ESTUDIO DE CASO

DESCUBRIENDO EL AUTISMO: AUTISMO Y SOCIALIZACIÓN

DISCOVERING AUTISM: AUTISM AND SOCIAL SKILLS

Lourdes Augustín Pérez[1]

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.

Barcelona, Cataluña, España

Mariona Llopart Rossell[2]

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.

Barcelona, Cataluña, España

RESUMEN

En este artículo sobre un estudio de caso, se expone el análisis del proceso de socialización de una niña con Trastorno del Espectro Autista (TEA), concretamente Autismo Atípico con TDAH asociado, así como la intervención en dicho proceso. El autismo provoca alteraciones en el lenguaje, la comunicación, el pensamiento y la interacción social. Por lo tanto, el normal desarrollo de la socialización en una persona se ve totalmente afectado por este trastorno. Será necesario establecer estrategias, actividades y herramientas para favorecer este proceso desde la infancia hasta la edad adulta; tanto en el ámbito escolar como en el familiar.

En el texto se presentan una serie de test y cuestionarios válidos, que no determinantes, para evaluar la hiperactividad y la inatención derivada de la misma; pues la alumna también está diagnosticada de TDAH e influye directamente en su proceso de socialización. Por otro lado, se incluyen recursos como el tablero de comunicación, técnicas como el aprendizaje cooperativo y tareas a través de la pizarra digital como la creación de un álbum de fotografías del aula; todo ello con el objetivo de favorecer las habilidades sociales y comunicativas de la niña y analizar su posible evolución. Los resultados de esta intervención así como las conclusiones obtenidas se recogen al final del presente artículo.

Palabras clave: TEA; autismo; trastorno; socialización; comunicación.

ABSTRACT

This article based on a case study, describes the analysis of the socialization process of a girl with Autistic Spectrum Disorder (ASD), in particular Atypical Autism with ADHD associated, as well as the intervention in this process. Autism causes alterations in language, communication, thinking and social interaction. Therefore, the normal progress of socialization in a person is totally affected by this disorder. It will be necessary to pose strategies, activities and learning tools to favor this process from childhood to adulthood; from the school to the family setting.

[1]*Correspondencia*: Lourdes Augustín Pérez. Correo electrónico: aplourdes@uoc.edu
[2]*Mariona Llopart Rossell*

The text presents some valid tests and questionnaires, which are not determinant, to evaluate hyperactivity and inattentive characteristics; because she is also diagnosed with ADHD. This aspect has a direct influence on her socialization process. On the other hand, there are resources such as the communication board, techniques such as cooperative learning and tasks through the digital whiteboard as the creation of a classroom's photographs album. The aim is to prioritise the social and communicative skills of the girl and analyze her possible progress. The results of this intervention as well as the conclusions obtained are at the end of this article.

Key Words: ASD; autism; disorder; social skills; communication.

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es un trastorno cada vez más relevante en España y el resto del mundo. El término autismo proviene del latín autismus, y del griego autós "uno mismo" e ismós "-ismo", tal y como establece el Diccionario de la lengua española, de la Real Academia Española; que quiere decir "encerrado en uno mismo". Si visitamos páginas web como "Elmundodelautismo", "Telesur" o "De10", podemos ver que son muchas las grandes personalidades que padecen y padecieron este trastorno: Albert Einstein o Isaac Newton, Mozart o Beethoven, Michael Phelps o Steve Jobs, entre otros.

Entre sus múltiples definiciones, la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, define el Autismo infantil como "un trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas" (sección de Autismo infantil, párr. único). El Autismo infantil viene integrado dentro de la categoría de Trastornos generalizados del desarrollo; que se caracterizan "por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades" (sección de Trastornos generalizados del desarrollo, párr.1). Además del Autismo infantil encontramos en esta categoría el Autismo atípico, Síndrome de Rett, Trastorno desintegrativo de la infancia, Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados, Síndrome de Asperger, otros Trastornos generalizados del desarrollo y el Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación. Por otro lado, aparece dentro de la categoría de "Trastornos generalizados del desarrollo" del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría, con el nombre de Trastorno autista; junto con el Trastorno de Rett, el Trastorno desintegrativo infantil, el Trastorno de Asperger o el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. En la versión actualizada de este manual, el DSM-V (2013), esta clasificación cambia. Ahora, como parte integrante de la categoría "Trastornos del neurodesarrollo", encontramos una subcategoría denominada "Trastornos del espectro autista"; que abarca todos los trastornos mencionados, exceptuando el de Rett.

Asimismo, la Asociación Americana de Psiquiatría (2000), afirma que el autismo es un trastorno del desarrollo neurológico que se define por un déficit de reciprocidad y comunicación social y por conductas repetitivas y restringidas inusuales. Por todo ello, podemos decir que es la discapacidad del desarrollo más severa; apareciendo durante los tres primeros años de vida. Algunas personas con autismo tienen intereses limitados, comportamientos extraños a la hora de comer o dormir, así como una tendencia a hacer cosas para autodañarse, como golpearse la cabeza o morderse las manos (Asociación Americana de Psicología, 2016).

Ya en el año 1943, Leo Kanner (como se cita en Artigas-Pallares y Paula, 2012) describe los primeros casos de autismo y sus síntomas: incapacidad o gran dificultad para relacionarse, importantes alteraciones en el lenguaje y aversión a los cambios; los cuales agrupa en dos categorías muy concretas: la soledad autista (déficits sociales y comunicativos) y el deseo de mantener la invariancia en el ambiente (inflexibilidad mental, adherencia a estímulos). El término que eligió para designar a la enfermedad había sido empleado por el psiquiatra Eugen Bleuler (como se cita en Cuxart, 2003) para describir una característica de la esquizofrenia: el ensimismamiento y la dificultad para relacionarse. Quizá, por ello, el autismo durante mucho tiempo estuvo asociado con las psicosis (Gallardo, 2012). Por su parte, Lorna Wing y Judith Gould (como se cita en Artigas-Pallares y Paula, 2012) fueron las primeras en introducir el término "espectro" en 1979. Con él describen un "continuo de posibilidades" y no una categoría, en el que se alteran un conjunto de capacidades y en el que los síntomas son heterogéneos; lo que implica que individuos con un mismo diagnóstico puedan variar enormemente en sus características externas (FESPAU, 2012). Wing propone lo que se conoce como "Tríada de Wing":

- Trastorno de reciprocidad social (socialización).
- Trastorno de comunicación verbal y no verbal (comunicación).
- Ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa (imaginación).
- Patrones repetitivos de actividad e intereses (conducta).

