

**TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).**

**Nombre del alumno: Rodríguez Méndez Alondra de los Ángeles.**

**Materia: Taller de elaboración de tesis.**



**Catedrático: Méndez López Alejandro de Jesús.**

**Semestre/cuatrimestre: 9vo.**

**Carrera: Licenciatura en trabajo social y gestión comunitaria.**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de junio de 2020.**

**TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El autismo es un trastorno que afecta a la población infantil mundial, las habilidades de un niño pueden clasificarse en dos tipos: altas y bajas dependiendo su nivel intelectual y de su capacidad de comunicación verbal. Esto se da desde los primeros meses de vida, cuentan con características diferentes y muchas de estas inexplicables. Conforme pasa el tiempo se van desarrollando comportamientos fuera de los estándares normales.

Además de todo lo mencionado anteriormente encontramos problemas derivados de la falta de recursos humanos especializados que coadyuven al desarrollo social del niño, mencionando así que la información con la que cuenta la sociedad es poca o nula. Todo esto nos lleva a ver un panorama actual que no es el adecuado para la atención de niños con TEA. Vemos como al niño con autismo de alto funcionamiento se le da menos atención de la necesaria, ya que nadie ve o no quiere ver sus extensas e innumerables necesidades que presentan. Nadie parece ser consiente que cada día el infante con TEA requiere de fuertes e importantes apoyos tanto educativos, sociales y emocionales que contribuyen en gran manera en su desarrollo diario, así como superar las grandes barreras que se les pueden presentar.

No es solo una cuestión de la capacidad de mejorar aspectos académicos, sino de ser capaces incluirlos a la sociedad, que es a grandes rasgos a lo que se aspira, una sociedad que debe estar preparada y lista a recibirlos, pero donde ellos mismos, deben de disponer de suficientes herramientas y experiencias y sentirse parte de una inclusión social.

Tal es el caso en el municipio de la Trinitaria Chiapas, barrio de Guadalupe Carretera. Que se identifica un caso particular de un niño diagnosticado con TEA de alto funcionamiento y capacidades a nivel curricular y académico pero que, sin embargo presenta innumerables problemas día a día, desde diversos aspectos tales como; acoso escolar, problemas de adaptación al entorno social, exclusión social, que desembocan con aspectos psicológicos.

**OBJETIVO GENERAL.**

Conocer las acciones que realizan la familia y otros agentes sociales, para coadyuvar al proceso de inclusión social de los niños con trastorno TEA.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Describir las diferentes actividades que realiza la familia con el niño que presenta TEA, para mejorar su inclusión social.
2. Proponer al área de trabajo social, involucrarse al tema de la inclusión social de personas con TEA, debido a que es un campo poco estudiado por la profesión.

**PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.**

¿Qué estrategias o actividades para fomentar la inclusión social se pueden implementar para niños que presentan el trastorno del espectro autista?

¿Es posible lograr un cambio social en la forma de percepción del TEA en la sociedad?

**JUSTIFICACIÓN**

El autismo se origina desde temprana edad, los cerebros de los niños son anatómicamente distintos; es un trastorno cerebral que dificulta la habilidad de una persona para comunicarse e interactuar con los demás.

El empeño que se tiene por encontrar el desencadenante que somete a niños a temprana edad a formas de aislamiento social, el desarrollo emocional y cognitivo, un mundo fantasioso lleno de sensaciones que ellos mismos se auto estimulan, provocándolas con sus movimientos estereotipados o buscando encontrarlas en los objetos que llaman su atención.

Por tanto, el trabajo social al igual que las otras profesiones deben asumir un perfeccionamiento constante de reflexión de su quehacer, es por esto que toma gran relevancia, tanto sus retos y responsabilidades en torno a una perspectiva de profesión más abierta y de carácter más propositivo. En este orden de ideas es donde se considera que un trabajador social tiene la capacidad de contribuir de diversas maneras en los procesos inclusión social, asesorando y brindando información a las familias y a los diversos agentes sociales que son parte del entorno del niño con TEA.

Es así como se hace necesario, además, apostarle al cambio a partir de la búsqueda de soluciones a dichas demandas, las cuales a su vez traen consigo nuevas responsabilidades y retos para quienes como profesionales eligen contribuir en aquellos procesos direccionados hacia la solución de esas problemáticas y a la constante transformación del quehacer profesional.

Después de lo expuesto, es pertinente decir que el trabajo social se ve en la necesidad de pensar y reflexionar sobre su accionar, puesto que a lo largo de su recorrido académico comprende y entiende realidades concretas, las cuales van permeando su quehacer profesional, en el cual las experiencias e inquietudes por desarrollar un trabajo con otras disciplinas van enriqueciendo su conocimiento además de la apropiación de diferentes campos de investigación.

Desde esta perspectiva, cabe señalar que la investigación, permitirá realizar un ejercicio académico, como requisito para obtener el título de trabajador social, y para dejar bases reales con un documento que sirva de inicio para construir conocimiento en un tema de investigación que ha sido poco abordado por los trabajadores sociales.

**HIPÓTESIS.**

Los diferentes agentes sociales del barrio de Guadalupe Carretera, municipio de la Trinitaria no se preocupan para lograr la inclusión social del niño que está diagnosticado con TEA.

* 1. Origen del autismo
  2. Concepto de autismo
  3. Definición de autismo
  4. Principales características

1. **Impacto social** 
   1. Integración social
   2. inclusión social
   3. Diversidad social
   4. ¿Por qué es importante integrarlos a la sociedad?
2. **Expectativas y apoyo.**
   1. La sociedad
   2. La familia
   3. El credo
3. **Integración a la escuela**
   1. Aspectos para poder integrarse a la escuela.
   2. Funciones de los maestros sombra
   3. Características de la escuela.

**MARCO METODOLÓGICO**

Debido al tema y problemática en discusión, la investigación persigue un enfoque cualitativo ya que nos enfocamos a explicar el impacto social que este fenómeno ocasiona para que posteriormente se den a conocer estrategias y recomendaciones a la familia, instancias educativas y a la sociedad en general para enfrentar esta condición que repercute en la exclusión social.

Por lo tanto nuestra investigación es de tipo; no experimental debido a que nos limitaremos a estudiar el fenómeno de estudio tal y como se presenta en la realidad, sin modificar variables al respecto.

El alcance de nuestra investigación es descriptivo-explicativo porque en ella se menciona brevemente en que consiste el trastorno de espectro autista y posteriormente se explica el impacto social, como afecta a la familia, y a los afectados directos, así como las repercusiones sociales.

Las técnica que se utilizará en nuestra investigación será; la entrevista que irá dirigida a los padres familia del niño con trastorno de espectro autista, público en general, así como a algún docente que atienda al niños afectado con dicho trastorno. Es importante mencionar que se hace a diversa población, debido a que ayudará a tener información más completa y veraz.

Recursos: libreta, equipo móvil, laptop, hojas de papel, mural.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS. | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: ALONDRA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ MENDEZ, CLAUDIA DEL CARMEN VAZQUEZ MORENO, ANDREA DE ARCIA SOLÓRZANO. CARRERA: LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN COMUNITARIA. PERIODO: ENERO\_JUNIO 2020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| ACTIVIDADES | MES | ENERO | | | | FEBRERO | | | | MARZO | | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | | JUNIO | | | |  |
| SEMANA | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1 | Elección del tema. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Planteamiento del problema. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Objetivo general. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Objetivos especificos. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Preguntas de investigación. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Justificación. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Temas de investigación. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Marco metodológico. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Cronograma de actividades. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Bibliografía. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Captitulo 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Capitulo 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Capitulo 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Capitulo 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Conclusiones |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Revisión de la bibliografía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Preguntas de investigación cualitativa.**

1. ¿Qué es el autismo?
2. ¿Cómo influye TEA en el comportamiento de los niños?
3. ¿Qué tan severas llegan a ser las conductas de un niño autista?
4. ¿A qué edad se puede reconocer el TEA en los niños?
5. ¿El TEA está ligado a la discapacidad intelectual?
6. ¿Qué pueden hacer los padres para apoyar a su hijo autista?
7. ¿Qué acciones preventivas se deben tomar en cuenta para la intervención con un niño con TEA en el contexto escolar, familiar y social?
8. ¿Cuáles son las principales causas por las que la sociedad excluye a un niño con TEA?
9. ¿Qué actividades se pueden realizar con los niños con TEA para mejorar su inclusión social?
10. ¿Un niño con TEA puede llegar a realizar actividades de manera independiente?

**ORIGEN DEL AUTISMO**

El término autismo proviene, etimológicamente, de la palabra griega autos que significa “si mismo”, y que hace referencia a la expresión de ausentismo que presenta este padecimiento. Fue utilizado por primera vez en el año 1908 por el psiquiatra suizo Eugene Beuler para referirse a un trastorno del pensamiento. Pero no fue sino hasta 1943, gracias a la investigación y descripción del término hecha por el psiquiatra austriaco Leo Kanner, que el síndrome adquiere la categoría de diagnóstico médico. (Josep Artigas-pallares, 2011, p. 2)

Según el libro el autismo 70 años después de Leo Kanner Bleuler siempre dijo que el autismo era un trastorno de la mente sin embargo Leo Kanner menciono y trato de buscar soluciones para diferenciar lo que bleuler había mencionado, para eso lo hizo con pacientes y él dijo que solo eran unas características diferentes a la gente normal, más no un trastorno de la mente. Bleuler sustituye la noción de dementía precoz, enfermedad que Emil Kraepelin 1856- 1926 había definido con base en una evolución progresiva hacia un estado terminal de empobrecimiento intelectual por un grupo de psicosis esquizofrénicas que tenían en común, cualquiera que fuera la forma clínica bajo la cual se manifiestan, un cierto número de mecanismos psicopatológicos, siendo el más característico la escisión que da su nombre al grupo, así como síntomas fundamentales especialmente el autismos o autismo. Este término creado por Bleuler está caracterizado según por el repliegue de la vida mental del sujeto

Aun cuando el psiquiatra Kanner lo define como “una innata alteración autista del contacto afectivo”, puede decirse también que el autismo es la concentración de la atención de una persona en su propia intimidad, demostrando un desinterés hacia el mundo exterior y hacia quienes lo rodean.

