentan alteracións en maior ou menor grao, nunha serie de aspectos ou dimensións, cuxa afectación se produce sempre nos casos de trastorno profundo do desenvolvemento.

O continuo fai referencia a problemas en varias áreas do comportamento: social, comunicación, imaxinación e patróns de actividade ríxida e repetitiva.

A partir dos traballos de Wing, comezou a falarse da **Triade de Wing**, para referirse aos síntomas típicos do continuo autista, agrupados en tres áreas:

1. Linguaxe e comunicación.
2. Flexibilidade e Imaxinación.
3. Interacción Social (habilidades sociais).

Na actualidade, o diagnóstico de TEA, a través do DSM-V comporta unha serie de cambios respecto á edición anterior do Manual. O DSM-IV-TR incluía a categoría Trastornos Xeneralizados do Desenvolvemento que, como xa se indicou anteriormente, desapareceu na actual edición (DSM-V), na que os síntomas principais se agrupan en dúas áreas:

- Déficit persistente en comunicación e interacción social.
- Condutas repetitivas e estereotipadas.

1.3. Criterios diagnósticos

No DSM-V os 12 síntomas que aparecían no DSM-IV redúcense a 7. Non é que se eliminen síntomas, senón que se fusionan aqueles criterios que describen características semellantes. Estes 7 criterios son ¹(ver Anexo 1):

A) Área de «comunicación e interacción social»:

- déficits na reciprocidade social e emocional: poden ir desde a imposibilidade de iniciar ou responder ás interaccións sociais a compartir un reducido número de intereses, emocións ou afectos, pasando por un acercamento social anormal que leva a un fracaso no intercambio conversacional normal, por exemplo;
- déficits nos comportamentos comunicativos non verbais utilizados para a interacción social, que van, por exemplo, desde a falta total de expresións faciais e de comunicación non verbal a anomalías no contacto visual e linguaxe corporal ou déficits na comprensión e uso de xestos, pasando por unha pobre integración da comunicación verbal e non verbal;
- déficits no desenvolvemento, mantemento e comprensión das relacións, que van desde falta de interese polos/as compañeiros/as a ter dificultades para adaptar o comportamento a diferentes contextos sociais ou para participar en xogos imaxinativos ou para facer amigos.

B) Área de «intereses limitados e condutas repetitivas»:

- patróns repetitivos ou estereotipados no uso de obxectos, no fala ou en aspectos motóricos (por exemplo, estereotipias motoras simples, aliañación dos xoguetes, voltear obxectos, ecolalia, frases idiosincrásicas);

¹ Agás no caso do atraso no desenvolvemento da linguaxe que si se elimina por non ser específica do TEA.

- insistencia na monotonía, a adhesión inflexible a rutinas ou patróns ritualizados da conduta verbal ou non verbal, por exemplo: angustia extrema ante os pequenos cambios, dificultades coas transicións, patróns de pensamento ríxido, rituais de saúde, necesidade de tomar sempre o mesmo camiño ou de comer a mesma comida todos os días;
- intereses moi limitados, fixacións que son anormais en intensidade e enfoque, por exemplo: preocupación ou forte apego a obxectos pouco comúns, intereses excesivamente circunscritos ou repetitivos.
- híper ou hiporreatividade ou imput sensorial ou interese pouco habitual nos aspectos sensoriais do ambiente, por exemplo: aparente indiferenza á dor ou á temperatura, resposta adversa a sons ou texturas específicas, ao ulido excesivo ou ao tacto, fascinación visual con luces ou co movemento.

C. Todos estes síntomas deben estar presentes nos estadios temperás do desenvolvemento

D. Os síntomas interfíren significativamente no funcionamento do suxeito.

E. Os síntomas non se explican mellor por discapacidade intelectual ou atraso no desenvolvemento.

Nota: Para os criterios A e B debe establecerse nivel de severidade (ver Táboa 3)

Táboa 3.
DSM-5. Niveis de Gravidade no TEA

Nivel de gravidade	Comunicación social	Condutas limitadas, repetitivas
<p style="text-align: center;">NIVEL 3 Require apoio moi importante</p>	<p>Déficits severos na comunicación verbal e non verbal causan importantes impedimentos no funcionamento cotiá, moita limitación na iniciación de interaccións sociais, e unha mínima resposta aos intentos de comunicación dos demais. Por exemplo, unha persoa con poucas palabras de discurso intelixible que raras veces inicia a interacción e cando o fai é unicamente para satisfacer as súas necesidades, reaccionando só a acercamentos sociais moi directos.</p>	<p>Conduta inflexible, extremada dificultade para enfrontarse ós cambios, condutas limitadas/repetitivas que interfíren notablemente no funcionamento en tódolos ámbitos. Moita angustia e dificultade para cambiar o punto de vista ou a acción.</p>

Nivel de gravidade	Comunicación social	Condutas limitadas, repetitivas
<p>NIVEL 2 Require apoio importante</p>	<p>Déficits en habilidades de comunicación social verbais e non verbais; deficiencias sociais aparentes, mesmo con apoios; limitada iniciación de interaccións sociais; respostas reducidas ou anormais ante os intentos de comunicación dos demais. Por exemplo, persoa que fala con oracións simples, cuxa interacción se limita a uns poucos intereses e cunha comunicación non verbal moi estraña.</p>	<p>Conduta inflexible, dificultade para enfrontarse ao cambio, condutas limitadas/repetitivas que aparecen con bastante frecuencia, sendo obvias para o observador ocasional, que interfieren co funcionamento en diferentes contextos. Angustia e/ou dificultade para cambiar o punto de vista ou a acción.</p>
<p>NIVEL 1 Require apoio</p>	<p>Sen apoios, o déficit en comunicación social causa notables impedimentos. Dificultade para iniciar interaccións sociais, claros exemplos de respostas atípicas ou insatisfactorias ante os intentos de comunicación dos demais. Pode parecer que o seu interese na interacción social vai diminuindo. Por exemplo, persoa que é capaz de falar e de comunicar con oracións completas pero que nos intercambios conversacionais falla, e os intentos por facer amigos non teñen éxito.</p>	<p>A inflexibilidade da conduta causa interferencias significativas no funcionamento nun ou varios contextos. Dificultade para cambiar de actividade. Problemas de organización e planificación obstaculizan a independencia.</p>

Fonte. Adaptado de APA, 2013, p. 31-33.