En esta línea, Ángel Rivière (como se cita en Ventoso y Brioso, 2014) también hace importantes aportaciones al Trastorno del Espectro Autista a través del Inventario del Desarrollo del Espectro Autista (IDEA). Este autor establece cuatro escalas, las cuales se corresponden con los apartados de Lorna Wing ya citados. Cada una de ellas se define a través de tres dimensiones que representan todo el espectro, posibilitando la puntuación de las diferencias en el desarrollo de cada una de ellas.

En cuanto a su prevalencia, este trastorno afecta aproximadamente al 1% de la población (Baron-Cohen et. al. 2000). Siguiendo la Asociación Internacional de Autismo-Europa (2016), 1 de cada 100 personas está afectada por el Trastorno del Espectro Autista y, en el mundo, 5 de cada 10.000. En España, siguiendo los estudios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estaban diagnosticadas en 2005 unas 25.000 personas y, más concretamente, en Andalucía han sido detectadas unas 3.500; según la Federación Autismo Andalucía (2016). Ahora bien, no se encuentran diferencias en función de la clase social, raza, étnia o cultura, pero sí que es mayor la afectación entre los hombres (FESPAU, 2012; Federación Autismo Andalucía, 2016). El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC's Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network, 2012) de los Estados Unidos, establece en sus estudios sobre la población norteamericana que 1 de cada 68 niños/as hasta los 8 años es diagnosticado de TEA; manteniendo que la prevalencia es 4,5 veces mayor en niños que en niñas (Christensen et. al., 2016). Así pues, el CIE-10 afirma que "el trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas" (sección de Autismo infantil, párr.1).

El origen del TEA sigue siendo desconocido. Actualmente se considera un síndrome multicausal que integra factores genéticos, neurológicos y sociales; aunque todavía no sea evidente cuáles son y cómo interactúan entre ellos (Muniz et al., 2016). Siguiendo a Gallardo (2012), "tradicionalmente se pensó que era una enfermedad estrictamente psicológica y se creyó, incluso, que su origen residía en la falta de afecto de los padres" (p.12). Actualmente, los especialistas atribuyen al autismo un origen genético y ambiental. De acuerdo con la médica psiquiatra Silvia Panighini, "cuando hablamos del ambiente, lo decimos en sentido amplio, incluyendo la crianza, pero también las condiciones del embarazo y el parto, así como las infecciones y los componentes tóxicos del ambiente" (como se cita en Gallardo, 2012, p.12). Pero hasta la fecha, no existe evidencia científica alguna que pruebe que estos factores puedan ser los causantes del trastorno. No obstante, "el autismo es considerado por los expertos como el más

“genético” de los trastornos neuropsiquiátricos en la infancia” (Federación Autismo Andalucía, 2016, sección de Preguntas frecuentes: ¿Cuáles son las causas del autismo?, párr.3). Se sabe con seguridad que influye la genética, pues hay una mayor incidencia en determinadas familias y una alta coincidencia entre los gemelos univitelinos (Autismo la Garriga, 2016).

Para conocer y estudiar más a fondo este trastorno, los especialistas comentan que, desde una perspectiva neurobiológica, sería fundamental definir las regiones cerebrales que están más gravemente afectadas. Identificadas dichas regiones, serán más comprensibles los tipos de alteraciones y se podrán desarrollar estrategias para la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento (Lord et. al., 2000). Por otro lado, se han de tener en cuenta aspectos de la cognición social, como la importancia o interpretación de las expresiones faciales o la apreciación del ángulo de la mirada; pues están marcadamente deteriorados en los sujetos autistas (Baron-Cohen et. al., 2000). De todo ello se deduce que una comprensión de los sistemas cerebrales responsables de la cognición social podría ser predictiva de regiones de disfunción cerebral en el TEA (Lord et. al., 2000).

Tal como hemos visto, el autismo es un trastorno del desarrollo que afecta la relación social, la comunicación y la flexibilidad del pensamiento, aspectos básicos que se presentan de muy diversas formas y medidas. Por lo que cabe insistir en que más que considerar el autismo como una entidad estrictamente definida, se debe contemplar un espectro autista; que abarca desde individuos inteligentes, con una aceptable integración social, hasta personas severamente retrasadas y con escasas relaciones sociales (Artigas, 1999). Recapitulando, teniendo en cuenta la Federación Autismo Andalucía (2016):

> El autismo es una condición que afecta el modo que una persona ve el mundo, procesa la información y actúa recíprocamente con otras personas […]. Aunque un grupo de personas con TEA tiene dificultades de aprendizaje, otros tienen capacidades intelectuales iguales o superiores a la media. Se define como una profunda alteración de diferentes funciones del sistema nervioso central, que configuran este trastorno como una discapacidad diferente con entidad propia y generando unas necesidades de tratamiento específico y especializado. Diferentes investigaciones sostienen su origen biológico. Estamos ante una discapacidad de expresión múltiple que se nos presenta como un verdadero continuo en cuanto a grados y niveles, con una gran variedad de expresiones clínicas y conductuales, dada la diversidad de niveles intelectuales que oscilan entre la discapacidad intelectual profunda y niveles normales e incluso superiores de inteligencia. Tal abanico de realidades ha llevado a manejar en la actualidad el concepto de Trastornos del Espectro Autista. Estas alteraciones afectan a varios ámbitos del desarrollo: interacción social, lenguaje, comunicación y el pensamiento (sección de ¿Qué son los TEA?, párr.1).

El caso que se presenta en este trabajo corresponde a una niña de 7 años (G.S.), que presentaba retraso evolutivo, retraso generalizado del lenguaje e hiperactividad en la escuela infantil. Posteriormente, fue diagnosticada con Trastorno del Espectro Autista. Dado que este trastorno afecta al establecimiento de relaciones sociales y a la comunicación, tal como hemos mencionado, analizaremos en este trabajo las características personales y ambientales, y la intervención que se está llevando a cabo en el ámbito escolar con G.S.; con el objetivo de investigar su proceso de socialización. Esto es, cómo se produce y evoluciona su desarrollo socio-afectivo en diferentes situaciones y contextos, y en interacción con los demás.