Actualmente se identifica al trastorno del espectro autista (TEA) de varias maneras; como es síndrome de Kanner, autismo infantil precoz, autismo anormal primario, autismo encapsulado secundario, esquizofrenia de tipo autista, desarrollo atípico de la niñez con rasgos autistas y retraso mental asociado con autismo.

Avendaño (2002), en el artículo de Prensa Libre titulado Autismo en casa, relata que a la fecha, el origen del autismo es un misterio sin resolver, pues los estudiosos no logran ponerse de acuerdo con respecto a las causas del mismo, a pesar de que los síntomas están plenamente reconocidos.

Para los seguidores del psicoanálisis la enfermedad es producto de un trauma psicológico que el niño percibe en lo más profundo de sí mismo y lo incapacita para entrar en relación con los demás.

El trastorno de espectro autista (TEA) es una afectación de origen neurobiológico afectando la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades en dos áreas principalmente; en el autismo los síntomas fundamentales son dos: 1. deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social. 2. patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, interés o actividades. El autismo es un trastorno mental que se caracteriza por una alteración en la interacción social. El espectro del autismo incluye tres tipos de trastornos: autismo, síndrome de asperger y el trastorno generalizado de desarrollo especificado (TDG-NE). (Josep Artigas-Pallares, 2011, p. 4)

En México no existen datos actuales sobre la incidencia del autismo sin embargo se estima que alrededor de 6 mil 200 personas nacen al año con autismo. Carol Ajax, fundadora de Spectrum Theraphy center México, aseguró que en el país 1 de cada 115 a 120 personas presentan algún tipo de trastorno del espectro autista. A pesar de que existen instituciones que tienden a personas con autismo en México, éstas son insuficientes o incosteables para la mayoría de la población, El autismo es muy diverso, de ahí que se hable de espectro, cada persona con autismo es única, y cada una de ellas podría identificarse con un color diferente. Sin embargo, muchas personas identifican una pieza de puzle y el color azul como la representación del autismo.

(En 1993, Gerald Gasson, miembro del comité de la sociedad nacional de autismo de EE.UU, creo la cinta conformada por piezas de un rompecabezas, en alusión a la complejidad que representa el autismo y cada una de las piezas de un color diferente, para mostrar la diversidad de las personas con autismo. De forma que el lazo con piezas multicolores pretende explicar que hay una complejidad importante y a su vez una gran diversidad. El color azul se asocia al autismo debido a Austin Speaks, quien uso el azul como color corporativo y quien en 2010 lanzo la campaña Light It Up Blue, destina a iluminar de azul edificios el día 2 de abril como forma de visibilizar el autismo.)

En opinión de lo que dijo Gerald Gasson, estamos de acuerdo ya que lo que él quiso hacer era que las personas vean como las personas que tienen este autismo son diferentes y por eso mismo fue que decidió que cada persona relacionado con esto obtendría un color, para explicar que hay una importante complejidad y a la vez una gran diversidad. Dado todo esto con su gran esfuerzo ayudo a que lanzara una campaña lo cual consistió en que iluminaria de azul los edificios para poder visibilizar el autismo, además el menciono que el color azul era identificado como corporativo.

(KAnni Weiss (psicóloga) y Georg Franki (Psiquiatra), colegas de Asperger en Viene, emigraron a EEUU en 1934 y 1937 respectivamente y colaboraron de manera estrecha con Kanner desde 1938. Cuando digo que colaboraron de manera estrecha, me refiero, por ejemplo, a que Franki, junto con la psiquiatra Eugenia Cameron, desarrolló en 1938 un retrato detallado de Donald Triplett que Kanner incluyó en su artículo de 1943. Kanner llegó a hablar de Asperger, aunque en solo una ocasión, en los años 70. Es improbable teniendo en cuenta dos aspectos que destaca Adam Einstein en su libro “ Historia del Autismo” la primera es que Kanner citó con frecuencia artículos de Van Krevelen (psiquiatra) quien hablaba de los trabajos de Asperger desde los años 50. La segunda es que el prólogo del libro de Bernard Rimland (psicólogo) con título “infantile autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behaviour” estaba escrito por el mismísimo Kanner. Bien, en este libro también se hacía referencia al síndrome de Asperger. ) (Los trastornos del espectro autista , 2019, p. 7)

De acuerdo a lo que menciono Kanni y Georg mencionaron unos puntos del autismo, lo cual en unas partes estaban ambos citaban sus artículos para saber más de ello, dado a esto llego a que el libro de Bernard Rimland estaba escrito por el mismo Kanner.

Leo Kanner dio a conocer al mundo el síndrome que estaba estudiando y de alguna manera lo popularizó desde una posición privilegiada. sobre algunas de estas cuestiones ya se ha hablado previamente, pero no debemos olvidarnos de otros aspectos que no dejan de ser relevantes: Kanner, es un principio al menos, consideraba que su trastorno “ autismo infantil precoz” tenía una entidad propia más allá de la esquizofrenia, aunque utilizara el término “ autismo”, que en un principio estaba ligado a dicha patología. Sin embargo, a finales de los 40 se rindió a las corrientes psiquiátricas y psicológicas de aquellos años y finalmente concluyó, en una revisión de su tratado de psiquiatría infantil (la primera edición era de 1935), el autismo dentro del apartado de la esquizofrenia.

León Kanner menciono que era complicado que en el futuro se pudiera distinguir entre el autismo infantil precoz y las esquizofrenias y que además dicho autismo infantil precoz podría considerarse como la forma más temprana de esquizofrenia, y el autismo como una enfermedad claramente distinguible porque pensaba que las personas con autismo presentaban sintomatología más severa desde la primera infancia, mientras que, en la esquizofrenia, dichos aspectos se manifestaban de manera más tardía. Así mismo en el autismo infantil precoz Kanner menciono en un principio que compartía la idea de que el trastorno era innato en los niños que lo padecían.

En este panorama, según Michael Rutter, términos como autismo infantil, esquizofrenia infantil o psicosis infantil fueron utilizadas de manera indistinta durante muchos años. Este clima de confusión retrasó el inicio de futuras investigaciones y la distinción entre autismo y esquizofrenia, hasta que en 1980, en el DSM-III, el autismo infantil aparece dentro de los TGD como una categoría diagnóstica propia junto al TGD de inicio en la infancia y el TGD atípico. Durante muchos años, el autismo permaneció en suspensión hasta que las madres y padres y después la investigación retomaran un camino que aún está por descubrir. (Kanner, 1935, p. 10)

Según lo que dijo Michael Rutter vemos como es que estas dos definiciones lo tomaron en conceptos diferentes muchos años como la esquizofrenia y el autismo, cuando Kanner había hecho mención que estos términos se refería a lo mismo. Mientras tanto, solo queda decir que, siendo consciente de las aportaciones de Kanner al ámbito del autismo, el presente escrito no pretende ser una crítica a su figura aunque lo pudiera parecer, sino un reconocimiento a aquellas otras personas que también participaron de una manera u otra, en el devenir del estudio e investigación del autismo.

Frente a las interpretaciones psicodinámicas Kanner afirmaba que los autistas son niños que nunca han “participado” y que han llegado al mundo desprovisto de los signos universales de la respuesta infantil. Sostenía que ello se evidenciaba en la falta de respuesta anticipatoria cuando alguien hace la acción de intentar tomarlo en brazos. En la publicación inicial, donde describía magistralmente el cuadro clínico del autismo, recogió las observaciones sobre 8 niños y 3 niñas que le habían llamado poderosamente la atención. Estos 11 pacientes tenían en común las siguientes características: 1. incapacidad para establecer relaciones 2. Alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social, aunque en 8 de ellos el nivel formal del lenguaje era normal o sólo ligeramente retrasado 3. Insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios 4.Aparición, en ocasiones, de habilidades especiales 5. Buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés 6. Aspecto físico normal y fisonomía inteligente y 7. Aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento. (Josep Artigas-Pallares, El autismo 70 años despúes de Leo Kanner y Hans Asperger , 2011, p. 9)

Según el libro “El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger” menciona que Kanner hizo como un experimento para que las personas vieran como es el autismo que se da en las personas, para ello tuvo 11 clientes dentro del cual eran 8 niños y 3 niñas, así mismo menciono las características, lo que vemos a través de todo esto es como el autismo si se puede saber desde los primeros síntomas desde el nacimiento. Como también se puede observar que el que estuvo más interesado por saber del autismo fue Kanner, ya que hizo muchas cosas desde la teoría hasta lo práctico.

El DSM III-R apareció en 1987, supuso una modificación radical, no sola de los criterios sino también de la denominación. Se sustituyó autismo infantil por trastorno autista. Con ello el autismo quedaba incorporado a la condición de trastorno, términos que se usa en los manuales para definir genéricamente los problemas mentales, marcando una distancia conceptual con la terminología propia de los problemas médicos de etiología y fisiopatología conocida total o parcialmente. Si bien el término “trastorno” es útil para marcar la singularidad de los problemas mentales tal como los contempla la DSM, adolece de una falta de significado conceptual. En el DSM IV-TR se menciona la falta de concreción de “trastorno”, por lo cual queda pendiente consensuar una definición coherente con el paradigma hacia donde se van a orientar las nuevas revisiones del DSM. El DSM III-R, amplió la versión anterior al delimitar los criterios diagnósticos, cada uno de los cuales era descrito minuciosamente y con gran detalle. El DMS III-R contemplaba el autismo como una categoría única, si bien admitía el diagnóstico de autismo atípico, para aquellos casos que aun dando características claras de autismo no cumplían todos los criterios. (Josep Artigas-pallares, El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger , 2011, p. 13)

Según el libro “ el autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger” menciona que el autismo infantil sustituyó al trastorno autista, en base a esto no estamos de acuerdo ya que en esta parte mencionan que es un problema mental en las personas que padecen de esa enfermedad, con lo cual no estamos de acuerdo, ya que Leo Kanner menciono que el autismo tienen diferentes características y no es que sea un problema mental, sino que en las observaciones que tuvo el con los 11 pacientes era que se encierran ante la sociedad, problemas de comunicación, pero no como un problema mental.