Para ter en conta:

En nenos moi pequenos é difícil diferenciar entre TEA e TDI. Tamén o é en adultos que non desenvolveron a linguaxe ou as habilidades simbólicas, en xeral diagnósticase (APA, 2013):

- TEA cando existe gran discrepancia entre o nivel de comunicación e interacción social en relación co nivel de desenvolvemento das habilidades non verbais (por exemplo, habilidades de motricidade fina, resolución non verbal de problemas) do individuo: o primeiro nivel está moi por debaixo do segundo;
- TDI cando non hai aparente discrepancia entre o nivel de habilidades socio-comunicativas e outras habilidades intelectuais.

É importante sinalar que o TEA se diagnostica **CATRO** veces máis en homes que en mulleres.

Algúns dos trazos asociados son os seguintes (DSM-V; APA, 2013):

- 70 % (máis ou menos) dos nenos con TEA sofre discapacidade mental;
- **deterioro da linguaxe:** p. ex., retardo para falar, comprensión da linguaxe detrás da produción, etc.;
- discrepancia grave entre as habilidades funcionais intelectuais e as de adaptación;

- **déficits motores:** torpeza e outros signos motores estraños e/ou anormais (p. ex., camiñar de puntillas);
- **condutas autolesivas:** golpearse a cabeza, morderse os pulsos, arrincarse o pelo ou comelo, etc.;
- **condutas disruptivas/desafiantes;**
- **ansiedade e depresión** (especialmente) en adolescentes e adultos.

Algúns individuos desenvolven comportamento motor catatónico (desaceleración e conxelación da acción que se está levando a cabo) pero sen chegar á magnitude dun episodio catatónico, é posible que as persoas con TEA que experimentan un marcado deterioro dos síntomas motores amosen un episodio catatónico completo con síntomas como mutismo, acenos e postura ríxida, ou excesiva actividade sen ningunha finalidade. O período de risco para a catatonía comórbida (conxunta) parece ser maior nos anos da adolescencia.

2. Etioloxía

O TEA é un **mundo complexo**, polo que non se pode explicar atendendo a unha soa causa. Isto comporta a que existan **numerosas** hipóteses sobre **as causas** do autismo (tantas como investigadores e estudosos do tema). Unha das cousas que teñen en común é que **non se demostrou verazmente ningunha**.

2.1. Explicacións clásicas

Unha das hipóteses explicativas é a proporcionada, desde o campo do **psicanálise**, por Bruno Bettelheim (1903-1990) quen sostíña que as causas do autismo residen nas malas relacións pais-fillos, especialmente no nulo apego da nai polo fillo («nais-neveira», chamounas) e na ausencia do pai por abandono de funcións.



Inicialmente pensábase que a **orixe** do trastorno autista era principalmente **socioafectivo**. No autismo existe carencia innata das capacidades para interactuar emocionalmente cos outros. Por iso as persoas con autismo non poden comprender a mente dos demais e teñen unha alteración na capacidade para abstraer e pensar simbolicamente. É dicir, as dificultades lingüísticas e cognitivas serían unha consecuencia dos déficits afectivo-sociais. Estas capacidades desenvólvense na interacción social.

A hipótese é que o autismo estaría causado polo contorno caracterizado por ser frío e distante. Isto coincide coa descrición que fixo Kanner dos pais e nais dos nenos que estudou («nais neveira»).

Desde a perspectiva psicanalítica tamén se apuntou que as condutas típicas do autismo son un mecanismo de defensa do/a neno/a ante uns proxenitores fríos, carentes de cariño, insensibles e que lle rexeitan.

Esta explicación actualmente é rexeitada.

2.2. Explicacións biolóxicas (Enfoque bioloxicista)

Este enfoque asocia a orixe do TEA con **3 posibles causas**:

- alteracións xenéticas;
- alteracións bioquímicas;
- alteracións virais durante o embarazo.

Na maioría dos casos de autismo non é posible achar unha etioloxía específica. Só nuns poucos casos é posible detectar un marcador biolóxico, xeralmente xenético.

Por iso podemos diferenciar entre (ver Táboa 4):

- **autismo síndrome** ou secundario: vinculado a unha **causa específica**;
- **autismo idiopático**: descoñécese a **causa** concreta.

Habitualmente cando se fala de autismo sen outra especificación referímonos ao autismo idiopático. Para que unha persoa sexa incluída como autismo síndrome requírese:

- que a enfermidade de base, na súa orixe, fose descrita en pacientes non autistas;
- que a maioría dos pacientes coa segunda síndrome non sexan autistas.

Táboa 4
Autismo síndrome vs. Idiopático

Idiopático	Síndrome
Causa específica descoñecida	Causa coñecida
Trastorno puro con posible comorbilidade	Asociado a outras manifestacións propias da enfermidade subxacente
Base xenética segundo o modelo dos Trastornos do Neurodesenvolvemento (TND)	En moitos casos coñécese a base xenética
Prognóstico moi variable	Prognóstico determinado pola enfermidade de base
Ausencia de marcadores etiolóxicos	Pode haber marcadores biolóxicos do trastorno de base
Predominio en sexo masculino	Predominio determinado polo trastorno primario
Ausencia de discapacidade intelectual en máis dun 30 %	Discapacidade intelectual case constante
Amplio espectro de gravidade	Predominan casos graves

Fonte: Alcanza (2013; p. 37).

Entre as causas do autismo síndrome ou secundario están:

- síndromes e enfermidades xenéticas (máis importantes);

- enfermidades metabólicas do SN (aínda que obviamente estas son hereditarias e xenéticas, por exemplo, o síndrome de X fráxil);
- epilepsia;
- infeccións conxénitas/adquiridas;
- exposición intrauterina a drogas;
- miscelánea.

2.3. Explicacións psicolóxicas (Enfoque psicossocial)

De xeito complementario aos anteriores desenvóléronse teorías psicossociais, entre as que destacan as de **tipo cognitivo**.

De todos modos, hai que precisar que as investigacións desde esta perspectiva son de tipo correlacional, polo que non se pode asegurar que as alteracións cognitivas achadas sexan a causa do autismo ou polo contrario unha consecuencia deste. En todo caso, si que nos serven para explicar o comportamento das persoas con TEA.

A continuación, centrarémonos en expoñer algunhas teorías que explican o funcionamento mental das persoas con TEA. Sabemos que o seu cerebro procesa a información dun xeito distinto ao noso.

a) A Teoría da Mente (ToM)

A ToM refírese á habilidade psíquica que teñen as persoas para representar e atribuír estados mentais nos outros (pensamentos, desexos, crenzas, intencións e/ou coñecementos). Mediante esta representación psíquica podemos explicar e predicir a conduta doutras persoas, e tamén nos permite relacionarnos coa nosa contorna social.