Caso clínico

Resumen de la anamnesis

La alumna G.S. vive con su madre y se relaciona con la familia materna. La madre trabaja en el servicio del hogar y por su horario deja a la niña en el aula matinal y comedor, hasta las tres que la recoge. Acude al centro cuando se le llama en horarios compatibles con su trabajo. Ésta, después del diagnóstico de Autismo y TDAH ha empezado a darse cuenta de la problemática de su hija. La hiperactividad que tiene, la falta de una adecuada planificación del tiempo y de actividades, hacen que la niña en casa llegue a ser muy disruptiva; sobre todo en vacaciones o fin de semana.

G.S., ha sido atendida en un CAIT desde 2011. En 2012-2013, estuvo en el aula de educación especial de un CEI. Actualmente está escolarizada en un CEIP concertado en el 1º ciclo de Formación Básica Obligatoria y su nivel de competencia curricular es de primer ciclo de Educación Infantil. Forma parte de un aula específica de Educación Especial junto con otros cuatro alumnos/as y recibe atención de su maestra-tutora especialista en Pedagogía Terapéutica, de una maestra de audición y lenguaje (3 sesiones semanales) y la atención del educador o monitor de educación especial. Sale de esta aula para recibir atención logopédica.

Según informes psicopedagógicos anteriores, G.S. fue diagnosticada de Trastorno del desarrollo psicológico por Retraso Madurativo; pero no figura dicho informe en el expediente académico. El informe clínico que aporta la madre al centro establece el diagnostico de Autismo Atípico F84.1 CIE-10 como principal y TDAH F90 como secundario; con tratamiento de atomoxetina 25mgr y risperidona 2’5ml. Continuará con revisiones de Salud Mental en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la provincia.

En cuanto a las características cognitivas, motoras, sensoriales, comunicativas y lingüísticas, sociales y afectivas de la alumna, se describen a continuación:

- Desarrollo cognitivo. Su atención es muy lábil y tiende a levantarse con rapidez si no se está trabajando o realizando algo que le guste mucho (pintar, juegos de construcción o escuchar canciones con soporte visual). Conoce los colores, sólo los básicos, y los nombra en su lenguaje. Reconoce formas (cuadrado, triángulo, círculo) y dice su nombre. Hace clasificaciones por un criterio básico. Empareja imágenes sencillas. Trabaja con imágenes y pictogramas. Reconoce números hasta el diez, pero no tiene concepto de cantidad. Reconoce las vocales.

- Desarrollo motor. A nivel motor grueso, no presenta dificultad. Se desplaza de forma autónoma, corre, salta, sube y baja escaleras con soltura. En las sesiones de psicomotricidad no para un instante y disfruta con estas actividades. Iniciada en coger una pelota y devolverla. Tiene imitación motora gruesa según el nivel de atención. Es diestra pero a veces sigue utilizando también la izquierda. Empuña el lápiz y garabatea. Colorea en una superficie cerrada pero se sale. Repasa trazos. Hace bolitas de papel y las pega. Realiza rompecabezas de cuatro piezas conocidos. Gira nerviosamente las manos de forma continua. Tiende a colocar ambos dedos meñiques sobre los anulares.

- Desarrollo comunicativo y lingüístico. No presenta intencionalidad en la comunicación, sólo indica necesidades muy básicas. Tiene dificultad en las praxias. No sopla. Reconoce y nombra objetos y algunas acciones básicas. Comprende y realiza órdenes cotidianas sencillas. Hace demandas utilizando la holofrase. Carece de estructura de frases. Responde utilizando “sí” y “no”.

- Desarrollo social y afectivo. Reconoce y nombra a los niños de su aula y los de su mesa de comedor, así como a los adultos cercanos. Sin embargo no interacciona con el alumnado, no juega ni en el aula ni en el recreo. Va a su aire, corretea y busca a los adultos y compañeros. Reclama constantemente atención pero en el colegio no presenta problemas de conducta a excepción de su gran hiperactividad; ya que el

tiempo y las actividades estas estructuradas. En la casa la madre refiere que no para ni un minuto, no juega sola y llama constantemente la atención.

- Otros. Come sola. Se viste y se desnuda a excepción de botones. Cuelga el abrigo en la percha. Controla esfínteres. Puede ir sola al baño si lo tiene cerca. Se lava las manos y las seca. No es autónoma para el desenvolvimiento en la vida cotidiana, necesitando ayuda.

Datos de la evaluación psicopedagógica

- **Profesional que lo realiza**: orientadora de referencia en colaboración con la maestra de Audición y Lenguaje, la tutora y educadora
- **Fecha de inicio y fin**: 18/04/2016-30/04/2016
- **Motivo de la evaluación**: se realiza debido a que la madre aporta un nuevo informe clínico de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, con juicio clínico de Autismo atípico F84.1 CIE-10 como principal y TDAH F90 como secundario. Después de este juicio, la madre se cuestiona la escolarización de su hija en un Aula de Educación Especial de alumno TEA. Por ello, se pide la valoración del EOEE especializado en TEA.
- **Certificado de minusválida**: 45%.
- **Instrumentos de recogida de información**: Informe Servicio de Neonatología (09/2009-10/2009-10/2011); Informe clínico de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (01-2016); Informe EOEE especializado en TEA (03/2012 y 02/2015); CAIT (06-2012); Inventario de Desarrollo Battelle; pruebas no estandarizadas de logopedia; entrevista con la madre y el profesorado; observación e intervención directa de la niña**.**
- **Número de sesiones**: 6

Método

La metodología que se va a desarrollar es cuantitativa (pues se aplican cuestionarios, test o escalas), pero sobre todo cualitativa (ya que la observación directa y sistemática es la técnica esencial, además de tener en cuenta la experiencia personal, emociones y sentimientos), y se llevará a cabo durante la jornada escolar diaria. Para que el método sea efectivo, se tienen en cuenta aspectos tan importantes como los que siguen; de acuerdo con Rojas (1982) (como se cita en González, 2009, p.51-52):

- Utilizar el sistema de pictogramas ARASAAC y el programa “PictoSelector” para la elaboración del material.
- Estructurar los aprendizajes y guiarlos de forma paciente y sistemática.
- Usar un lenguaje claro y conciso.
- La modelación e imitación como técnicas primordiales.
- Alternar actividades internas y externas al aula, activas y pasivas.
- Emplear el tablero de comunicación para visualizar y recordar las rutinas.
- El juego como recurso principal.