La asociación internacional Autismo –Europa (2000), en el mundo cinco de cada 10.000 personas presentan un cuadro de “autismo clásico”, y de las cifras suben hasta una de cada 700- 1.000 personas si se tiene en cuenta el espectro autista. En los estudios realizados, no se encuentran diferencias en función de la clase social ni la cultura, y se establece un ratio por sexo de 4.1, siendo mayor la afectación en la población masculina, tal y como lo revelan otros estudios (Kogan et al., 2009, yeargin Allsopp et al., 2003). Baker (2002) concluye que la ratio niños-niñas disminuyó de 8.1 en 1989 a 3.5. El último informe del centro para el control y prevención de enfermedades, mantiene que la prevalencia de trastornos del espectro autista (TEA) es significativamente mayor en niños que en niñas, con una media de 4.5. Existe consenso en cuanto a que la proporción es de tres varones por cada mujer. (Gamboa, 2016, p. 4)

Según del documento trastorno del espectro autista: consideramos que está en lo cierto tal y como lo establece ya que en un apartado del libro de Leo Kanner hizo mención que las personas que padecen de esta enfermedad trastorno del espectro autista o bien en sus siglas TEA, son percatadas que lo padecen más en los niños que en las niñas, dado que algunos científicos saben que existen diferencias en algunas estructuras cerebrales entre los sexos, una de ellas es el grosor de la corteza, la capa externa del cerebro que está llena de nervios involucrados en la memoria, el pensamiento, lenguaje y otras funciones cognitivas superiores. A diferencia de los hombres es que tienen la corteza más delgada, mientras que la corteza de las mujeres tiende a ser más gruesas y esta diferencia es una manera bastante confiable para distinguir entre hombres y mujeres.

Ahora bien daremos a conocer su origen de Leo Kanner quien se dice que es el padre del Autismo. Leo Kanner nació el 13 de junio de 1984 en Sykesville, Maryland, y murió el 03 de Abril de 1981. Fue un psiquiatra austríaco de origen judío conocido por su descripción de lo que actualmente se denomina en clínica psiquiátrica Trastorno del Espectro del Autismo (DSM-V). Esta persona fue la que realmente busco su origen del autismo dándolo a conocer desde sus teorías hasta lo práctico, donde consiguió que las personas tengan un conocimiento de ello, Kanner hizo la diferencia del autismo con la esquizofrenia, ya que en muchos años lo utilizaron como términos iguales, cuando el realmente explico que son cosas muy diferentes, aparte de esto también dio a conocer que el autismo no es un problema mental, sino personas con diferentes características a las normales, sus principales características dijo que es el aislamiento social, y problemas de comunicación. Así es como fue el largo proceso del origen del trastorno espectro autista (TEA).

**EVOLUCIÓN DEL TEA**

Las primeras descripciones, consolidadas como relevantes, sobre lo que actualmente denominamos trastornos del espectro autista (TEA) corresponden a las publicaciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944). Sin embargo, no cabe duda de que individuos de similares características a las identificadas por estos autores han existido siempre. Por esta razón es posible rescatar múltiples huellas de su paso por la historia de la humanidad. Quizás la primera referencia escrita conocida corresponde al siglo XVI. Johannes Mathesius (1504-1565), cronista del monje alemán Martin Lutero (1483-1546), relató la historia de un muchacho de 12 años severamente autista. De acuerdo con la descripción del cronista, Lutero pensaba que el muchacho no era más que una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo, respecto al cual sugirió que debería morir asfixiado. Otro caso histórico es el del insólito Fray Junípero Serra, quien ejemplifica muchos de los síntomas que se pueden observar en personas con autismo. De acuerdo con los relatos recogidos en el libro anónimo “Las Florecillas de San Francisco”, escrito en el siglo XVII, donde se relatan pequeñas historias de este santo, Fray Junípero no comprendía las claves sociales o el lenguaje pragmático, no detectaba la intencionalidad del comportamiento de los demás, no se adaptaba a las diferentes convenciones sociales y mostraba dificultades para comprender la comunicación no verbal. Mayor divulgación y polémica ha recibido el caso del niño salvaje Víctor de Aveyron, estudiado por el Dr. Jean Itard, y llevado a las pantallas de cine en 1970 en la película, dirigida por Francois Truffaud, “L´enfant sauvage”. Esta historia fue agudamente estudiada por la psicóloga inglesa Uta Frith, quien aportó una versión muy distinta respecto a la convencional, ella menciona “La esencia del autismo está en la dificultad para interpretar las intenciones comunicativas de los interlocutores del autista y en la poca o nula interacción comunicativa de éste, como consecuencia de una clara disfunción orgánico-cerebral”. (U, 1989) Si bien el autor no estaba tan lejos de la realidad, Uta Frith excluye como posibles causas del autismo a los factores psico-dinámicos, porque carecen de sentido, dado que sabemos su origen orgánico, aunque no conozcamos todavía su naturaleza exacta, es decir, sabemos que en el autismo hay una anomalía cerebral, pero todavía no sabemos qué puede funcionar mal en el cerebro, capaz de provocar el síndrome. Cuando Víctor fue hallado en estado salvaje en los bosques del Midi Francés, no hablaba, no hacía demandas, no establecía contacto con las personas y parecía totalmente desprovisto de cualquier forma de sociabilidad. Su edad se estimó alrededor de los 12 años. El caso despertó en su época, finales del siglo XVIII, un apasionante debate en el mundo intelectual, conmovido por el enternecedor e intrigante caso. Desde una perspectiva más pragmática, algunos médicos de la época pensaron que Víctor padecía una deficiencia severa desde el nacimiento – imbecilidad constitucional – y que, precisamente por este motivo, sus padres lo habrían abandonado. Pero esta explicación, aparentemente cargada de sentido común, era poco atractiva para la intelectualidad de la época, pues daba por concluido el apasionante debate sociológico que este acontecimiento había suscitado. La escritora Harlan Lane planteó por primera vez en su libro “El Niño Salvaje de Aveyron”, la posibilidad de que Víctor fuera autista. Pero la autora acabó rechazando esta opción por las siguientes razones: 1) Víctor, mostraba cambios bruscos de humor desencadenados por causas vinculadas a la relación con otras personas; 2) no estaba profundamente aislado, sino que mostraba un cierto afecto con los que eran amables con él; 3) no tenía obsesiones marcadas; 4) no tenía grandes dificultades para la manipulación; y 5) tenía lenguaje gestual. Sin embargo, Uta Fritz se preguntaba, años más tarde, en su libro: “¿descartan estas observaciones el diagnóstico de autismo?” Desde la perspectiva actual se contempla el autismo, dentro un espectro dimensional con alteración de las capacidades sociales y comunicativas; pero en modo alguno ello implica una ausencia absoluta de tales facultades. Si se presta atención a la descripción que dejó escrita el abate Pierre-Joseph Bonnaterre, profesor de Historia Natural de la Escuela Central de Aveyron,resulta que analizando minuciosamente el relato de sus conductas, menciona lo siguiente “Víctor mostraba deficiencias en las interacciones sociales recíprocas, incompetencias intelectuales específicas, alteraciones de la integración sensorial y, además, no realizaba juego simbólico” (PJ, 1800). Sin embargo, el vocablo autismo no fue utilizado en la literatura médica hasta 1911. En esa fecha, el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler introdujo este término para referirse a una alteración, propia de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa. Bleuler, profundamente interesado en la esquizofrenia, utilizó el significado inicial para referirse a la marcada tendencia de los pacientes esquizofrénicos a “Vivir encerrados en sí mismos, aislados del mundo emocional exterior” (E., 1950). Como suele ser común en el lenguaje médico, la locución deriva del griego clásico. “Autos”, significa uno mismo; “ismos” hace referencia al modo de estar. Se entendía por autismo el hecho de estar encerrado en uno mismo, aislado socialmente. Sin embargo, el uso original de la palabra no se correspondía exactamente con el significado que adquiriría tres décadas más tarde, y que persiste en la actualidad. Poco después, en 1923, el psicólogo también suizo, Carl Gustav Jung introdujo los conceptos de personalidad extravertida e introvertida, ampliando el enfoque psicoanalítico de Sigmund Freud (L., 1992). Este enfoque definía a la persona con autismo como un ser profundamente introvertido, orientado hacia el mundo interior. El introvertido era para Jung una persona contemplativa que disfrutaba de la soledad y de su mundo interno; de manera que la introversión severa, denominada autismo, se creía que era característica de algunas formas de esquizofrenia.

Durante los años previos a Leo Kanner fueron apareciendo trabajos que se pueden considerar aproximaciones conceptuales al autismo. Tales aportaciones se inspiraban en interpretaciones de lo que se denominó esquizofrenia de inicio precoz, síndromes parecidos a la esquizofrenia o cuadros regresivos en la infancia. Ello indicaba que las personas con autismo, como es obvio, acudían a las consultas e intrigaban a los psiquiatras de la época.

La incorporación del término autismo al significado actual se debe a Leo Kanner, tras la aparición en 1943 del que se puede distinguir como el artículo fundacional del autismo actual: “Autistic disturbances of affective contact”. Kanner había nacido en 1894 en Klekotiv, un pueblecito de Austria, actualmente perteneciente a Ucrania. Tras haber finalizado sus estudios de medicina en Berlín y haber vivido la primera guerra mundial, emigró a los Estados Unidos en el año 1924. Pronto orientó su interés hacia la Psiquiatría, y especialmente a los problemas infantiles en este campo. No tardó en ver recompensada su dedicación, al ser seleccionado en 1930 para desarrollar en el Hospital John Hopkins de Baltimore el que puede ser considerado como primer servicio de Psiquiatría Infantil en el mundo. A él se debe la publicación del primer libro sobre la materia “Child Psychiatry” en 1935. Kanner era por encima de todo un gran clínico, con una extraordinaria capacidad de observación y una agudeza exquisita para apreciar los rasgos típicos de sus pacientes. Kanner fue, además de un gran profesional, un ciudadano sensible a la injusticia social, y especialmente al abuso infantil. Se sentía profundamente indignado cuando contemplaba como las damas de alcurnia de la alta sociedad americana contrataban abogados para que les facilitaran la custodia de muchachas de la escuela de débiles mentales a quienes trataban peor que a esclavas. En una sesión de la American Psychiatric Association en el año 1937, denunció que muchas no recibían sueldo, que trabajaban exhaustivamente, que estaban mal alimentadas y que eran maltratadas. En los años siguientes a la publicación del citado artículo, Kanner siguió profundizando en la delimitación del trastorno, al cual le asignó la denominación de “autismo infantil precoz”, tras haber acumulado experiencia mediante la identificación personal de más de 100 niños y haber estudiado muchos otros procedentes de colegas psiquiatras y pediatras. En los años que siguieron, merced a la divulgación del autismo, se empezaron a identificar gran número de pacientes en diversos países. Pero como era de esperar, nadie conocía el cuadro clínico tan a fondo.