Esta capacidade de representar os estados mentais dos outros adquirese aos 3 ou 4 anos e desenvólvese ao longo de toda a vida. Porén, nos nenos con TEA, a representación dos estados mentais non segue o mesmo desenvolvemento. Resultálles difícil entender que as outras persoas teñen pensamentos, sentimentos e metas distintas aos seus.

Un exemplo, do que significa a ToM o atopamos na tarefa de Sally e Ann. Baron-Cohen et al. (1985) pasaron a proba, agora clásica de Sally e Ann a 20 nenos autistas de idades mentais superiores a 4 anos (tamén a 14 nenos con síndrome de Down e 27 suxeitos «normais») (ver características da mostra na Táboa 5).

Nesta tarefa preséntanselle ao neno (a través de debuxos) dúas bonecas chamadas Sally e Ann; Sally ten unha cesta e Ann ten unha caixa de cartón. O neno ve como Sally deixa a súa pelota na cesta, a tapa cun pano e sae da habitación. Mentres tanto, a pícara Ann cambia a pelota de Sally de sitio: pona dentro da caixa de cartón (pechada). Ao neno pregúntaselle «*onde buscará Sally a súa pelota cando volva entrar na habitación?*».

Táboa 5.
Idade Cronolóxica e Mental dos Participantes na Experiencia «Sally & Anne»

	Idade Cronolóxica (EC)	Idade Mental (EM)	
		Non-verbal	Verbais
Autismo	11 anos e 11 meses	9 anos y 3 meses	5 anos e 5 meses
Down	10 anos e 11 meses	5 anos e 11 meses	2 anos e 11 meses
Normal	4 anos	= EC	= EC

Fonte. Elaboración propia a partir de Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985).

Os resultados mostraron que as respostas dos suxeitos «normais» e os afectos de Down eran similares: ambos os grupos responderon da forma que consideraríamos «lóxica»: «*Sally buscará a súa pelota no sitio onde a deixou*». Pola contra, as respostas dos suxeitos autistas foron que Sally iría buscar a súa pelota na caixa de cartón.



O 80 % dos nenos con autismo non eran capaces de apreciar a falsa crenza de Sally: en lugar de dicir que Sally buscaría na cesta onde ela puxo a pelota, dicían que iría buscala na caixa onde Ann a puxera e onde realmente estaba. Pola contra, o 86 % dos nenos con síndrome de Down, dunha idade mental bastante inferior, resolveron adecuadamente a tarefa. Os nenos de 4 anos con desenvolvemento normal tamén entenden a crenza falsa na tarefa de Sally e Ann.

A explicación a este feito vai na liña da Teoría da Mente (Baron-Cohen, Leslie e Frith, 1985; Frith, 1989): os suxeitos «normais» e Down son capaces de poñerse no lugar do outro e dar a resposta correcta, mentres que os nenos con autismo non son capaces de facelo e dan a resposta que eles consideran correcta: «*como vai Sally a dicir que a pelota está na cesta se EU vin que está na caixa de cartón!*».

Suxírese, por tanto, que os nenos con TEA carecen de ToM e son incapaces de ler a mente dos demais, presentando o que se *chama cegueira mental*.

As persoas con TEA asómbrense ante as reaccións dos demais ou poden poñerse ansiosos porque a conduta dos outros lles parece impredecible, que non teñen unha teoría da mente que lles sirva para interpretar o que fan os demais.

Outro signo de atraso no desenvolvemento da teoría da mente é que:

- son moi lentos para descubrir enganos;
- non saben o que é meter a pata;
- non saben como reaccionar ante as emocións expresadas por outras persoas.

b) A teoría da función executiva

A función executiva é a capacidade da mente para levar a cabo as accións necesarias para «*manter a mente*» na tarefa dada: manter a atención, controlar os impulsos, evitar as distraccións, planificar, solucionar problemas, ter pensamento flexible e autocontrol.

Estas funcións están moi vinculadas cos lóbulos frontais do cerebro e permiten realizar diferentes tarefas como a anticipación e o establecemento de metas, a formación de plans e programas, o inicio das actividades e operacións mentais, a autorregulación das tarefas e a habilidade de levalas a cabo eficientemente.

Un déficit nestas funcións poderíanos axudar a explicar as dificultades que teñen estas persoas en todo aquilo que implica organización e planificación, así como a incapacidade de inhibir os seus impulsos e a súa inflexibilidade e dificultade para adaptarse aos cambios.

Algunhas características do autismo son similares ao déficit da función executiva que se produce tras unha lesión frontal. Formúlase a posibilidade de que no autismo o que suceda é que non se dá un adecuado desenvolvemento desta zona da corteza cerebral.

Os resultados para tratar de confirmar esta teoría foron contraditorios e non conta con demasiados apoios empíricos.

c) Teoría da intersubxectividade

En realidade, trátase dun grupo de teorías. A idea central é que existe un déficit nos estados mentais e emocionais entre as persoas autistas e os coidadores. **Non hai:**

- **intersubxectividade primaria:** intercambio emocional nai-bebe durante o primeiro ano. Refírese a unha motivación e sociabilidade latentes coas que nacemos e que nos impulsa a buscar a atención, o afecto e o contacto social;
- **intersubxectividade secundaria:** intercambio emocional nai-bebe despois do primeiro ano. A partir dos 9-10 meses de vida; permite integrar a interacción social dirixida ás persoas e a acción dirixida aos obxectos.

Dentro destas teorías atópase a **teoría de Hobson** que sostén que o **TEA é resultado dun déficit emocional primario na relación interpersoal**. Este déficit podería facer que o neno non recibise a experiencia social necesaria durante a infancia e a nenez para desenvolver as estruturas cognitivas da comprensión social.

En definitiva, no autismo danse dificultades para procesar os estímulos afectivos e desenvolver a empatía.

3. Características da etapa de educación secundaria

3.1. Sinais de alerta

En ocasións, pode ser fácil pasar por alto as características que rodean a persoa con TEA. Na *Guía Autism spectrum disorders in children and Young people: recognition, referral and diagnosis* (Trastornos do espectro autista en nenos e adolescentes: identificación, derivación e diagnóstico) editada polo Instituto Nacional para a Saúde e a Excelencia Clínica do Reino Unido, NICE, fórmulanse un conxunto de sinais de alerta relacionadas co contexto educativo e agrupadas en función da idade, que poden ser de utilidade á hora de detectar posteriormente as barreiras para a aprendizaxe e a participación ás que se enfronta este alumnado (Romero et al., 2019, pp. 18-20).