La colaboración de la maestra-tutora, entre otras, es esencial en todo el proceso para aplicar los cuestionarios y test a la alumna y participar en la planificación y puesta en práctica de las diferentes actividades y juegos; pues son mayoritariamente cooperativos y se necesita de todo el alumnado del aula e incluso externo. Se intenta que la madre colabore aportando información o realizando alguna actividad en casa, pero son muy pocas las probabilidades de éxito.

En primer lugar, se aplica un test[3] basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TDAH, con la finalidad de valorar la hiperactividad de la alumna; pues ésta afecta a su proceso de socialización (Fundación CADAH, 2012). Dicho test se realiza on-line por las maestras y de él se obtiene una valoración que, por supuesto, no tiene validez formal ni es concluyente; pero sí orientativa. En esta misma línea, se pasa el cuestionario[4] abreviado de conducta de Conners (1997) para profesores; que mide factores como: oposicionismo, desatención, hiperactividad-impulsividad y un índice global de TDAH (García, 2014). En la tabla 1, encontramos la relación existente entre los factores que mide este cuestionario con los diferentes ítems a evaluar por las docentes (Erford, 1996). Por último, se aplica el Cuestionario de Conductas problemáticas para Preescolares de Miranda y Santamaría (CCP) (1986); que evalúa: hiperactividad-inatención, irritabilidad-bajo control, agresividad y ansiedad (2014).

En segundo lugar, ya que la alumna dispone de un tablero para la comunicación en el aula (con las rutinas y tareas escolares), se propone la ampliación del mismo o la elaboración de uno similar; con el objetivo de que nos aporte información sobre sí misma y sus propios compañeros/as. Para ello, se elaboran tarjetas con la fotografía de todas aquellas personas que están en contacto directo con G.S. y se distribuyen por el tablero. Además de éstas, se utilizan las del anterior y se emiten preguntas concretas a la alumna para comprobar si es capaz de relacionar personas y actividades. Por ejemplo: se coloca en la parte superior del tablero la tarjeta con el pictograma de los puzles y, a continuación, se le pregunta: ¿con quién quieres realizar el puzle? Esto se repite varios días y con distintas cuestiones para analizar si siempre selecciona a la misma persona o si, por el contrario, lo hace al azar. De esta manera se puede ver con qué alumnos/as tiene mayor o menor afinidad; siempre y cuando la alumna se muestre receptiva.

En tercer lugar, se utiliza el aprendizaje cooperativo; al que también se le conoce, según Slavin y Calderón (2000), como aprendizaje entre iguales, a partir del principio educativo de que para un niño el mejor maestro es otro niño (como se cita en Cuéllar, 2015, p.263). Con esto se pretende que la alumna se relacione con todos para así poder observar cómo actúa y cómo/con quién se comunica. Las actividades y juegos cooperativos que se proponen (tabla 2), se repiten varias veces a lo largo de la semana o del mes, incluyendo variaciones. Una vez que la alumna asimile las normas de un juego se irán introduciendo los demás. Para trabajar estos juegos, siguiendo a Cornago (2010), se tienen presentes dos ideas (como se cita en Cuéllar, 2015, p.265):

- Estructuración: primero, se muestra a la alumna un pictograma con la orden verbal. Al principio, el adulto ayuda a la alumna y, posteriormente, lo hace el alumnado para fomentar conductas de ayuda y cooperación, hasta que domine el juego y se divierta con él. En todo momento se refuerzan positivamente los logros alcanzados.

- Generalización: se trata de que la alumna sea capaz de aplicar lo aprendido a través del juego en otros contextos y situaciones. Por ejemplo: aprende a participar, a interactuar y a aceptar a los demás en los juegos; lo que le va a permitir repartir materiales, pasar lista, guardar y ordenar, pedir ayuda, etc. También es primordial el refuerzo positivo.

Tabla 1: CTRS-28 Newly Derived Item-Factor Relationship

---

[3] *Test para TDAH basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/realiza-el-test-dms-iv-tr.html).*

[4] *Cuestionario de conducta de Conners para profesores (http://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id_doc=165).*

Factores	Ítems
Déficit de atención/hiperactividad	1, 2, 3, 4, 7, 8, 14, 15, 16, 21
Oposicionismo	5, 12, 17, 19, 23, 24, 25, 27
Labilidad emocional	6, 10, 11, 26, 28
Retirada pasiva	9, 13, 18, 20

Fuente: Erford, 1996

Tabla 2: Actividades y juegos cooperativos para analizar el proceso de socialización

NOMBRE	TEMPORALIZACIÓN	AGRUPAMIENTOS	OBJETIVO
El periódico	10 minutos	Parejas	Trabajar la expresión corporal y la atención
Dominó del Monstruo de colores	15 minutos	Pequeño grupo	Reconocer colores y emociones
Pizarra digital	30 minutos	Pequeño grupo	Utilizar las TIC y respetar el turno
Acción-reacción	30 minutos	Grupo-clase	Fomentar la colaboración y comprender situaciones
Fiesta del otoño	Toda la mañana	Gran grupo	Convivir con todo el alumnado del centro

Fuente: elaboración propia

Resultados

Para evaluar la hiperactividad y la falta de atención de la alumna, en un primer momento, se han empleado los test o cuestionarios mencionados anteriormente. Son aplicados por cuatro maestras del centro, todas ellas en contacto con la alumna: la maestra-tutora[5], la maestra de apoyo[6], la maestra en prácticas I[7] y la maestra en prácticas II[8]. Aplicadas las diferentes pruebas, se obtienen los siguientes resultados:

- Test basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TDAH: teniendo en cuenta los criterios del manual (anexo), el resultado obtenido en el test en todos los casos es: “No presenta síntomas de TDAH”. Con lo cual, de forma orientativa en función del mismo, se podría afirmar que la alumna no posee el trastorno en sí; pero no la exime de presentar síntomas de éste como es la desatención o la hiperactividad. Ítems como el “a”, “f” y “h” (desatención) o el “a”, “b” y “c” (hiperactividad) han sido

[5] *Diplomada en Pedagogía Terapéutica y Psicopedagogía. Máster de Audición y Lenguaje.*
[6] *Graduada en Magisterio de Educación Primaria con mención en Educación Especial.*
[7] *Cursa el grado en Educación Primaria con mención en Educación Especial.*
[8] *Diplomada en Magisterio de Educación Infantil. Máster de Dificultades de Aprendizaje y Trastornos del Lenguaje (UOC-Universitat Oberta de Catalunya).*

seleccionados por las 4 docentes como conductas que realiza la alumna constantemente. Por lo tanto, a pesar del resultado obtenido, la niña ha sido previamente diagnosticada por profesionales de TDAH y, en este caso, solo nos sirve para corroborarlo.

- Cuestionario abreviado de conducta de Conners para profesores: se compone de dos partes; la primera, *Índice global o de hiperactividad*, integrada por 10 ítems, y la segunda, *cuestionario de conducta*, que comprende 28 ítems. En general, para obtener el índice global se suman las puntuaciones obtenidas, teniendo en cuenta que se han de asignar los puntos en función de cuatro categorías de respuesta: nada (0 puntos), poco (1 punto), bastante (2 puntos) y mucho (3 puntos). Después, se atenderá a este criterio: para las niñas entre los 6-11 años, una puntuación >12 significa sospecha de Déficit de Atención con Hiperactividad. En el caso del cuestionario se realiza de la misma forma. Los resultados obtenidos por todas las docentes se presentan en la tabla 3 de este trabajo; en la que podemos confirmar una vez más que la alumna tiene conductas propias del trastorno mencionado, pues las puntuaciones superan el 12.

- Cuestionario de Conductas problemáticas para Preescolares de Miranda y Santamaría (CCP): para completarlo, se responde a los diferentes ítems teniendo en cuenta que: sí, son 2 puntos; algunas veces, equivale a 1 punto y no, se corresponde con 0 puntos. Las puntuaciones obtenidas por las docentes al aplicar este cuestionario se encuentran también en la tabla 3 y, asimismo, vuelven a afirmar el diagnóstico.

No obstante, lo importante en todos los casos no será la puntuación numérica, sino el análisis de los distintos ítems señalados por las docentes; los cuales demuestran que la alumna posee conductas y síntomas de hiperactividad, inatención y escasas habilidades sociales. Todo ello, es esencial a la hora de evaluar el proceso de socialización de G.S., ya que afecta directamente al mismo.

En segundo lugar, se amplía el tablero de comunicación de la alumna incluyendo tarjetas con las fotografías del alumnado del aula (3 niños y dos niñas, incluida G.S.). Con ello se pretende que la alumna responda a preguntas directas sobre sus compañeros/as para saber si comprende dichas cuestiones y conocer si muestra apego por ciertos niños/as o responde de forma aleatoria. Para ello, se practica este cuestionario de manera informal a lo largo de la rutina diaria de la clase, cada dos días durante dos semanas. Los resultados obtenidos son favorables en cuanto a que la alumna reconoce, nombra y señala a todos sus compañeros/as pero, por el contrario, no responde a las cuestiones. Se limita a señalar y decir el nombre del alumnado, pero si se le pregunta lo único que hace es repetir los nombres sin criterio alguno.

Sin embargo, a lo largo de las semanas, se comprueba que muestra cierto apego hacia uno de los niños porque repite su nombre y se acerca a él continuamente. Por ejemplo, cuando se pasa lista, ella siempre nombra a este alumno el primero y reiteradamente, y después continua con los demás aunque necesita ayuda; cuando llega al aula por la mañana, dice el nombre de los demás conforme llegan, pero si es este alumno se pone eufórica, le abraza, grita su nombre… Cuando se levanta de su asiento constantemente, se dirige a este niño; bien para señalarle y decir su nombre, bien para darle un “beso” o bien para molestarle o incluso agredirle. Dada esta situación, no queda claro si realmente la alumna tiene un vínculo especial con el alumno. Esto mismo ocurre con una alumna de otra clase, a la cual también tiene un gran apego; pero los motivos de éste siguen siendo desconocidos. Asimismo, el contacto con la otra alumna de la misma aula es frecuente; pero la diferencia es que, en general, son acercamientos inadecuados. Muestra un alto grado de agresividad hacia ella, llegando a golpearle, pellizcarle o arañarle sin motivo alguno. Se relaciona con el resto de la clase y conoce perfectamente sus nombres, pero son menores los acercamientos.

En cuanto a las actividades y juegos cooperativos propuestos en el apartado anterior, los resultados obtenidos son dispares y confusos; pues la alumna muestra una mayor participación en

función de la actividad a realizar y de cómo se sienta ese día. Ha pasado por momentos de mucho estrés y nerviosismo, así como por un cambio de medicación; lo cual ha afectado al adecuado estado físico y mental de la pequeña. A continuación, se recogen los datos obtenidos en cuanto a la socialización de la alumna en las diferentes actividades:

- El periódico: este juego se realiza por parejas. Consiste en bailar al ritmo de la música sobre una hoja de periódico. Ésta se va haciendo cada vez más pequeña, pues paramos la canción para doblar el papel; lo que implica que ambos componentes tengan que juntarse cada vez más para no salir del periódico. Se permite a la alumna que elija su pareja, pero como no actúa, se le asigna una al azar. El juego comienza y G.S. no comprende lo que hay que hacer o no quiere hacerlo y se queda quieta; el compañero le mueve las manos para bailar con ella. Cuando hemos doblado el papel dos veces empieza a ponerse nerviosa, a gritar y soltar las manos del compañero. Ya no quiere jugar. Volvemos a intentarlo con otro alumno pero ya no se muestra participativa. Entonces es cuando la tutora hace la actividad con ella y consigue terminarla. Ésta le aporta tranquilidad y confianza, es la única capaz de calmarla y de conseguir que trabaje o se involucre; pero generalmente, no es capaz de estar en pareja.