No fue hasta 1980, con la publicación del DSM-III (Association, 1980), cuando se incorporó el autismo como categoría diagnóstica específica. Se contemplaba como una entidad única, denominada “autismo infantil”. Para su diagnóstico se requerían seis condiciones, todas las cuales debían estar presentes. El DSM III-R, aparecido en 1987, supuso una modificación radical, no sola de los criterios sino también de la denominación. Se sustituyó autismo infantil por trastorno autista. Con ello el autismo quedaba incorporado a la condición de “trastorno” (disorder), término que se usa en los manuales para definir genéricamente los problemas mentales, marcando una distancia conceptual con la terminología propia de los problemas médicos de etiología y fisiopatología conocida total o parcialmente. Si bien el término “trastorno” es útil para marcar la singularidad de los problemas mentales tal como los contempla el DSM, adolece de una falta de significado conceptual. En el DSM IV-TR se menciona la falta de concreción de “trastorno”, por lo cual queda pendiente consensuar una definición coherente con el paradigma hacia donde se van a orientar las nuevas revisiones del DSM. El DSM III-R amplió la versión anterior al delimitar los criterios diagnósticos, cada uno de los cuales era descrito minuciosamente y con gran detalle. Además, se incorporaban al texto ejemplos concretos que aclaraban cuando un criterio se debía considerar positivo. El DSM III-R contemplaba el autismo como una categoría única, si bien admitía el diagnóstico de autismo atípico, para aquellos casos que aunando características claras de autismo no cumplían todos los criterios. En los años 1994 y 2000 aparecieron respectivamente el DSM-IV y el DSM IV-TR, que aunque no planteaban modificaciones sustanciales entre ellos, representaron un nuevo 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. Además, se incorporó el término trastornos generalizados del desarrollo (pervasive develo mental disorders), como denominación genérica para englobar los subtipos de autismo.

El otro aspecto determinante que se modificó con respecto al DSM III-R fueron los criterios diagnósticos. Los 16 criterios para el trastorno autista del DSM III, fueron reducidos a 6. Tras esta revisión, el diagnóstico pasaba a ser menos restringido. Todo ello comportó un cambio en el panorama. Quizás la repercusión más importante de esta revisión del DSM, fue el espectacular incremento en el diagnóstico de autismo.

Consolidado el modelo de autismo definido fenomenológicamente como lo identificó Kanner, se iba perfilando, cada vez con más precisión, una visión categórica que quedaba reflejada en las distintas versiones del DSM. Pero en el año 1979, Lorna Wing y Judith Gould sugirieron una nueva percepción del autismo. La diferencia con el modelo convencional era sutil en apariencia, pero radical en el fondo. El cambio conceptual se basó en el estudio llevado a cabo en un área de Londres por estas autoras. El estudio permitió identificar pacientes que encajaban en el patrón típico descrito por Kanner, pero también pacientes que sin ajustarse al perfil kanneriano, mostraban en mayor o menor grado la triada de problemas en la interacción social, comunicación e imaginación, asociado a un patrón de conductas rígidas y repetitivas, cualitativamente similares a las de los autistas “típicos”, pero cuantitativamente distintas. El retraso mental aparecía como una dimensión distinta. La tríada puede ser identificada independientemente del nivel de inteligencia y puede estar asociada o no a otros problemas médicos o psicológicos. Estos datos ponían en evidencia que no se podían establecer unos límites categóricos entre los distintos pacientes detectados; y que, en realidad, las manifestaciones del autismo se distribuían como un continuo; y que los límites entre las distintas categorías propuestas en el DSM distan mucho de ser precisas. Con el tiempo esta percepción se ha ido consolidando y actualmente es aceptada por la mayoría de expertos en el campo. Por otro lado, encaja muy bien con los nuevos modelos genéticos que contemplan interacciones poligénicas de baja y alta magnitud de efecto, determinadas por polimorfismos de un solo nucleótido y variaciones en el número de copias; y además con modulación por factores epigenéticos.

El DSM 5 va a consolidar conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación actual de trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este cambio de apelativo tiene un alcance que va más allá de una simple adecuación semántica. Los trastornos generalizados del desarrollo, tal como se contemplan en el DSM-IV-TR, incluyen el trastorno de Rett. Pero actualmente se conoce lo suficiente sobre este trastorno para ser considerado una enfermedad genética específica cuya relación con el autismo no va más allá de la coincidencia de algunos síntomas. Por el contrario, no se han encontrado datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguir cualitativamente 584 ORIGINALES Y REVISIONES J. Artigas-Pallarès , I. Paula trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno autista no especificado. Esta propuesta está generando un intenso debate, centrado en la conveniencia, o no, de mantener el término trastorno de Asperger, cuya homologación dentro de los manuales diagnósticos habrá sido fugaz. El motivo más convincente para incorporar dentro de los TEA, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y los TGD-NOS se sustenta en el hecho de que las diferencias entre los supuestos subtipos de autismo no vienen determinadas por los síntomas específicos del autismo, sino por el nivel intelectual, la afectación del lenguaje, y por otras manifestaciones ajenas al núcleo autista. El DSM 5 agrupará los criterios de trastorno cualitativo de la relación social y trastorno cualitativo de la comunicación en un solo criterio definido como un déficit persistente en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, no explicable por un retraso general en el desarrollo. Dentro de este criterio se contemplarán problemas en la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para desarrollar y mantener las relaciones apropiadas al nivel de desarrollo El tercer criterio del DSM IV-TR (patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados), quedará formulado más o menos igual; sin embargo, se añadirá dentro de este criterio la hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales o el interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno La necesidad de que antes de los tres años, se debían producir retrasos o alteraciones en una de las tres áreas (interacción social, empleo comunicativo del lenguaje o juego simbólico) se sustituye por la necesidad de que los síntomas estén presentes desde la primera infancia, aunque no puedan percibirse hasta que las demandas sociales excedan la limitación de las capacidades. El DSM 5 marcará un cambio conceptual, que quizás sea el camino de inicio de un itinerario hacia una interpretación radicalmente distinta de los trastornos mentales.

**ANTECEDENTES DEL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA**

Clima (2004), en el artículo titulado Causas del autismo, que aparece en Internet afirma que hace treinta años se pensaba que el autismo era consecuencia de una mala interacción con los padres. Los hechos han demostrado que tal concepción es errónea ya que los padres de los niños con autismo les quieren y cuidan y son tan competentes como cualquier otro padre.

Los datos médicos actuales sugieren claros orígenes biológicos para el autismo y esto ha significado que los padres ya no deben culparse a sí mismos. Las causas biológicas que se han indicado incluyen factores genéticos, infecciones virales y complicaciones en el embarazo o en el parto, cualquiera de las cuales pueden provocar el sutil daño cerebral que se supone produce el autismo. Sin **(TEA)**

Embargo, aún restan por descubrir otros factores biológicos. Leo Kanner, el psiquiatra que describió por primera vez el autismo, observó que muchos de los niños con autismo que recibía en su clínica provenían de padres cultos, inteligentes y de la clase media o alta. A medida que los servicios de consulta han comenzado a generalizarse ha resultado que el autismo aparece por igual en todas las clases sociales y culturas. Investigaciones realizadas en distintos países han mostrado de modo fiable que entre 2 y 4 niños de cada 10,000 desarrollan autismo.

A lo lago de los año han surgido diversas teorías para darle una explicación al autismo tal es el caso de la teoría psicoanalítica la cual culpabilizaba a los padres de familia. En los años 50 se tenia la errónea concepción que el autismo se debía principalmente a un distanciamiento emocional, así como una hiperintelectualizaciòn por parte de la madre que provocaba un rechazo y estrés al hijo en un período muy temprano y vulnerable del desarrollo emocional del bebe. Se pensaba que la madre al ser un factor determinante en la salud mental y desarrollo del bebe podría afectarlo si ella a su vez sufriera de problemas emocionales. La madre es el primer contacto con la realidad del niño, por lo tanto un rechazo, falta de estimulación o una familia disfuncional podría ocasionar problemas graves en el desarrollo del niño que aparecerían gradualmente hasta presentarse el autismo con todas sus manifestaciones antes del tercer año de vida.

Hoy en día son pocos los autores que sostienen que la etiología es puramente por factores psicológicos, ya que varios estudios clínicos han fallado al tratar de demostrar algún estereotipo de la personalidad de los padres de niños autistas. Avendaño (2002), en el artículo de Prensa Libre titulado Autismo en casa, relata que a la fecha, el origen del autismo es un misterio sin resolver, pues los estudiosos no logran ponerse de acuerdo con respecto a las causas del mismo, a pesar de que los síntomas están plenamente reconocidos.

Para los seguidores del psicoanálisis la enfermedad es producto de un trauma psicológico, según Sinclair (2003), en el artículo No lloren por nosotros que aparece en Internet dirigido principalmente a los padres menciona: Los padres generalmente comparten que reconocer que su hijo es autista fue la experiencia más traumática que les ha sucedido. Las personas ven el autismo como una gran tragedia y los padres experimentan una continua desolación y luto en todas las etapas de la vida del niño y de la familia sin embargo este pesar no está relacionado directamente con el autismo del niño, es un luto por la pérdida del niño normal que los padres esperaban o deseaban tener, las expectativas y actitudes de los padres y las diferencias entre lo que los padres esperan de sus niños en una edad particular y el desarrollo actual de su propio hijo causan más estrés y angustia que la compleja convivencia con una persona autista.

El concepto del autismo ha sufrido diferentes reformulaciones en el transcurso de los años desde que el psiquiatra Leo Kanner en 1943 lo definiera por primera vez. El término autismo proviene del griego autos y significa sí mismo. Fue utilizado por primera vez por Bleuler en 1911 para referirse a un trastorno del pensamiento que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos y que consiste en la continua autor referencia que hacen de estos sujetos a cualquier suceso que ocurre.