A educación secundaria é unha etapa que se volve complexa ao coincidir:

- os cambios biolóxicos, fisiolóxicos e emocionais do alumnado, ligados á adolescencia, que coinciden cunha maior esixencia social (a importancia do grupo, a referencias de iguais...);
- a propia estrutura organizativa da etapa (aumento de materias e profesorado, maior esixencia de autonomía, toma de decisións sobre itinerarios en función da elección de materias optativas...);
- os requirimentos académicos (contidos máis abstractos, maior peso do traballo persoal...).

Estes cambios afectan a todo o alumnado, pero no caso do alumnado con TEA poden ser especialmente complexos de afrontar. Por iso pode ser necesario, **intensificar os apoios que poidan requirir**, co fin de favorecer o éxito nesta etapa escolar.

3.2. Como son os alumnos de secundaria con TEA?

A adolescencia caracterízase porque é unha etapa en que os/as chicos/as son claramente introspectivos, miran cara ó seu interior, dubidan, cuestiónanse a si mesmos e cuestionan aos demais. Teñen crises emocionais, revélanse, frústranse, obsesiónanse e arriscan, entre outras moitas outras cousas. É unha etapa difícil no desenvolvemento, na que se producen grandes modificacións en aspectos tanto físicos como cognitivos, emocionais e comportamentais. No ámbito corporal aparecen os cambios hormonais que inflúen directamente nos estados de ánimo e no desenvolvemento sexual. No terreo social búscase pertencer a un grupo de iguais que comparta gustos e intereses; toma relevo a pertenza ao grupo de amigos. Cambia o pensamento e as diversas formas de ver o mundo. Manifestan maior preocupación polo seu acordo persoal e o coqueteo, e amosan rebeldía e desexos de ser independentes.

Na busca da súa propia identidade e autonomía, os adolescentes presentan con frecuencia oposición ou resistencia ás regras e as normas, caracterizándose pola toma de decisións propias e o desexo de seren autosuficientes.

En xeral, experimentan transformacións que os levarán a reestruturar a súa imaxe corporal e o concepto de si mesmos.

3.2.1. Manifestacións que presentan os adolescentes con TEA

Aos adolescentes con TEA resúltalles difícil xestionar os cambios propios desta etapa tendo en conta as súas dificultades coa socialización, o manexo das emocións e a comprensión. É un **período complicado**: á vez que experimentan un maior desexo de relación e necesidade de formar parte dun grupo, tamén perciben as grandes diferenzas entre eles e os outros chicos da súa idade. Por outra parte, o inicio da educación secundaria, cos cambios organizativos e a maior esixencia de autonomía e aprendizaxe, supón un reto moitas veces imposible de soportar, creando angustia, estrés, rexeitamento e desaxuste nas condutas adaptativas ao contorno.

Se temos en conta a gran diversidade que existe dentro da dimensión do TEA, tanto na adolescencia como nas demais etapas, a **evolución dun neno a outro variará tamén dependendo do nivel intelectual, do grao de autonomía, da linguaxe**

e da gravidade das súas alteracións condutuais. Algúns destes nenos mostran unha melloría apreciable durante a adolescencia e continúan desenvolvendo en todos os ámbitos, aínda que outros poden empeorar. Cando a escolarización e a intervención terapéutica foron adecuadas, **a evolución dos nenos con TEA na adolescencia pode ser positiva:** diminúen os cabreos e as estereotipias e aumentan as súas habilidades comunicativas e de autonomía, buscan acercarse máis ás persoas e resisten mellor a carga sensorial do seu contorno. **Pero,** como se sinalou anteriormente, **nalgúns casos aumenta a súa excitabilidade, a súa ansiedade e as alteracións condutuais, podendo incrementarse as autoagresións, os rituais e as estereotipias.**

3.2.2. Características máis importantes que se poden presentar nesta etapa

- Atraso en cambios emocionais;
- desexo frustrado de pertencer a un grupo;
- inmaduridade no plano emocional;
- tendencia a descoidar a hixiene e o coidado persoal;
- reaccións emocionais desproporcionadas e pouco axustadas á situación;
- intereses pouco acordes coa idade (por exemplo, determinados debuxos animados, personaxes de programas infantís, etc.);
- maior vulnerabilidade a alteracións psicolóxicas como a depresión, a ansiedade e o estrés;
- aumento das obsesións e os rituais;
- maior conciencia de diferenza e soidade;
- fortes valores morais: sinceridade, compañeirismo, bondade, defensa dos dereitos;
- persistencia para acadar as súas metas;
- desexo de superación;
- personalidade inxenua, ausencia de malicia e de dobres sentidos.

As demandas sociais e educativas desta etapa poden producir **dificultades na adaptación escolar e abandono da escola;** na adaptación social, poden ser obxecto de burlas ou acoso escolar e, na adaptación persoal, poden aparecer problemas psicolóxicos asociados, depresión, etc. É, pois, necesario, seguir cos apoios especializados e as adaptacións curriculares adecuadas.

As dificultades nas habilidades sociais poden explicar os seus problemas emocionais. Teñen gran dificultade para expresar as súas propias emocións. Son **máis propensos a caer en crises depresivas e de autoestima.** Tamén teñen dificultade para expresar os seus propios sentimentos de forma que outros poidan entendela ou aceptalos. **Mesmo cun nivel de funcionalidade alto e sendo capaces de coidar de si mesmos no contexto da vida cotiá, estes mozos causan unha impresión de enxeñar ou inmaduridade.**

3.2.3. Principais necesidades na etapa de educación secundaria

Se temos en conta que parte dos seus conflitos poden ser explicados polos cambios da adolescencia e á exposición social, necesitan:

- aprender e usar condutas adecuadas socialmente;
- reforzar a conciencia do seu propio corpo e comprender os cambios físicos e emocionais relacionados co impulso sexual;
- aprender a relacionarse, de forma correcta e efectiva, cos demais en diferentes situacións e contextos;
- evitar, na medida do posible, aquelas situacións caóticas, moi cambiantes e de contactos interpersoais múltiples que provoquen angustia ou sentimentos de fracaso co obxectivo de reducir a súa ansiedade;
- que se lles expliquen explicitamente aspectos da conduta social que, en moitos casos, non requiren un ensino formal, xa que as aptitudes adquiridas lles axudarán a ser máis aceptados;
- ambientes estruturados e pouco complexos, con persoas que comprendan as súas necesidades e posibilidades e que eles posúan un control suficiente daquelas situacións que ofrezan varias opcións. Son importantes as rutinas para que se poidan sentir seguros e tranquilos no seu ambiente. Os hábitos e os horarios axudarán a manter o equilibrio emocional;
- prever e detectar de maneira temperá as situacións de «abuso» por parte dos seus compañeiros/as;
- estimular a actividade funcional e a autonomía, tendo como obxectivos que sexa capaz de organizar e planificar a secuencia de actividades diarias e as tarefas a través da axenda, facer pequenas eleccións e tomar decisións;
- mellorar a súa autoestima, para que se sintan membros valorados dentro da comunidade.