- Dominó del Monstruo de colores: se trata del juego tradicional del dominó, pero basado en el personaje “El monstruo de colores” (Llenas, 2012); el cual hemos estado trabajando en muchas actividades. Situados en pequeño grupo (3 jugadores) se reparten las diferentes tarjetas y comienza la partida. La maestra-tutora ayuda a G.S. pero sólo a poner la tarjeta cuando le toque, ya que reconoce los colores y sabe dónde situarla. El juego transcurre con normalidad y la alumna parece motivada y tranquila. Tiene dificultad para entender el turno; no interrumpe a los compañeros/as en este caso, pero tampoco pone la tarjeta cuando le corresponde.

- Pizarra digital: es un recurso habitual y muy útil en el aula. Se realizan actividades de todo tipo como videocuentos, cuentos interactivos, canciones, encontrar parejas, puzles y rompecabezas, tocar instrumentos, dibujar, juegos de asociación, juegos matemáticos, hacer un álbum del aula con fotografías de las actividades, etc. Todos los juegos y actividades van encaminados a fomentar las socialización, la participación y respetar el turno. G.S. se muestra muy animada y participativa en todo lo relacionado con la pizarra digital. Es un recurso que le gusta mucho y con el que no se muestra alterada. No surgen conflictos con el alumnado, pudiendo trabajar conjuntamente.

- Acción-reacción: tomando como base las actividades propuestas por Campuzano y Montoya (2009) para fomentar la socialización del alumnado autista, se realizan varias adaptaciones de las mismas con esta alumna:

  - El alumnado del aula recibe la instrucción de comenzar a bailar libremente con la música, ¿cómo reacciona G.S.? Se pone a bailar, a su manera, junto con los demás. Se comprueba una vez más su gusto por la música. Se repite esta actividad pero sin música, deben imaginarla. G.S. se queda quieta, no interactúa.

  - La maestra en prácticas I dramatiza una situación en la que se encuentra muy triste y comienza a llorar, ¿cómo reacciona G.S.? Se acerca despacio, mirándose las manos, la señala. La maestra-tutora le pregunta que qué le pasa y ella no contesta, sólo la señala. Es evidente que reconoce el sentimiento de la maestra y llama la atención de los demás para que la veamos; pero ella no hace nada.

  - Dejamos unas galletas encima de la mesa y cuando va a acercarse a ellas, se le dice “no”. Vuelve a intentar acercarse y se le repite “no”. Acto seguido se enfada, va hacia la maestra-tutora y la golpea; pero se le vuelve a repetir “no”. Ante la prohibición o negación G.S. se muestra agresiva y da gritos. Cuando quiere algo es muy insistente y llora si no consigue su cometido.

- Uno de sus compañeros se acerca a darle un beso, ¿cómo reacciona? En función de la persona y el momento, ella da otro “beso” (y digo “beso” porque sólo acerca sus labios a la cara de la otra persona y se queda inmóvil durante unos segundos) o responde de manera agresiva.

- Fiesta del otoño: se organiza en el centro educativo la fiesta del otoño, con una temática medieval. En ella participa todo el alumnado realizando los diferentes juegos y talleres o bien dirigiéndolos. En nuestro caso, somos participantes. Desde el primer momento en el que salimos del aula, G.S. se muestra nerviosa, inquieta, no me suelta de la mano. Conforme pasa el día, se agobia más y más con la aglomeración de gente, tiene conductas disruptivas con todo el que se le acerca y se va del grupo en cualquier ocasión. Debemos estar muy pendientes y atentas a ella. Por lo general, no colabora si no se lo pide la maestra-tutora; la cual la acompaña y la tranquiliza durante la mañana.

Tabla 3: Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario abreviado de conducta de Conners para profesores y en el CCP

	Maestra/tutora	Maestra de apoyo	Maestra en prácticas I	Maestra en prácticas II
Índice global o de hiperactividad (10 ítems)	21	16	15	23
Cuestionario Conners (28 ítems)	47	46	30	44
CCP	63	59	69	68

Fuente: elaboración propia

Discusión y Conclusiones

A lo largo de este trabajo, se ha presentado el caso de G.S., una niña con TEA y TDAH asociado que muestra síntomas diagnósticos de este trastorno, como los definidos en la introducción por el CIE-10 (1995) o la Asociación Americana de Psiquiatría (2000): comportamiento anormal, falta de interacción social y de comunicación, déficit de reciprocidad, aversión a los cambios y presencia de conductas repetitivas y restrictivas. Este último aspecto se manifiesta en la alumna por medio del giro nervioso de las manos, colocación de los dedos meñiques sobre los anulares, pronunciación continuada de “sí” y “no”, incapacidad para permanecer sentada en su asiento o los saltos frecuentes. Con ello, se confirma lo que Kanner (1943) detectó en los primeros casos de autismo, manteniéndose éstos síntomas hasta la actualidad. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, se establece como objetivo principal de este estudio investigar el proceso de socialización de esta niña: cómo se produce y evoluciona en diferentes situaciones y contextos, y en interacción con los demás.

Para ello, en una primera fase de la intervención, las maestras que trabajamos con la alumna aplicamos una serie de test para conocer de forma orientativa su grado de hiperactividad. Tras los resultados obtenidos, aunque no son muy concretos numéricamente hablando, podemos concluir que la alumna presenta claros síntomas de hiperactividad; lo que afecta a su vida cotidiana y sobre todo al establecimiento de relaciones afectivas y a la adquisición de habilidades

sociales. En cambio, quiero mencionar que ha sido un largo y costoso proceso el encontrar test, escalas o cuestionarios para evaluar de forma gratuita tanto la hiperactividad como los síntomas del autismo. Existen muchas pruebas válidas para realizar esta valoración pero no se puede disponer de ellas fácilmente. Otro problema encontrado, ha sido a la hora de interpretar los resultados de los cuestionarios y test aplicados; ya que provienen de los originales (que son de pago) y no se dispone de suficiente y clara información para poder aplicarlos e interpretarlos libre y correctamente. Creo que son recursos importantes y valiosos que deberían estar al alcance de cualquier docente sin coste alguno; permitiendo detectar tempranamente aspectos como los mencionados.