En la primera mitad de este siglo ya se habían descrito casos de niños con un trastorno mental grave que implicaba una severa alteración en el desarrollo. Sin embargo, eran diagnosticados como una demencia precoz, esquizofrenia infantil y demencia infantil, entre otros. El uso de esta terminología refleja una concepción de autismo como una clara exploración de la psicosis adulta, pero de comienzo más temprano. Si se toma en cuenta esto, es fácil entender la excepcional importancia que tuvo la descripción que Kanner realizó del autismo infantil, dado que hizo avanzar los criterios diagnósticos al definir este síndrome haciendo hincapié en las conductas infantiles específicas y diferenciándolas de los criterios de los adultos; no en vano, hoy se sigue utilizando el concepto de Síndrome de Kanner para referirse al autismo infantil, término que sigue recogiendo las clasificaciones nosológicas de la Organización Mundial de la Salud OMS. Kanner definió el autismo como una innata alteración autista del contacto afectivo. Lo patognomónico del trastorno es la incapacidad para relacionarse normalmente con la gente.

El autismo es un trastorno que se presenta la mayor parte en niños que en niñas, sus habilidades de un niño pueden clasificarse en dos tipos; altas o bajas dependiendo su nivel intelectual y de su capacidad de comunicación verbal. esto se da desde los primeros meses de vida cuentan con características diferentes y muchas de estas inexplicables para los padres, conforme pasa el tiempo se van desarrollando en el niño y niña comportamientos fuera de los estándares normales. Es frecuente que dichos síntomas provoquen en los padres de familia un sentimiento de intranquilidad y temor que les impide buscar con rapidez, alternativas de solución y a su vez ayuda profesional eficaz. sus principales características: les cuesta sonreír o no lo hacen, no siguen con la mirada los objetos cuando se le colocan frente a su visión, pero si les dejan a un lado es probable que los busquen si realmente les llama la atención, no mantiene contacto ocular con las personas, pero a veces si con objetos o partes de las personas que les inquietan, como objetos brillantes, parecen sordos en algunos momentos cuando se les coloca cerca de la oreja algunos estímulos, sin embargo ante ruidos inesperados lloran, o si suena algún objeto buscan el sonido con la mirada, pero no es siempre. No reaccionan ante su nombré ni palabras familiares, presentan ciertos movimientos estereotipados con las manos y brazos, como movimiento sin sentido, no emiten palabras. No juegan con otros ni reaccionan frente a otros niños o niñas. Presentan movimientos rápidos del cuerpo con un marcado retraso de la motricidad gruesa. No reaccionan ante las caricias, ni a los mimos, o a las reacciones afectivas, parecen no reconocer al grupo familiar, otros tienen ecolalia, es decir, repiten lo que se les dice, les cuesta comunicarse con las demás personas, tienden a llorar cuando se sienten expuestos a lugares públicos, no establecen contacto visual o es posible que quieran que los dejen solos.

A menudo se escucha hablar de las características que tienen algunos niños, y que los caracterizarían como niños con Síndrome de Autismo o con características de Autismo, no obstante, cuando se inicia un estudio de estos niños, muchas veces nos percatamos que sus actuaciones son características de niños de su edad, y que en otros casos se hace necesario un estudio más exhaustivo del comportamiento global del niño, de tal manera que se permita una mejor ubicación y determinación de las potencialidades, características, intereses y necesidades que le permitan un apoyo adecuado, tanto en el aspecto diagnóstico como en los recursos que se le pueden asignar para desarrollar una experiencia educativa y de socialización adecuada. En este artículo se pretende informar sobre aspectos generales relacionados con el Síndrome Autista, aporta información sobre los procesos de diagnóstico y de acción correctiva que se llevan a cabo en el país tomando en cuenta el papel de diferentes profesionales en el campo. Además, se ofrece información que tiene relevancia en los aspectos educativos, psicológicos e intervenciones realizados por diferentes profesionales en el apoyo a los padres de familia de estas personas

Este síndrome ha sido una de las patologías más estudiadas durante los últimos cincuenta y seis años, desde que Kanner en 1943, diera a conocer la primera descripción de las características conductuales y personales que presentaban las personas que padecían este cuadro. Durante muchos años, especialistas de diferentes áreas (Rutter, 1968, Rutter y Bartak, 1971; Polaino 1982, Rivière, 1983) han dedicado a la investigación del Síndrome Autista, todos ellos motivados por diferentes posiciones epistemológicas y corrientes psicológicas y médicas. De esta forma, el panorama que parecía oscuro hace algunos años se ha ido modificando y se ha vislumbrado de alguna manera, una respuesta más adecuada a la atención de las necesidades de las personas con Autismo y sus familias, no sólo en el área clínica sino también en la respuesta integral al abordaje de la patología, en la búsqueda de una mejor calidad de vida de todas las personas y su entorno. Es así, como durante muchos años se ha venido evolucionando en la concepción explicativa del Síndrome Autista, desde ideas que se relacionan más al área psicoanalítica, pasan por posiciones que consideran el Síndrome de carácter conductual hasta llegar a una concepción que se dirige más al aspecto orgánico. Es importante señalar algunos aspectos que justifiquen las posiciones que se han venido dando en el tiempo, para así conocer los aspectos que han permitido una mejor comprensión del Autismo. Es importante aclarar, sin embargo, que de acuerdo con Soto, 1999 “para Rivière, el autismo constituye un peculiar modelo de una enfermedad de naturaleza fundamentalmente cultural pero de origen probablemente biológico” y agrega, este síndrome puede considerarse de carácter congénito, situación que se ve resaltada por el momento en que es diagnosticado el Síndrome.

Para efectos de este trabajo, se le dará importancia a dos grandes bloques de teorías que han mantenido una posición teórica durante mucho tiempo y son de carácter opuesto, ellos son:

En las Teorías psicogénicas las explicaciones del síndrome están basadas principalmente en las teorías psicoanalíticas, en estas teorías se parte del supuesto de que todos los niños diagnosticados con autismo, no padecían de esta condición en el momento del nacimiento, no obstante, factores sociales y familiares adversos en su desarrollo generaron en la persona el cuadro clínico denominado Autismo. Pocos son los autores que defienden estos postulados, pues consideran que no cuentan con suficiente apoyo para mantener la posición o aclarar las características del síndrome. Entre los factores que defiende esta posición se pueden mencionar; algún trastorno psiquiátrico o características de personalidad inadecuadas de los padres de la persona con autismo, debido a la clase social de los padres o su cociente intelectual, dificultades en los procesos de interacción entre los padres y los hijos, cuando los niños han padecido muchas dificultades de adaptación al medio en que se desarrollan en las primeras edades (Soto, 1994; Frith, 1991, Polaino, 1982). Es importante tener en cuenta que los estudios realizados con los padres de familia de las personas con autismo, son posteriores al diagnóstico de la condición de sus hijos, situación que pudiera verse afectada por la interacción que se lleva a cabo entre el hijo y sus padres (Polaino, 1982).

Se menciona las Teorías en la Revista Educación 26(1), 2002 donde nos dice que apoyar, que el retraso en el desarrollo cognoscitivo puede tener un papel importante en el diagnóstico del síndrome autista, tampoco se tiene claro si hay un agente de tipo etiológico o si se da un agrupamiento de ellos en las características del cuadro, muchas son las teorías biológicas que han tratado de explicar la etiología del síndrome, entre ellas se pueden mencionar signos de daños cerebrales, estudios psicofisiológicos, estudios neurológicos, los defectos genéticos (anomalías cromosómicas), daño cerebral prenatal y perinatal, cuadros infecciosos (infecciones virales) y disfunción inmunitaria, estudios que relacionan causas y deficiencias múltiples (Frith, 1991; Polaino, 1982; Wing, 1998). Según comenta Soto (1999), para Frith el Autismo tiene una causa biológica y es consecuencia de una disfunción orgánica, sin embargo es enfática en decir que no se ha podido establecer la naturaleza de la disfunción ni los factores que pueden provocar el trastorno”. Se espera algún día conocer la etiología del Autismo, por lo tanto es importante seguir investigando, no obstante, sin importar la génesis del Síndrome, el diagnóstico, la intervención temprana y la estimulación temprana en función de las características de las personas diagnosticadas con este síndrome debe convertirse en el elemento primordial del trabajo de todo profesional relacionado con estas personas. Es importante tomar en cuenta los aspectos etiológicos del Síndrome, que al igual que ocurre con cualquier trastorno del desarrollo, se hace necesario incluir tanto factores orgánicos como ambientales en el diagnóstico integral de la persona, de esta manera la respuesta a las necesidades y características de la persona será más efectiva, permitiéndole un máximo desarrollo del potencial individual.

1. **AUTISMO**

Schopler (2000), expresa que una de las alteraciones más graves del desarrollo, de la conducta y de la comunicación en la primera infancia es la que se conoce con el nombre de autismo infantil. Son muchas las personas que desconocen las características de esa enfermedad ó están mal informadas sobre ellas. Lo primero que hay que hacer para ayudar de algún modo a las personas autistas es conocer qué es el autismo, en qué consiste lo que presentan algunos niños, y que constituye un serio problema personal, familiar y social que requiere ayuda y colaboración de todos. El autismo es un trastorno del desarrollo, el resultado de un daño neurológico que afecta las funciones cerebrales e interfiere con el desarrollo normal del cerebro en las áreas de razonamiento, habilidad de comunicación y la interacción social.

El autismo no es causado por un problema emocional o un trauma psicológico. Es un trastorno neurológico que aparece por lo general en los primeros tres años de vida. Por lo general no se detecta al nacer. Sin embargo los niños pueden presentar síntomas desde los pocos meses de nacidos como arquear la espalda cuando se les trata de cargar, o sobre-reaccionar a estímulos pequeños. Pueden ser muy pasivos, o por el contrario estar constantemente agitados.

Por lo general la madre o encargada del niño comienza a notar anormalidades de comunicación, comportamiento y retraso en el lenguaje, hasta después de los 2 años de edad. Muchos de los niños autistas no presentan interés por juguetes, no sonríen y no les interesa el contacto con otros niños.

Polaino (2002), afirma que el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, son discapacidades del desarrollo que comparten muchas de las mismas características. Generalmente evidentes antes de los tres años de edad, tanto el autismo como el trastorno generalizado del desarrollo no específico son trastornos neurológicos que afectan la habilidad del niño en cuanto a comunicación, comprensión del lenguaje, juego y su relación con los demás.

Málaga (2000), en el artículo titulado Autismo , que aparece en Internet afirma que el autismo infantil es el más obstaculizante de los trastornos del desarrollo extendidos, concebidos como una serie de trastornos que afectan las capacidades intelectuales, las respuestas a los sentidos y la capacidad de comunicarse.