4. Intervención educativa

Na escolarización do alumnado con TEA atopámonos con varias posibilidades, **varias modalidades de escolarización**. Actualmente recóllense tres tipos en función das necesidades que presenta o alumnado con TEA, que figurarán propostos nos ditames de escolarización do alumnado e contarán co visto e prace da familia (ver Táboa 6).

Táboa 6.
Modalidades de Escolarización do Alumnado con TEA

Modalidade ordinaria	En centros ordinarios seguindo un currículo ordinario, aínda que a resposta axustada ás necesidades do alumnado con TEA requira recursos especializados e/ou adaptacións curriculares. Segundo tal e como se recolla no seu ditame de Escolarización
Modalidade específica	Constitúe unha modalidade que só se aplicará en casos excepcionais, cando a resposta axustada ás necesidades do alumnado requira unha intensidade de recursos especializados, no contexto dunha ratio excepcionalmente baixa que impida a escolarización en modalidade ordinaria en condicións de equidade. Contando sempre co consentimento das familias ou representantes legais.

Modalidade combinada	É unha modalidade transitoria e excepcional. Implica a escolarización do alumnado con necesidades educativas especiais de forma simultánea en dous centros, beneficiándose da inclusión no centro ordinario e a atención especializada que lle proporciona un centro de educación especial. Contando para iso co consentimento das familias ou representantes legais
-----------------------------	--

Fonte: Romero et al. (2019), p. 21

4.1. Proceso de detección, avaliación e intervención con alumnado con TEA

As propostas de intervención para o tratamento do TEA coinciden ao sinalar que **para lograr un impacto positivo é necesario que a intervención sexa: GLOBAL, TRANSVERSAL, INTERDISCIPLINAR e que conte coa IMPLICACIÓN DA FAMILIA.**

Unha vez realizado o diagnóstico débese comezar desde o sistema educativo cunha *acción educativa individualizada*, dirixida a integrar ao neno con TEA no contexto ordinario da aula, na medida do posible.

Para favorecer o desenvolvemento integral do alumno resulta un recurso especialmente interesante as TIC, por exemplo, sistemas que facilitan o acceso ós ordenadores e programas deseñado para mellorar as capacidades do neno.

Outro elemento importante son os apoios visuais, definidos por Hodgdon (1995; citado en Romero et al., 2019; p. 29) como «as cousas que vemos e que favorecen o proceso de comunicación. Van desde os movementos corporais ata os sinais da contorna. Capitalízanse segundo a habilidade da persoa para obter información a partir do sentido da vista».

O uso de apoios visuais para a comunicación non está determinado polo nivel de linguaxe oral que a persoa teña. **Estes apoios son valiosos tanto para estudantes con linguaxe oral, como para os que non o teñan.**

Existen diferentes tipos de apoios visuais gráficos (obxectos reais en miniatura, fotografías, debuxos a man, pictogramas, linguaxe escrito...) e a elección do máis apropiado depende das características, necesidades e intereses de cada persoa (Romero et al., 2019; p.30).

Sexa cal sexa o tipo de apoio visual que se utilice, existen unhas **características básicas que todos deben cumprir** (Bouzas e cols. ; citado en Romero et al., 2019; pp. 30-31) e que se recollen a continuación.

- O apoio visual utilizado, se se utiliza na comunidade, debe ser válido para persoas con distintas capacidades, en caso contrario débese individualizar para cada persoa;
- debe ser intuitivo e sinxelo de comprender de acordo coa experiencia, coñecemento, habilidades lingüísticas ou capacidade de atención do usuario;
- o deseño debe comunicar de forma eficaz a información necesaria para o usuario, atendendo ás condicións ambientais ou ás capacidades sensoriais deste;
- non debe proporcionar unha información ambigua, con independencia da cultura do individuo;

- debe de proporcionar unha información semellante, con independencia da cultura do individuo;
- os apoios visuais deben ser sinxelos de recordar, con vontade de permanecer no tempo sen que sufra degradación a información que contén;
- debe ter sentido no contexto no que se sitúa.

Contan coa vangarda de estar sempre accesibles e presentes durante un longo período de tempo, favorecendo a súa comprensión. Estes apoios consisten nunha axuda para clarificar a información transformando a información verbal en visual, conformando así un código alternativo á linguaxe oral. Os apoios visuais (fotografías de persoas e obxectos, pictogramas...) permiten ao neno con TEA obter información visual directa, que é máis asimilable por este e, ademais, axuda a anticipar a aparición de persoas, situacións e contextos. Deste xeito poden ser útiles para dar a coñecer ao neno con TEA os adultos cos que se vai relacionar ao longo do día, pódennlle informar da distribución da súa casa, dos hábitos para o desenvolvemento da autonomía persoal, etc.

Tamén resulta útil a aplicación de **técnicas de modificación de conduta** como o reforzamento positivo, o moldeamento, o modelado, etc.

Por último, no ámbito educativo, serán necesarias **adaptacións curriculares de centro e de aula**, e posiblemente, **nos elementos básicos de acceso ao currículo**.

4.2. Principios básicos da intervención

Tratando de illar os principios xerais da intervención educativa con nenos con autismo, **Rivière** destaca que estes nenos **necesitan un ambiente educativo moi estruturado**, é dicir, que non sexa demasiado complexo, que facilite a percepción e comprensión das relacións entre as propias condutas e as continxencias do medio. As aulas altamente estruturadas son as máis eficaces.

Os aspectos nos que os mestres deben incidir son:

- organización e estruturación das condicións ambientais: o grao de estruturación ambiental deberá ser tanto maior, canto máis baixo sexa o nivel cognitivo do neno;
- instrucións e sinais: as consignas, sinais e instrucións deben ser claras, simples, consistentes e adecuadas á tarefa. Deben ofrecerse despois de asegurar a atención do neno;
- axudas que se proporcionan: como estes nenos precisan pautas de aprendizaxe baseadas no modelo de aprendizaxe sen erros, o profesor debe ofrecer axudas para promover as condutas que desexa ensinar;
- motivacións e reforzos: os nenos con TEA están motivacionalmente deprivados, polo que todo programa educativo debe ir acompañado dun programa específico de reforzos.