En la segunda fase de la intervención, se procedió a la ampliación del tablero de comunicación de la alumna con las fotografías de sus compañeros/as; con el objetivo de obtener información acerca de si los reconoce realmente y se identifica con alguno de ellos; o si, por el contrario, los señala o nombra aleatoriamente. Se ha podido comprobar que la alumna reconoce y nombra a todos los niños y niñas y que, además, muestra cierta preferencia por algunos de ellos. En estos casos, su semblante es tranquilo y muy alegre; es capaz de realizar actividades y juegos con su ayuda, les ofrece caricias y “besos”, los nombra o llama su atención constantemente, entre otras cosas. En cambio, muestra conductas disruptivas hacia una alumna en concreto, por motivos actualmente desconocidos. Quizá influya el hecho de que son únicamente dos alumnas en el aula y la pueda llegar a ver como una “rival”. Pero a día de hoy, no se conocen hechos o acontecimientos concretos del porqué de este comportamiento obsesivo-agresivo. En torno a este tema, he observado durante mis días de prácticas cómo se comporta socialmente esta alumna, sin tener en cuenta la actividad o tarea a realizar. Es una niña extremadamente alegre, siempre tiene una sonrisa; excepto cuando cambia repentinamente su estado de ánimo llegando a ser muy disruptiva. Se relaciona con todo el alumnado del aula y se muestra afectiva, pero los verdaderos protagonistas de su vida social en la escuela son los alumnos mencionados y las docentes que trabajamos con ella a menudo. No acepta la negación ni las reprimendas; pasa de un estado de rabia total con agresiones, a llorar desconsoladamente. Debido a sus múltiples conductas agresivas no es aceptada por la mayoría del alumnado del centro; huyen de ella, la esquivan, no le hacen caso. Por lo tanto, en el patio no se relaciona, está sola o en compañía de algún docente.

En una tercera y última fase, se han desarrollado una serie de juegos y actividades cooperativas, con la finalidad de valorar la capacidad de relación social de G.S.: si puede trabajar en diferentes agrupamientos o cuáles de ellos son los más apropiados; si interactúa voluntariamente con el alumnado o hay que motivarla a ello y cómo actúa ante diferentes situaciones. Como ya se ha comentado, los resultados obtenidos son confusos, porque las características personales de la alumna han afectado directamente al proceso. No obstante, se puede afirmar que las actividades en gran grupo o las aglomeraciones no son las más indicadas para la niña. Ante ellas se muestra insegura, nerviosa, agresiva, se evade, busca lugares tranquilos y llama la atención de aquellas personas que son de su total confianza; generalmente la maestra-tutora. En contraposición, los juegos en grupo-clase o pequeño grupo son mucho más favorables para G.S.; ya que participa, colabora y se involucra, aunque siempre hay variaciones de actitud. Por lo general, es una niña integrada en el grupo-clase con la que se cuenta para la realización de cualquier actividad. Se debe potenciar aún más el establecimiento de relaciones afectivas dentro del aula, para que se sienta segura y confiada con todo el alumnado y pueda así llegar a tener actitudes muy positivas con respecto a los demás. Se ha de buscar en todo momento la ampliación de su círculo social, pero al mismo tiempo se le ha dejar espacio de trabajo y reflexión personal. Por otro lado, somos conscientes de que no es capaz de controlar sus emociones y sentimientos; es por esto por lo que responde o actúa de manera impulsiva y agresiva ante la negación, ante las exigencias y ante las actitudes de los demás. Aún no es capaz de trabajar individualmente o en parejas; necesita la ayuda constante del adulto.

Como podemos observar, tras este proceso de intervención se puede afirmar una vez más que nos encontramos ante un espectro y no una categoría, de acuerdo con Wing y Gould (1979); pues se encuentran alteradas en la alumna un conjunto de capacidades y habilidades diversas que desembocan en síntomas heterogéneos y que afectan directamente al proceso de socialización de esta niña. Sin embargo, como vimos al inicio de este artículo, FESPAU (2012)

afirma que aunque dos niños/as posean el mismo diagnóstico, los síntomas pueden presentarse de maneras muy diferentes. Por lo tanto, se podría comprobar que estos aspectos varían de un individuo a otro comparando, por ejemplo, el caso de G.S. con el de otros alumnos/as; lo cual sería interesante como futuro objeto de estudio.

Finalmente, cabe mencionar a la madre de la alumna; a la cual no se le ha dado un protagonismo especial. Esto se explica porque desde un principio, no se ha mostrado participativa en el aula y menos aún en el estudio de este trabajo. Se ha intentado contactar con ella por diferentes vías, pero dada su situación personal ha sido imposible contar con su colaboración. G.S. tiene un gran apego a su madre, hace referencia a ella continuamente en el aula; lo que demuestra que es capaz de sentir y de emocionarse, de apreciar y de mostrar cariño, de socializar "a su modo". Podría haber sido muy interesante esta conexión familiar para obtener información más precisa y abordar conclusiones más concretas sobre el proceso de socialización de la alumna; ya que, tal y como mencionaba Panighini (como se cita en Gallardo, 2012), la influencia que ejerce el ambiente tanto social como familiar (crianza, embarazo, parto, infecciones, etc.) es decisiva en el posterior desarrollo de la niña. Para otros estudios se recomienda tratar de implicar por todos los medios a la familia, pues es muy valiosa en todo proceso evaluador.

Dados los resultados del presente estudio, se plantean otras alternativas para trabajar desde el contexto escolar o familiar, con la intención de que la alumna adquiera habilidades sociales; imprescindibles para que su proceso de socialización evolucione favorablemente. Algunas de las alternativas podrían ser:

- Programa "Superheroes Social Skills" (Jenson et. al., 2011) o similar; destinado a mejorar las habilidades sociales de los niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista.

- Entrenamiento en habilidades sociales; teniendo en cuenta estudios como el de González y Kamps (1997). En breves sesiones escolares se pretende trabajar con el alumnado con TEA diferentes habilidades sociales a través de: imitación, seguimiento de instrucciones, saludos y despedidas, pedir ayuda, pedir el turno, nombrar, etc.

- Utilización de aplicaciones educativas como Picaa, Sígueme o NEE; las cuales incluyen juegos y múltiples actividades que esta alumna puede compartir y enseñar a sus compañeros/as, fomentando así la socialización.