**INCLUSION SOCIAL**

El Consejo Nacional para el Desarrollo e Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS) se creó el 30 de mayo de 2011, en cumplimiento al Artículo 39 de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y como respuesta a la firma y ratificación de

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas, materializando décadas de lucha y trabajo de sociedad civil y actores del Gobierno para que las políticas públicas cuenten con un enfoque de inclusión que haga visible

Las acciones que requieren en su favor las personas con discapacidad, promoviendo el respeto íntegro de sus derechos.

El CONADIS es un organismo descentralizado, autónomo, sectorizado en la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), que ha consolidado el cambio de paradigma para tratar la discapacidad como un tema de política social, constituyéndose así como el órgano rector de las políticas públicas en favor de las personas con discapacidad. (López, el nuevo paradigma de inclusión , 2018, p. 6)

De acuerdo al libro de Mercedes Juan López, el nuevo paradigma de inclusión, estoy de acuerdo con ello ya que en la actualidad es algo muy importante en la vida de las personas que tiene alguna discapacidad, y como bien el tema lo indica la inclusión social considero que debe darse un gran realce, ya que debemos de apoyar a las personas con discapacidad y no separarlos por no tener alguna parte de su cuerpo o algún trastorno. Ya que todas las personas tenemos los mismos derechos y deben ser respetados ante la sociedad y la ley, y si esto es lo contrario se puede realizar un delito o abuso de violación de derechos de la víctima Las personas con discapacidad tienen derecho a la igualdad de oportunidades y a la plena inserción social. El mundo contemporáneo ha asumido la plena integración de las personas con discapacidad como una cuestión de derechos y no como un privilegio otorgado desde el paternalismo. Sin embargo, llevar a la práctica este principio de inclusión va más allá de una opción técnica. Lograr que las personas con discapacidad alcancen el máximo de desarrollo, que sean mirados en sus potencialidades y no se les encasille en su déficit es, sobre todo, un cambio cultural. Y conseguir este cambio requiere enriquecer la visión de la sociedad que queremos.

La educación especial ha dominado el debate en este campo, dejando poco espacio para el ingreso de nuevos temas. Todo cambio hacia la inclusiónrequiere repensar el rol de la educación especial en el sistema de educación institucionalizado. Aunque aún estamos preocupados de temas como los alumnos repitentes, los profesores que no saben enseñar o por qué algunos alumnos en ciertas situaciones presentan dificultades de aprendizaje, necesitamos un nuevo lenguaje y un nuevo enfoque que nos aleje de categorizar a los alumnos, asignándolos a diferentes programas y profesores.

La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, facilitó la movilización de comunidades cívicas y presionó a los gobiernos para examinar el estatus de los niños a la luz de sus diferentes artículos. El Artículo 23 establece que: *“*el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible”. (inclusión social, unicef , 2006 , p. 15)

Estoy de acuerdo con el libro de Inclusión social, Unicef ya que en el habla de la inclusión de las personas que padecen de esta discapacidad, en estos tiempos la sociedad opta más por la exclusión social ya que tienen un pensamiento donde las personas que sufren discapacidad no pueden hacer nada, que ellos son diferentes a un una persona normal. Sin embargo en este libro menciona que las personas pueden hacer lo que hace una persona normal, que no es impedimento para no poderlo hacer, y como mencione en lo anterior que la sociedad tienen un pensamiento diferente, donde las personas discapacitadas sufren de violaciones contra sus derechos, por eso mismo agregaron un artículo donde defiende los derechos humanos de las personas que sufren una discapacidad, una de ellas es el Trastorno Espectro Autista ( TEA), ya que este se concentra en los niños y niñas, pero existe un mayor número en los niños, como bien sabemos el TEA es un trastorno, donde ellos les cuesta estar en contacto con la sociedad, sin embargo en la actualidad a estos niños se les ha dado mayor importancia para no excluirlos ante cualquier actividad.

Trabajar hacia la inclusión, sea en educación, salud o disposiciones sociales, no debe ser visto como una nueva iniciativa asociada a una serie de políticas adicionales a las existentes y que conciernen a un grupo específico de individuos. La inclusión tiene que ver con la respuesta apropiada a todos los aspectos de la diversidad dentro de la institucionalidad, donde los niños y jóvenes con discapacidad son un elemento importante. El progreso hacia la inclusión no es fácil cuando persisten prácticas de exclusión. Una agenda transformadora requiere de un cambio fundamental en nuestra concepción del desarrollo.

La teoría que describe ampliamente la forma de aprendizaje de los niños diagnosticados con autismo es la teoría observacional, cuyo mentor es Bandura (1986) quien señala cuatro elementos importantes para el aprendizaje observacional: prestar atención, retener la información o las impresiones, generar conductas y estar motivados para repetirlas. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, llevar a cabo una determinada conducta. El comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del acondicionamiento operante y clásico, sino también a través de lo que aprende indirectamente mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones. (Bañados, 2004, p. 7)

De acuerdo al libro la inclusión de los niños con autismo en el aula regular, estamos de acuerdo ya que el aprendizaje de los niños con TEA son de forma diferente ya que cada persona tenemos formas diferentes para aprender, pero con estos niños es diferente ya que les cuesta estar en contacto son la sociedad, les cuesta percibir, observar, prestar atención, mantener la información que se les proporcione, sus conductas, etc. Esto es así porque los niños con autismo, independientemente de sus características individuales, tienen una forma diferente de percibir el mundo y una forma diferente de procesar la información que reciben del medio externo. Conocer esto es fundamental para desarrollar cualquier plan de trabajo con ellos, procurando siempre sacar provecho de estas características especiales para lograr enseñarles cosas de una manera efectiva.

En opinión de Bonilla (2012) la psicología del desarrollo del niño normal es hoy la base más eficaz para encontrar esos objetivos. Por tanto, el estudio descriptivo y explicativo, de cómo el niño normal va construyendo, en interacción con las demás personas, su conocimiento social es un tema de obligado conocimiento para quien tenga que planificar la intervención mediante orientaciones pedagógica de estudiantes con autismo.

Las personas con autismo tienen una forma diferente de percibir el mundo y una forma diferente de procesar la información que reciben del medio externo. No todo es dificultad en las personas con autismo, pues presentan habilidades que sorprenden y desconciertan a los adultos: poseen buena memoria visual, elevada capacidad para fijarse en detalles, facilidad para la música y el dibujo, como también a usar aparatos, computadoras.

El 30 de mayo de 2011 se publicó la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, dando lugar a la creación del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS), que tiene por objeto el establecimiento de la política pública para las personas con discapacidad, mediante la coordinación institucional e interinstitucional y que, al momento de su creación, estaba sectorizado a la Secretaría de Salud.

Esto es muy importante ya que esto ayuda a las personas con TEA que puedan exigir sus derechos si son violentados, y gracias a todo esto hace posible la inclusión social ya sea en el ámbito social o educativo, ya que es parte fundamental en el desarrollo de los niños, y dado a esto de la inclusión social ahora los niños pueden ir a cualquier lugar sin violentarle sus derechos, de esta forma serán tratados como todo ser humano, la única diferencia es que en el ámbito educativo los maestros tendrán que saber o utilizar estrategias para poder tratar con los niños de TEA. Ya que ellos presentan dificultad para prestar atención, observación, captar y mantener la información que les proporcionan los maestros.

La inclusión es, en gran medida, un tema de política cultural y, solo entendiendo todo lo que subyace e incluye este principio, se podrá avanzar al siguiente paso, es decir, abordar el total de la logística que sobrevendrá. Como punto de partida, es necesario ser muy claros acerca de qué entendemos por *inclusión.* Todos los idiomas utilizan generalizaciones para imponer orden en un mundo complejo; tales generalizaciones parecieran ser un elemento esencial en el control de nuestro entorno,

Particularmente en la forma en que nos relacionamos con el otro en nuestra comunidad y sociedad. Pero las generalizaciones son también una fuente potencial de peligro, estereotipos, prejuicios y discriminación; allí yace la barrera asociada a las definiciones.

Así mismo para las personas existen diferentes términos de la inclusión como son:

• La inclusión es un proceso, una interminable búsqueda de la comprensión y respuesta a la diversidad en la sociedad.

• La inclusión concierne a la identificación y reducción de barreras, barreras que ponen obstáculos a la participación.

• La inclusión es aprender a vivir, aprender y trabajar juntos; es compartir las oportunidades y los bienes sociales disponibles.

• La inclusión no es una estrategia para ayudar a las personas para que calcen dentro de sistemas y estructuras existentes; es transformar esos sistemas y estructuras para que sean mejores para todos.

• La inclusión no es centrarse en un individuo o grupo pequeño de niños y adultos para quienes hay que desarrollar enfoques diferentes de enseñanza y trabajo o proveer asistentes de apoyo.

Es así como podemos ver que existen diferentes términos, pero todos estos términos buscan el mismo objetivo, Vemos que la inclusión es una parte muy fundamental para poder trabajar más en las personas e impulsar la inclusión social, que siga llevándose a cabo.

**EXCLUSIÓN SOCIAL**

En algunos estudios se ha planteado que debido a la propia naturaleza de los TEA y a su influencia en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales y sociales, estas dimensiones podrían tener una menor relevancia en la valoración global que las personas hacen de su calidad de vida (Happé, 2011). Sin embargo, y en contraste con esta premisa, el apoyo social aparece como una dimensión fundamental para la calidad de vida en los escasos estudios realizados hasta el momento que incorporan la opinión y perspectiva de las propias personas con TEA.

Hemos visto como el desconocimiento y la caída de ingresos de la familia crean una combinación muy compleja y preocupante, pero además vemos como donde más bajo es el poder adquisitivo, más cara es la atención deseable. Vemos como EE.UU., que no ha ratificado la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, está promoviendo a través del **CDC**[incluir a las personas con discapacidad en planes de salud](http://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/programs.html). El resto de países de habla hispana, hayan o no firmado y ratificado la citada convención, realmente hacen caso omiso de la misma, no han llevado a cabo la modificación legal a la que se comprometieron y por supuesto, incumplen de forma sostenida los derechos de las personas con discapacidad. Este complejo panorama sumado a los aspectos previamente relatados genera graves problemas de exclusión social.