A continuación, amósanse algunhas orientacións para ser tidas en conta dentro da aula e tamén nas diferentes materias (ver Táboa 7) (Romero et al. 2019; p. 75).

Táboa 7

Orientacións dentro da Aula

ORIENTACIÓNS DENTRO DA AULA

- Buscar a situación idónea na aula para o alumnado previo análise, no que se terán en conta factores como: estilo perceptivo do alumnado, intereses, acceso á información, características espaciais acústicas e visuais do lugar, situación con respecto ás súas iguais (proximidade con bos modelos e afastamento daqueles que lle poidan distorsionar)...
- Asignarlle un compañeiro/titor para que favorecer a interacción e participación do alumnado na dinámica do grupo en xeral e en pequeno grupo en particular. Variar ao compañeiro/titor para evitar que un só asuma a responsabilidade, anticipar de maneira estruturada o cambio de compañeiro/titor.
- A tendencia a interpretar literalmente aquilo que se lle di, fai que moitas consignas dirixidas ao grupo non sexan atendidas (e entendidas) adecuadamente posto que non as integra da mesma forma. Será necesario empregar a comunicación dobre: dar unha explicación colectiva e posteriormente individualizala.
- Realizar unha previsión e anticipación das actividades que vai realizar, polo que se podería buscar un espazo semanal e mensual que lle axude a estas tarefas:
 - Semanalmente: O primeiro día da semana deixarase un momento da xornada no que se traballe co alumnado por medio dun calendario semanal os acontecementos máis relevantes que poden suceder ao longo dela. Por exemplo: entrega de traballos, realización de exames, saídas extraescolares, incorporación a novas clases. Do mesmo xeito, ao finalizar a semana, gardarase un tempo para repasar o sucedido ao longo desta e servirá para saber se fixemos cumprido os obxectivos, analizar os cambios que se produciron,...
 - Mensualmente: Será unha planificación que se faga para deseñar actividades a longo prazo, como períodos de vacacións, pontes, días festivos, actividades extraescolares, festivos,.... Análise que, como na semana, debe ser ao comezo e ao final deste período.
- Habilitar un lugar que sexa visible para o alumnado onde se recolla información relevante de funcionamento da aula (datas de exames, saídas, ausencias de profesorado...). Esta información complementa o calendario mensual.
- Facilitar as tarefas e traballos que se van realizar de forma clara e explicárselle paso a paso, así como comunicarlle de forma explícita o resultado final esperado. Neste sentido, as follas de traballo deben proporcionar información visual útil acerca de onde empezar, onde rematar ou onde colocar as respostas.
- Polo seu peculiar estilo cognitivo, así como tamén polas súas dificultades coa motricidade fina, pode tardar máis tempo do habitual en realizar algunhas tarefas. Permitirlle un tempo extra, respectando o seu ritmo, axudarlle a que poida finalizar a tarefa ou o exame sen a «ameaza» (xeradora de ansiedade) de que o tempo xoga na súa contra. Tamén lle axuda, neste sentido, que poida visualizar o tempo do que dispón (utilización de reloxos/cronómetros...).
- Moitas veces requirirá dun tempo adicional para procesar a información; podemos axudarlle falando devagar, permitíndolle unha pausa ata que responda, estando preparados para repetir, simplificar, e/ou gratificar...
- Ter en conta o esforzo que lle supón as actividades grafomotrices á hora de esixir os traballos por escrito (reducir a carga escrita, darlle máis tempo...), utilizar ordenadores persoais ou outros dispositivos.

4.3. Orientacións xerais para as materias:

- distribuír os **momentos clave** nas sesións semanais da materia. Por exemplo, dous días para explicación teórica e unha terceira sesión para corrixir exercicios;
- realizar **esquemas de contidos** que permitan axudar ao alumnado a situarse no contexto e contido dunha clase concreta. Este esquema é importante que recupere a información das anteriores sesións;
- utilizar **axendas de planificación e uso de tarxetas de instrucións** para explicar e afianzar secuencias de desenvolvemento e pasos que se seguirá en tarefas concretas ou en actividades;
- usar **mapas conceptuais** que son de gran interese para que o alumnado teña unha idea xeral dos temas no seu inicio. Ademais, serven para explicitar a relación entre os contidos, diferenzas, similitudes, paralelismos... Para iso, **facilitárense por adiantado presentacións, esquemas que usarán como apoio visual,...**;
- dependendo do caso, sobre todo en alumnado de niveis de competencia curricular máis comprometidos, **organizar as distintas áreas en ámbitos máis amplos**: sociolingüístico, científico-tecnolóxico...;
- gran parte do alumnado presenta intereses específicos en relación con obxectos, temáticas ou outros aspectos tales como mapas, documentais... Recoméndase que a mellor maneira de manexar eses intereses é o **uso destes no desenvolvemento dos diversos contidos**, porque poden ser unha fonte inesgotable de motivación;
- algúns alumnos ou alumnas son bos ante actividades de debuxo, en tarefas do ámbito artístico, en informática... Estas **habilidades deben ser tidas en conta e utilízalas como mediadoras ou facilitadoras das aprendizaxes noutras áreas ou materias**;
- **empregar a comunicación dobre**: primeiro colectiva para todo o grupo e despois individual;
- en ocasións **a investigación sobre un tema, a elaboración de traballos ou as exposicións tanto de modo individual como en grupo teñen que ser tidas en conta como ferramentas de avaliación básicas**, non centrando só o peso en probas obxectivas;
- **xeneralizar as aprendizaxes pode resultar complicado** para o alumnado con TEA. O uso da exposición e a práctica explícita será un facilitador da aprendizaxe por parte do alumnado;
- moitas persoas con TEA son «**pensadoras visuais**»; as imaxes son a primeira linguaxe e as palabras o segundo. É por iso que, nestes casos, sería aconsellable **utilizar a imaxe como apoio indispensable sendo** necesario que esta información sexa permanente e non efémera, posibilidade que nos achega a imaxe visual;
- **evitar instrucións verbais longas**. Ao alumnado con TEA cústalle recordar a información secuencial. Indicacións con máis de tres pasos requiren dun formato escrito;

- a grafomotricidade pode ser unha barreira para a aprendizaxe e rendemento do alumno ademais dun foco de frustración. **O uso do ordenador**, tablet... pode ser de grande utilidade, así como **a redución da carga escrita**;
- o alumnado con TEA pode presentar **dificultades no procesamento da información recibida simultaneamente por dúas canles**; visual e auditivo, por exemplo. Por iso, á hora de formular actividades debemos ter en conta este aspecto: dar traballo xa sexa visual ou auditivo, pero non ambos.