- Fomentar la inteligencia emocional (Goleman, 2010); como herramienta y recurso para trabajar la expresión y la comprensión de las emociones y los sentimientos propios y ajenos.

- Trabajar la musicoterapia o la terapia asistida con animales (TAA), ampliamente conocidas por su aplicación con este tipo de trastorno.

Posterior al uso o introducción de estos u otros recursos en la vida de la niña, podrían llevarse a cabo nuevos estudios respecto a si favorecen o no el proceso de socialización; elaborando un análisis completo del proceso de aplicación llevado a cabo y los resultados obtenidos. Asimismo, como se dijo al inicio de este trabajo, se podrían investigar aspectos de la cognición social como la interpretación de las expresiones faciales o la mirada (Baron-Cohen et. al., 2000); ya que la comprensión de los sistemas cerebrales responsables de la socialización puede ser pronóstico de regiones de disfunción cerebral en este trastorno (Lord et. al., 2000).

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2016). *Autism*. Washington, DC: American Psychological Association.

Artigas, J. (1999). El lenguaje en los trastornos autistas. *Revista de Neurología*, 28 (2), 118-123.

Artigas-Pallares, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. doi: 10.4321/S0211-57352012000300008

Autism-Europe (2016). *Diagnostic criteria*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2016, de http://www.autismeurope.org/about-autism/diagnosic-criteria/

Autismo la Garriga (2016). *Etiología y prevalencia del Autismo y el Trastorno del espectro autista (TEA)*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2016, de http://www.autismo.com.es/autismo/etiologia-y-prevalencia-del-trastorno-del-espectro-autista.html

Baron-Cohen, S, Tager-Flusberg, H y Cohen, D. (2000). *Understanding other minds*. Oxford: Oxford University Press.

Campuzano, S.B. y Montoya, M.I. (2009). Manifestación de los procesos de socialización en el autismo. Manizales: Centro de estudios avanzados en niñez y juventud, Universidad de Manizales-Cinde.

Christensen, D. L., Baio, J., Braun, K. V. N., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J. N., et.al. (2016). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR. Surveillance Summaries*, *65*(3), 1-23. doi: https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6503a1

Conners, C.K. (1997). *Conners' Teacher Rating Scale-Revised Manual*. Nueva York: Multi- Health Systems.

Cuéllar de Lucas, Y., Pérez-Brunicardi, D. y De la Iglesia, M. (2015). Enseñanza cooperativa como instrumento para la inclusión de un niño con Trastorno de Espectro Autista (TEA) mediante juegos cooperativos en un aula de Educación Infantil. *Revista Arbitrada del CIEG-Centro de Investigación Y Estudios Gerenciales*, *21*, 259-271. Recuperado el 5 de Diciembre de 2016, de http://www.grupocieg.org/archivos_revista/Ed. 21 (259-271) Cuéllar de Lucas y otros - septiembre 2015_articulo_id213.pdf

Cuxart, F. (2003). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Aljibe.

Erford, B.T. (1996). Analysis of the Conners' Teacher Rating Scale-28 (CTRS-28). *Psychological Assessment*, 3(1), 27-36. Maryland: Loyola College.

Federación Autismo Andalucía. (2016). *Los TEA: Epidemiología*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2016, de http://www.autismoandalucia.org/index.php/los-tea/epidemiologia

FESPAU. Confederación Española de Autismo. (2012). *Autismo-TEA: Trastorno del Espectro Autista*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2016, de http://www.fespau.es/autismo-tea.html

Fundación CADAH. (2012). *Realiza el Test TDAH*. Recuperado el 1 de diciembre de 2016, de http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/realiza-el-test-dms-iv-tr.html

Gallardo, S. (2012). *Estudian una posible causa del autismo*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires Recuperado el 5 de Diciembre de 2016, de http://www.uba.ar/ubasalud/noticia.php?id=6

García, J., Grau, C., y Garcés, J. (2014). Cuestionarios TDAH para profesores. Un análisis desde los criterios del DSM-IV-TR y DSM-V. *Reop*, *25*, 62-77, doi: https://doi.org/10.5944/reop.vol.25.num.1.2014.12013

Goleman, D. (2010). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

González, A. y Kamps, D. (1997). Social Skills Training to Increase Social Interactions Between Children with Autism and Their Typical Peers. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 12(1), 2-14.

González, F. (2009). *Sistema de actividades para propiciar el desarrollo de la socialización en el niño autista.* Cuba: Instituto Superior Pedagógico Rafael María de Mendive.

Goyette, C. H., Conners, C. K. y Ulrich, R. F. (1978). Normative data on Revised Conners' Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221- 236.

Jenson, W., Bowen, J., Clark, E., Block, H., Gabrielsen, T., Hood, J., et. al. (2011). *Superheroes Social Skills*. Eugene, OR: Pacific Northwest.

Llenas, A. (2012). *El monstruo de colores*. Barcelona: Flamboyant.

Lord, C., Cook, E. H., Leventhal, B. L., Amaral, D. G., Abell, F., Krams, M., et. al. (2000). Autism spectrum disorders. *Neuron*, 28(2), 355-363. doi: https://doi.org/10.1016/S0896-6273(00)00115-X

Miranda A. y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades en el aprendizaje*. Valencia: Promolibro.

Muniz, R. N., Barros, I. M., Collet, N., Pereira da Silva, A., de Souza, V. L. y Mendonza, A. (2016). Infantile autism: Impact of diagnosis and repercussions in family relationships. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(3). doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572

Organización Mundial de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (décima revisión). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Ventoso, R y Brioso, A. (2007). Ángel Rivière: la búsqueda del sentido en la clínica de autismo. *Infancia y aprendizaje*, 30(3), 413-437. doi: 10.1174/021037007781787444

Real Academia Española. (2016). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2016, de http://dle.rae.es/?id=4QrvrKS

Fecha de entrega: 24/01/2017

Fecha de revisión:

Fecha de aceptación:

Anexo

Criterios para el diagnóstico del TDAH en el DSM-IV-TR

A. Existen 1 o 2:

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:
(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad
(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
(f) a menudo habla en exceso Impulsividad
(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
(h) a menudo tiene dificultades para guardar tumo
(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Fuente: APA, 2000