Nos encontramos además con viejas y nuevas situaciones. Por una parte, aquellos grupos poblacionales que históricamente se encontraban en riesgo de exclusión, como por ejemplo los miembros de determinados grupos étnicos, confesionales, mujeres, grupos marginales o personas en situación de pobreza, ahora vemos como mientras en América Latina se trabaja para reducir este efecto, en Europa asistimos a la creación de nuevos grupos de ciudadanos en exclusión social. Son los afectados por la crisis, familias que pertenecían a una clase media y que hoy, debido a la dura situación económica, han generado esa clase social de nuevos pobres. Asistimos a nuevos movimientos migratorios, aunque esta vez de este a oeste, ciudadanos del España que emigran al continente americano. Emigrantes que al llegar a América, en la mayoría de situaciones son recibidos con los brazos abiertos, recibiendo en sus carnes una importante lección de clase, respeto y humanidad, algo que por estos lares adoleció de grandes carencias, ya que mientras ciudadanos de América Latina llegaban a España en tiempos de bonanza, fueron considerados como ciudadanos de segunda por un determinado e importante sector de la población. Curiosamente al invertirse la situación, se ha producido un efecto importante, una lección de amor al otro, algo que aquí parecía haberse perdido. En general, parece que la vida social de los niños con TEA depende intensamente de sus familias. Habitualmente presentan una menor participación en la comunidad que sus iguales, tienen pocos momentos de ocio, pocas relaciones sociales fuera del instituto o centro educativo y menor relación con el sexo opuesto (D’ Eath, 2003).

Otros estudios ponen de manifiesto que salen o tienen menos contacto con amigos/as que el resto de sus iguales, reciben menos llamadas e invitaciones a actividades y tienen más probabilidades de verse socialmente aislados/as (Orsmond, 2013). Las dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales son mayores en las personas con TEA que presentan una discapacidad intelectual asociada, cómo puede afectar la ausencia de relaciones sociales significativas distintas a las familiares a la persona (especialmente cuando se llega a la vida adulta), es un aspecto sobre el que no se dispone de mucha información y que requiere una mayor investigación debido a las importantes repercusiones que puede tener (personales, familiares, etc.) para la vida de la persona, especialmente cuando los apoyos familiares desaparecen o se atenúan, . El 75% manifestó también que no tenía ningún amigo o amiga o que les resultaba muy complicado establecer relaciones de amistad. Otra de los aspectos relacionados con las relaciones interpersonales que ha recibido poca atención tanto desde el ámbito de la investigación como desde el desarrollo de sistemas especializados de apoyo, es el manejo de las relaciones de pareja al llegar a la vida adulta. Algunos autores destacan que la razón que ha explicado este escaso desarrollo de conocimiento o apoyos es la creencia errónea de que las personas con TEA no tienen un gran interés en establecer este tipo de relaciones y que tampoco son capaces de establecer o mantener vínculos románticos.

Pero la exclusión social, en el caso de las personas con autismo, y por extensión sus familias, sigue siendo una realidad a ambos lados del océano. Motivado por la pobreza inducida debido al ánimo legítimo de las familias a dar lo mejor a sus hijos, y sumado a escasas campañas de concienciación social y a malas políticas de apoyo social, vemos como millones de familias se ven relegadas a mendigar sus derechos, y rogar que se les tome en consideración. Un espectáculo muy triste en pleno siglo XXI. La protección social del ciudadano es un deber del Estado, y hacer política social no tiene nada que ver con el socialismo, son cosas diferentes, se puede tener un gobierno de la ideología política que sea y cumplirse a rajatabla la protección ciudadana.

L[a situación de la infancia](http://autismodiario.com/2014/06/25/espana-entre-los-juegos-del-hambre-y-los-tronos/), ya se advertía sobre el riesgo grave de exclusión social al que ya muchas familias se veían abocadas sobre [la importancia del entorno social en el desarrollo de los niños con autismo](http://autismodiario.com/2012/12/10/como-afecta-el-entorno-social-al-desarrollo-del-nino-con-autismo/), y este entorno social adecuado ha de ser motivado desde múltiples frentes. Sabemos que las políticas relativas a los aspectos socio-sanitarios de atención a las personas con autismo son claramente insuficientes, y en muchos países, claramente inexistentes. Vemos como desde niños a adultos, el sistema sanitario adolece de carencias inmensas a la hora de la atención adecuada y adaptada. En lo relativo a educación existe tal confusión que hay ya tantos sistemas y metodologías como personas. Apenas hay programas para atender esta situación.

Vemos como las personas con autismo y sus familias sufren en mayor o menor medida de exclusión social, incluso a veces esa [exclusión social puede ser auto inducida](http://autismodiario.com/2012/08/16/la-verguenza-social-y-el-autismo/), pero la conjugación de factores genera situaciones que inciden de forma nada positiva.

Entre las situaciones de exclusión social más frecuentes vemos:

* Empobrecimiento familiar
* Excesiva institucionalización de niños y adultos con autismo
* Poca o nula participación de las personas con autismo o de sus familias en la definición y diseño de planes de vida
* Problemas de acceso a profesionales en zonas rurales o alejadas
* Marcos legales no adecuados ni actualizados
* Poca o ninguna campaña pública de concienciación social
* Falta de unión entre las familias a la hora de la exigencia ante las instituciones públicas
* Modelos educativos obsoletos y que inducen a confusión
* Carencia de programas de atención socio sanitaria y de atención temprana
* Promoción de lo privado frente a lo público
* Carencia de programas de inclusión a la vida laboral
* Programas de salud sexual y de apoyo a la vida adulta
* Acceso a información fiel y contrastada
* Escasez de programas de ayuda y apoyo
* Promoción de mitos y estereotipos por parte de las propias administraciones

 En lo referido a la pobreza hemos visto como esta situación se está convirtiendo en algo casi crónico. A su vez, se tiende a apartar al niño o al adulto con autismo de la sociedad, ya sea en centros de educación especial, o en residencias, de forma que sean atendidos fuera del contexto social. Vemos como la participación de las personas con autismo o sus familias en la elaboración de los planes que les van a afectar directamente, tienen poca o ninguna representación, es más, en ocasiones, cuando lo intentan son adecuada y convenientemente apartados. El acceso a atención adecuada es casi imposible en zonas rurales o alejadas de los grandes centros urbanos, lo cual incluso motiva movimientos migratorios dentro de un mismo país, con todo lo que ello conlleva. Encontramos a su vez, que los gobiernos no han hecho casi ningún esfuerzo por integrar los puntos básicos que se encuentran en las declaraciones de derechos humanos, en la convención del niño o en la convención sobre discapacidad. Generando por tanto situaciones ilegales. A día de hoy, sigue existiendo una gran confusión entre modalidades educativas, [a pesar de que el modelo inclusivo es el que mejor resultado da](http://autismodiario.com/2014/09/16/con-la-rebelion-nace-la-conciencia/) y curiosamente el más económico. Quizá por eso tanto en lo educativo como en lo sanitario se promueven programas de atención privados, de forma que los de siempre puedan obtener jugosos beneficios a costa de las personas con autismo. A día de hoy, apenas existen programas para personas adultas destinados a una inclusión social y laboral, destinada a preservar la dignidad de estas personas como ciudadanos válidos y útiles. En la misma línea sucede con los programas de paso a la vida adulta y de educación sexual, siendo Cuba de los pocos lugares donde estos programas sí están contemplados claramente. Es extraordinariamente difícil poder obtener información relevante y útil, tanto desde el punto de vista de ayudas públicas como de metodologías o programas adecuados y validados. A su vez, la gran dificultad para poder acceder a los escasos programas de apoyo, tanto para la persona como para la familia.

Hablar de programas de vida independiente o de autodeterminación para las personas con autismo desde la exclusión social suena fatal, como a broma de mal gusto. ¿Cómo podemos hablar con una familia sobre programas de futuro cuando no tienen para subsistir dignamente? ¿Cómo vamos hablar de la exigencia de los derechos cuando no tienen acceso a las condiciones mínimas? No tenemos fuerza moral para hablar de la importancia del futuro cuando apenas se puede subsistir en el presente.

Por esta razón, demandan mayor conocimiento del TEA por parte de los servicios públicos sociales, y de las implicaciones que éste tiene para la persona por parte de los y las profesionales, de manera que puedan realizar no sólo diagnósticos adecuados de las complicaciones de salud sino que se atiendan sus necesidades específicas teniendo en cuenta las necesidades en el ámbito de la comunicación (especialmente en relación a la adaptación del lenguaje para que la información sea accesible) y con el entorno (adaptación de espacios, accesibilidad cognitiva). Asimismo, se demanda que la atención y disposición de la atención social tenga en cuenta las necesidades de las personas con TEA y responda a las mismas. En algunos casos se plantea también la conveniencia de contar con servicios de atención social especializada, que integren y/o coordinen la atención que precisa la persona.

**TEORÍAS DE IMPACTO EDUACTIVO SOBRE (TEA)**

Existen diferencias entre diversos autores sobre la definición de autismo, de acuerdo a la manifestación del trastorno que se resalte (trastorno en la comunicación-Kanner, trastorno en el lenguaje- Mazet y Lebovici). Vemos como la dimensión de inclusión social aparece desde las primeras concepciones sobre el diagnóstico.

Las personas con TEA suelen tener síntomas secundarios asociados tales como trastornos de alimentación, crisis epilépticas, impulsividad, hiperactividad, trastornos del sueño. Es frecuente observar conductas inadecuadas en las personas con TEA. Éstas pueden ser externas como llanto, gritos, berrinches o auto y heteroagresión, donde tienden a inhibir la acción: negativismo, retracción, etc. La intervención sobre la conducta inadecuada consiste en reemplazar la misma por otra más adecuada, enseñándole de esta manera a la persona una forma alternativa de comunicarse. Lo que llama la atención en los TEA no es el lenguaje limitado o la falta de éste relacionado con su edad, sino la ausencia de conductas sociales tan características del ser humano (Valdez, 2016). Esto abre el desafío de pensar sobre la inclusión educativa de estos niños, sus beneficios y dificultades en nuestro medio.

El desarrollo cognitivo de las personas con TEA presenta dificultades principalmente en el área de la imaginación y la capacidad de simbolización. En la mayoría hay una ausencia de juego simbólico y se dan patrones de juegos repetitivos Dichas dificultades y características se deben de tener en cuenta en el proceso de enseñanza de estos niños. (Rodríguez, Moreno y Aguilera, 2007).