4.4. Orientacións xerais para o proceso avaliativo:

- para favorecer a transferencia dun contexto a outro, **anticipar de maneira precisa o tipo de avaliación que vai ter o alumnado e ensaialo previamente**;
- **realizar probas** obxectivas de tipo test (Verdadeiro / Falso, elixir unha opción entre A, B, C...), e aquelas de subliñar ou rodear unha opción ou palabra(s); unir con frechas pregunta – resposta...;
- **en exames longos permitirlle que os faga fraccionados** e que o tempo non sexa un condicionante;
- presentar todos os puntos/preguntas da avaliación xuntas pode ser moi desmotivante para este alumnado. Na medida do posible **reducir a exposición do alumnado ás preguntas e presentalas a medida que as vaia completando**;
- contemplar a posibilidade **de desenvolver probas con carga oral** para valorar o seu coñecemento da materia;
- as **correccións deben ser formativas e compartidas** co alumnado para que comprenda os fallos;
- contemplar **diferentes tipos e ferramentas de avaliación** (portfolio, rúbrica, autoavaliación, coavaliación...).

METODOLOXÍA

Segundo o modelo do Espazo Europeo de Educación Superior, e coa finalidade de axustarse aos contidos teórico-prácticos da materia, a metodoloxía docente incluírá tanto clases expositivas (12 horas) como clases interactivas (16 horas), que serán complementadas coas titorías (4 horas).

Nas clases expositivas presentaranse os contidos da unidade didáctica, complementando as explicacións con materiais audiovisuais diversos. Para facilitar a comprensión e o estudo dos contidos teóricos, o alumnado disporá tanto das presentacións empregadas, como das referencias bibliográficas recomendadas.

Nas clases interactivas realizaranse actividades de carácter práctico e aplicado (estudo de casos, elaboración de casos, análises de programas de intervención) vinculadas aos contidos teóricos estudados, fomentando, particularmente, a aprendizaxe autónoma e cooperativa, así como a toma de decisións. Tamén se tratará de

fomentar a implicación do alumnado en debates dirixidos a promover o pensamento crítico. Para a realización das clases interactivas facilitaráselle ao alumnado o material necesario para a realización das distintas tarefas prácticas a desenvolver. O traballo en equipo constitúe unha das competencias chave que se pretende acadar con esta materia. Polo tanto, nas actividades propostas para as sesións interactivas combínanse o traballo individual co grupal. Neste sentido, a composición dos grupos variará en función da tipoloxía de actividades.

Por outra banda, dado que o apoio e orientación do profesorado (tanto para a realización das distintas actividades como para calquera outra consulta ou dúbida relacionada coa materia) é fundamental, empregaranse as titorías como medio para facilitar a comunicación e o intercambio de opinións entre o profesorado e o alumnado. O seu obxectivo esencial é constituírse nunha continuación das clases, permitindo resolver as dúbidas que non quedasen suficientemente clarificadas na clase e, sobre todo, guiar ao alumnado nos traballos que estean desenvolvendo ou propoñer extensións e ampliacións dos temas tratados nas clases ou a súa aplicación a outros contextos. As titorías serán mixtas: presenciais (50 %) e virtuais (50 %).

Para o desenvolvemento da materia crearase un equipo en TEAMS, que será empregado como repositorio do material empregado nas clases e do material complementario, ademais de servir como instrumento de titorización e intercambio de ideas.

AVALIACIÓN

A avaliación da materia inclúe os seguintes aspectos:

1. Avaliación de coñecementos sobre os contidos explicados e traballados nas clases expositivas e interactivas mediante a realización dun exame final tipo test. A cualificación deste suporá o 60 % da cualificación final. Para superar o exame o alumnado debe obter unha puntuación mínima 4 puntos (sobre 6). Só acadando esta puntuación mínima poderá sumar o resto das cualificacións obtidas a través dos traballos realizados individualmente e/ou en grupo. O exame realizarase na data oficial establecida. O contido do exame inclúe tanto cuestións relativas ao contido das clases expositivas, ás lecturas recomendadas, como ás clases interactivas.

2. Tarefas grupais. Un 40 % (4 puntos) da nota final provirá dos resultados das distintas tarefas de carácter grupal (máximo 5 alumnos/as grupo) que se farán nas clases interactivas. Estas tarefas poderán consistir en tarefas de procura bibliográfica, detección e análise de síntomas, realización de informes, propostas de intervención... A realización e entrega destas tarefas é OBRIGATORIA para superar a materia, debendo ter un mínimo de 2 puntos para que se poida sumar ao resto das puntuacións. Deberanse entregar todas as tarefas dentro dos prazos indicados (entregalas dentro das 24 horas posteriores ao prazo indicado suporá unha penalización do 25 % da nota e non se admitirán -e por tanto non se puntuarán-, as tarefas cun atraso maior, o que implicará o suspenso nesta parte a materia). En caso de non superar a puntuación mínima nas tarefas grupais da avaliación continua, na 2ª oportunidade o alumnado deberá entregar na data que se determine para a realización do exame oficial, aquela tarefa ou tarefas que se determinen. A

asistencia será un requisito indispensable nesta parte da materia (clases interactivas), debendo asistir o alumnado, como mínimo, ao 80 % das sesións interactivas. No caso de que non se poida asistir, só se xustificarán as faltas debidamente acreditadas, para o que se terá en conta a normativa de asistencia a clase nas ensinanzas adaptadas ao espazo europeo de educación superior (USC). As faltas de asistencia debidas a situacións dificilmente xustificables (nas que non conste o preciso documento acreditativo) penalizarán sobre a puntuación das tarefas grupais aumentando a súa penalización progresivamente e da seguinte forma: primeira falta -0,25 puntos, segunda falta -0,5 puntos, terceira falta -1 punto... cuarta falta -2 puntos, de xeito que máis de 4 faltas sen xustificar suporá un 0 nas tarefas grupais. Por tanto, con 3 faltas sen xustificar será moi difícil superar esta parte da materia e 4 ou máis faltas suporá o suspenso nas tarefas grupais.

A cualificación de «Non presentado» darase tan só a aqueles estudantes que non fixeran ningunha das actividades propostas na avaliación continua. Nese caso, para aprobar a materia so terían a opción de presentarse á oportunidade extraordinaria de xullo, facendo un exame que puntuará sobre 6 puntos e no que terían que obter un 5/6 para aprobar a materia, sen poder sumarlle ningunha outra puntuación, xa que non a teñen.