Algunos estudios indagaron mediante la resonancia magnética el tamaño de la amígdala en niños de 2,5 años con riesgo de padecer autismo comparado con niños con desarrollo típico. Encontraron que los niños con autismo tenían sobre crecimiento amigdalino, desarrollándose antes de los 3 años (Schumann, Hamstra, Goodlin-Jones, Lotpeich, Knon, Buonocore, etal, 2004). Estos hallazgos permiten comprender las dificultades en la regulación emocional que presentan los niños con TEA. A nivel bioquímico se encontraron alteraciones en la transmisión se rotoninérgica y de otros neurotransmisores (Rogel-Ortiz, 2005).

Los tratamientos existentes para el autismo se dividen en farmacológicos y psicopedagógicos. En lo que refiere al tratamiento farmacológico, no se ha comprobado la eficacia de ningún fármaco para tratar todos los síntomas del autismo. El fármaco mayormente recetado es la ritalina, estimulante utilizado en los tratamientos de trastorno de déficit de atención/ hiperactividad (Edelson, sooff). El tratamiento psicopedagógico debe comenzarse lo más temprano posible y de forma multimodal: terapia del lenguaje, programas de socialización, estimulación sensorial múltiple (auditiva, somestésica y visual), terapia recreativa, etc. Cabe señalar que cuanto más temprano sea el diagnóstico y las estrategias de tratamiento, más favorable será el pronóstico (Rogel-Ortiz, 2005).

La educación en el tratamiento del niño con TEA tiene como finalidad mejorar sus habilidades comunicativas y su conocimiento social, y lograr que posea un mayor control de sus comportamientos como también una conducta adecuada al entorno. Al enseñarle un concepto o habilidad para ejecutar una tarea, se le debe entrenar en su uso de manera funcional, espontánea y adecuada (Universidad Internacional de Valencia). En los niños con TEA la pedagogía constituye la forma de intervención más Desde una postura actual Daniel Valdez expresa que "los programas de tratamiento deben apuntar a los aprendizajes funcionales, la autonomía, la autodeterminación y la inclusión educativa y social Referentes teóricos Educación inclusiva La educación inclusiva es un movimiento de ámbito mundial que ha ido cobrando importancia en los últimos años, especialmente desde que en 1994 la Declaración de Salamanca proclamara la inclusión como el medio más eficaz para educar a todos los niños y jóvenes en el sistema educativo ordinario, con independencia de sus dificultades individuales y sociales (UNESCO, 1994). A partir de la fecha, se ha procurado desarrollar escuelas que respondan a las necesidades educativas de todos los alumnos, sin dejar de reconocer sus diferencias individuales.

En la antigüedad y hasta principios del siglo XVIII las personas con discapacidad prácticamente no recibían atención, y en caso de recibirla eran considerados seres inferiores despojados de sus derechos. Durante los siglos XVIII y XIX se las segregó en instituciones para proteger a quienes eran “normales” y en el siglo XIX se crearon centros educativos especiales con el fin de poder atender mejor las necesidades especiales de niños y jóvenes con discapacidad (Chiner,2011).

A finales de los 50 y durante la década del 60 comenzó un cambio en el entendimiento de la educación de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales.

Se cuestionaron los centros de educación especial por excluir del sistema a aquellos alumnos que no aprendían como la mayoría. Luego se da un pasaje conceptual desde la integración, donde la diferencia como tener una discapacidad es un rasgo anormal, a la inclusión, donde la discapacidad es algo natural, una variación de un rasgo individual (Chiner, 2011).

Cabe señalar que el órgano de Naciones Unidas sostiene que para satisfacer el derecho delas personas con discapacidad a la educación: Los Estados deben garantizar que los maestros estén debidamente capacitados para educar a los niños y niñas en las escuelas regulares, así como los apoyos y medidas necesarias para que puedan alcanzar los mismos niveles de educación que sus compañeros sin discapacidad (Comité DESC, 1994) Asimismo la UNESCO (2003) plantea qué la educación inclusiva refiere a que todos los jóvenes y adultos de una comunidad aprendan juntos, sin importar su origen, condiciones personales, culturales o sociales, incluyendo a quienes tengan alguna discapacidad o problema de aprendizaje. Pocos años después, el Comité de los derechos del niño de las Naciones Unidas planteó en 2006 que para que se logre una educación inclusiva no basta con integrar los niños al sistema educacional, sino que es necesaria una adecuación de los programas y entornos escolares para atender las necesidades específicas de cada niño.

Sería interesante pensar lo que plantea Aguerrondo (2008) de abordar la educación inclusiva desde otra postura: expone el desafío de lograrla en el contexto de la globalización y la tecnología de la comunicación, ya que estos procesos generan nuevas formas de exclusión. También reconoce una creciente disociación entre las nuevas demandas de la sociedad y las limitaciones del actual sistema educativo. Dentro de los retos que afronta la educación inclusiva. López (2005) señaló: “Es preciso preparar al sistema educativo para el cambio y uno de los primeros elementos, imprescindible, es lograr la comprensión, preparación y comprometimiento del profesorado.

Los desafíos para lograr una educación inclusiva están relacionados con la disponibilidad de políticas destinadas a: lograr un currículo adecuado que facilite la comunicación dentro del sistema educativo, brindar diversas estrategias pedagógicas que atiendan a cada estudiante, facilitar el apoyo al profesor en el salón y comprender las necesidades de las familias, promoviendo su participación en la escuela. Uno de los retos al que se enfrenta el modelo educativo es garantizar que todos los alumnos escolarizados tengan acceso al conocimiento en las mejores condiciones (Marchesi, Blanco y Hernández, 2014)

Por un lado se expresa que la inclusión de un niño con necesidades educativas especiales conlleva tres beneficios para el resto de los alumnos: desarrollo de actitudes de aceptación y respeto hacia personas diferentes a uno mismo; desarrollo de habilidades de comprensión y ayuda; y fomenta la individualidad reconociendo el valor de nuestras propias características así como las de los otros.

Por otro lado también se plantea que hay instituciones que no se encuentran preparadas para la inclusión de un niño con TEA, ya que en muchos casos se escolariza al niño en una clase con 20 alumnos y sin los apoyos necesarios. El niño se enfrenta a la problemática que el maestro no está capacitado para enseñarle. En estos casos su inclusión no va a ser favorable, ya que el niño se encuentra en un contexto donde no lo entienden ni saben cómo tratarlo. Asimismo, Baron-Cohen y Bolton (1998) expresan que reunir varios niños con TEA en una misma escuela puede complicar aún más sus problemas, ya que tendrán menos posibilidades de realizar una interacción social normal, en comparación con una escuela normal. Así vemos como entorno al tema hay posturas disímiles, aceptando o rechazando dicha integración.

EXCLUSIÓN SOCIAL

Algunas dificultades para esta inclusión la vemos en que los maestros reconocen una sensación de soledad al no tener espacios para intercambiar vivencias y problemas de su ejercicio docente, tanto con sus pares como con otros profesionales.

Sin embargo si entramos en los detalles del país y por tanto de los diferentes grupos sociales podemos advertir que este IDH puede presentar muchos valores diferentes dentro de un mismo país. En el caso de las personas con autismo podemos encontrar que sí pueden tener una vida larga. Aunque quizá lo de saludable es muy cuestionable. El uso de medicamentos psiquiátricos para intentar reducir conductas en base a estos medicamentos es bastante habitual, aunque es sabido que no las eliminan ni las corrigen, tan solo pueden (en algunos casos) enmascararlas. A su vez, la educación de estas personas es en un gran porcentaje muy discutible, tanto es así que en las personas con A Autismo de Alto Funcionamiento acaba pasando incluso factura en su salud debido al acoso escolar que sufren, eso por no mentar los modelos de atención educativa de mala calidad a la que son sometidos decenas de miles de niños con autismo. Y sobre lo del nivel de vida digno, bien, pues si una persona pasa por lo anteriormente expuesto, no podemos decir que tenga un nivel de vida digno, es más, sufre de atentados continuados contra su dignidad como persona. Y esto es extensible a la familia, la cual además, va a empobrecerse económicamente, para mayor impacto global.

Las personas con autismo son también un indicador claro de la salud social. Y todo esto pasa por un modelo social que está fuertemente degradado, donde los aspectos claves, los llamados derechos humanos, impactan muy levemente. Podríamos decir que la calidad social viene dada por la calidad del cumplimiento y respeto hacia los derechos de todas las personas. Y que cualquier pequeña vulneración de estos derechos afecta primero a las personas que se hallan en una situación de mayor fragilidad. Aquellas quienes son más sensibles a la toxicidad social. Lo malo de todo esto es que sepamos más del impacto medioambiental de los líquenes que del impacto social de las personas con autismo.

Tristemente, quienes primero detectan las vulneraciones de los derechos, que posteriormente afectaran a todos, son ninguneados, excluidos y condenados al ostracismo. Si no respetamos los derechos fundamentales e inalienables de las personas con autismo y nada hacemos por preservarlos y mantenerlos de forma saludable, de mala forma podremos luego rasgarnos las vestiduras cuando nos quiten los nuestros, ya que en realidad, son los mismos.

Si entramos en los detalles del país y por tanto de los diferentes grupos sociales podemos advertir que este IDH puede presentar muchos valores diferentes dentro de un mismo país. En el caso de las personas con autismo podemos encontrar que sí pueden tener una vida larga. Aunque quizá lo de saludable es muy cuestionable. El uso de medicamentos psiquiátricos para intentar reducir conductas en base a estos medicamentos es bastante habitual, aunque es sabido que no las eliminan ni las corrigen, tan solo pueden (en algunos casos) enmascararlas. A su vez, la educación de estas personas es en un gran porcentaje muy discutible, tanto es así que en las personas con Asperger o Autismo de Alto Funcionamiento acaba pasando incluso factura en su salud debido al acoso escolar que sufren, eso por no mentar los modelos de atención educativa de mala calidad a la que son sometidos decenas de miles de niños con autismo. Y sobre lo del nivel de vida digno, bien, pues si una persona pasa por lo anteriormente expuesto, no podemos decir que tenga un nivel de vida digno, es más, sufre de atentados continuados contra su dignidad como persona. Y esto es extensible a la familia, la cual además, va a empobrecerse económicamente, para mayor impacto global.