Os estudantes con exención/dispensa de asistencia deberán informar ao profesorado na mesma semana que solicitan a súa exención/dispensa para especificar o seu plan de traballo e a avaliación específica da materia. O procedemento de avaliación, tendo en conta as características temporais do alumnado, seguirá as condicións xerais de avaliación da materia: un exame final tipo test, cuxa nota representa o 60% da nota final, tendo que obter un mínimo de 4 (sobre 6) para poder sumar as cualificacións obtidas no traballo individual; ademais, deben realizar diversas actividades individuais, que terán un peso do 40 % na nota final. O plan de avaliación específico implica o seguimento dos alumnos/as en titorías virtuais programadas (mínimo 3), sendo o alumno/a o que debe solicitalas.

En relación coa avaliación de coñecementos, cabe destacar que sete das 30 preguntas do exame tipo test corresponderán a esta unidade didáctica. Polo tanto, o peso desta unidade didáctica no exame final é, aproximadamente, do 23,3 %. A materia da presente unidade didáctica non será obxecto de entrega de tarefas grupais avaliábeis. Malia iso, terase en conta a participación activa do alumnado nas clases, así como a súa capacidade de opinar fundamentadamente, empregando os contidos da unidade, nos diferentes debates propostos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCANTUD, F. (2013). *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana*. Pirámide.
- APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV)*. Masson.

- APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M., e FRITH, U. (1985). Does the autistic child have a «theory of mind»? *Cognition*, 21, 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- FRITH, U. (1989). Autism and «Theory of Mind». In C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and Treatment of Autism* (pp. 33-52). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0882-7_4
- KANNER, L. (1976). *Psiquiatría Infantil*, 4ª ed. Siglo veinte.
- ROMERO, A., et al. (2019). Alumnado con TEA: Orientaciones para planificar la respuesta educativa. Propuestas inclusivas para intervenir en Infantil, Primaria y Secundaria. Consejería de Educación del Principado de Asturias.
- WING L. e GOULD, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29. <https://doi.org/10.1007/BF01531288>
- WING, L. (1981), Asperger's Syndrome: a Clinical Account. *Psychological Medicine*, 11, 115-130. <https://doi.org/10.1017/S0033291700053332>

ANEXO 1

DSM-5. Criterios para o diagnóstico do Trastorno do Espectro Autista (adaptado de APA, 2013, pp. 28-29).

A. Déficits persistentes na comunicación social e na interacción social a través de múltiples contextos, tal como se manifestan nos seguintes, na actualidade ou no pasado, (os exemplos son ilustrativos):

1. Déficits na reciprocidade social e emocional, que van, por exemplo, desde un acercamento social anormal e fracaso no intercambio conversacional normal, a compartir un reducido número de intereses, emocións ou afectos, e á imposibilidade de iniciar ou responder ás interaccións sociais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos non verbais utilizados para a interacción social, que van, por exemplo, desde una pobre integración da comunicación verbal e non verbal, a anomalías no contacto visual e linguaxe corporal ou déficits na comprensión e uso de xestos, e á falta total de expresións faciais e de comunicación non verbal.

3. Déficits no desenvolvemento, mantemento e comprensión das relacións, que van, por exemplo, desde dificultades para adaptar o comportamento a diferentes contextos sociais, ás dificultades para participar en xogos imaxinativos ou para facer amigos, e a falta de interese polos compañeiros.

Especifique a gravidade actual:

A gravidade baséase nas deficiencias e limitacións da comunicación social, e nos patróns limitados e repetitivos de comportamento (ver táboa 2 do tema).

B. Patróns limitados e repetitivos de condutas, intereses ou actividades, tal como se manifesta en polo menos dous dos seguintes, na actualidade ou no pasado, (os exemplos son ilustrativos, non exhaustivos; véxase el texto):

1. Patróns repetitivos ou estereotipados no uso de obxectos, na fala ou en aspectos motóricos (por exemplo, estereotipias motoras simples, aliñamento dos xoguetes, voltear obxectos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia na monotonía, a adhesión inflexible a rutinas ou patróns ritualizados da conduta verbal ou non verbal (por exemplo, angustia extrema aos pequenos cambios, dificultades coas transicións, patróns de pensamento ríxido, rituais de saúdo, necesidade de tomar sempre o mesmo camiño ou de comer a mesma comida todos os días).

3. Intereses moi limitados, fixacións que son anormais en intensidade e enfoque (por exemplo, a preocupación ou o forte apego a obxectos pouco comúns, intereses excesivamente circunscritos ou repetitivos).

4. Hiper ou hiporreactividade ao input sensorial ou interese pouco habitual nos aspectos sensoriais do medio ambiente (por exemplo, aparente indiferenza á dor ou á temperatura, resposta adversa a sons ou texturas específicas, ao olor excesivo ou ao tacto, fascinación visual con luces ou co movemento).

Especifique a gravidade actual:

A gravidade baséase nas deficiencias e limitacións de comunicación social, e nos patróns limitados e repetitivos de comportamento (ver táboa 2 do tema).

C. Os síntomas deben estar presentes no período de desenvolvemento temperá (pero poden non manifestarse plenamente ata que as demandas sociais excedan ás capacidades limitadas do suxeito, ou poden estar enmascarados por estratexias aprendidas na idade adulta).

D. Os síntomas causan un deterioro clinicamente significativo en áreas sociais, ocupacionais ou do funcionamento cotiá.

E. Estas alteracións non se explican mellor por discapacidade intelectual (trastorno do desenvolvemento intelectual) ou por retraso global do desenvolvemento. O Trastorno do Espectro do Autismo e a discapacidade intelectual a miúdo se presentan conxuntamente; para facer un diagnóstico comórbido de Trastorno do Espectro do Autismo e discapacidade intelectual, a comunicación social debe ser inferior á esperada para o nivel de desenvolvemento xeral.

Nota: Os individuos cun diagnóstico ben establecido en DSM-IV de trastorno autista, de trastorno de Asperger ou de trastorno xeneralizado do desenvolvemento non especificado de outra maneira, deben ser diagnosticados de Trastorno do Espectro do Autismo. Os individuos que presentaron déficits na comunicación social, pero cuxos síntomas non entran dentro dos criterios do trastorno do espectro autista, deberían ser avaliados como trastorno de comunicación social



Unha colección orientada a editar materiais docentes de calidade e pensada para apoiar o traballo do profesorado e do alumnado de todas as materias e titulacións da universidade

unidadesdidácticas
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA