



Facultad de Psicología

Trabajo de fin de grado
Modalidad 1
“Trabajos de revisión bibliográfica”

Caracterización del
Trastorno de Asperger

Autor del TFG

Joel Corredera Pérez

Grado en Psicología
Año 2021

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Psicología

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Método.....	11
Resultados.....	13
Discusión.....	27
Conclusiones.....	28
Referencias bibliográficas.....	30
Índice de tablas.....	34
Índice de anexos.....	61
Índice de figuras.....	78

Resumen

En la actualidad, el Síndrome de Asperger (SA) desaparece como entidad diagnóstica independiente; su sustitución por el término “TEA grado 1” no es del todo adecuada dadas las diferencias entre ambos trastornos, lo que dificulta, en gran medida, el tratamiento de ambos. Por ello, en este trabajo se pretende visibilizar la importancia de no suprimir la etiqueta de SA. Con esta finalidad, por un lado, se realiza una revisión bibliográfica de diversas publicaciones cuyo contenido sea sobre el Asperger o el TEA para, así, obtener información relevante sobre ambos trastornos; y, por otro, a partir de esa información, se elabora un cuestionario destinado a recabar datos sobre las características típicas del TEA en niños de Educación Primaria. Dicho instrumento, además de incluir las características diagnósticas del TEA, también incorpora otras dimensiones cognitivas, así como también tiene en cuenta aspectos más contextuales, como la familia y la escuela. De acuerdo con la información seleccionada y la analizada en el citado cuestionario, cabe afirmar que el funcionamiento cognitivo es el ámbito menos estudiado de forma completa, así como que los entornos escolar y familiar suelen satisfacer la mayoría de las necesidades del niño/a con TEA. Como conclusión se destaca la necesidad de realizar más estudios que analicen el funcionamiento cognitivo del TEA de forma exhaustiva para poder identificar diferencias importantes entre sujetos con TEA y ajustar más individualmente la intervención.

Palabras clave:

“Asperger”, “Asperger e Interacción Social”, “Asperger y Cognición”, “Asperger y Familia”, “Asperger y Escuela”.

Número de palabras del trabajo:

8382.

Resumo

Na actualidade, a síndrome de Asperger (SA) desaparece como unha entidade de diagnóstico independente; a súa substitución polo termo "TEA grao 1" non é totalmente adecuada dadas as diferenzas entre os dous trastornos, o que fai moi difícil o tratamento de ambos. Por esta razón, este traballo trata de visibilizar a importancia de non suprimir a etiqueta SA. Para iso, por unha banda, realízase unha revisión bibliográfica de varias publicacións cuxo contido sexa sobre a Asperger ou o TEA, para obter información relevante sobre ambos trastornos; e, por outra, en base a esta información, elabórase un cuestionario para recoller datos sobre as características típicas do TEA en nenos de primaria. Este instrumento, ademais de incluír as características diagnósticas do TEA, tamén incorpora outras dimensións cognitivas, ademais de ter en conta aspectos máis contextuais, como a familia e a escola. Segundo a información seleccionada e a analizada no citado cuestionario, pódese afirmar que o funcionamento cognitivo é a área menos estudada, así como que os entornos escolares e familiares adoitan satisfacer a maioría das necesidades do neno con TEA. En conclusión, ponse de manifesto a necesidade de máis estudos que analicen exhaustivamente o funcionamento cognitivo do TEA para poder identificar diferenzas importantes entre suxeitos con TEA e axustar a intervención de xeito máis individual.

Nº de palabras chave:

“Asperger”, “Asperger e Interacción Social”, “Asperger e Cognición”, “Asperger e Familia”, “Asperger e Escola”.

Nº de palabras do traballo:

8382.

Abstract

At present, Asperger's Syndrome (AS) disappears as an independent diagnostic entity; his substitution by the term "ASD grade 1" is not entirely adequate given the differences between the two disorders, which makes it very difficult to treat both. For this reason, this work tries to make visible the importance of not suppressing the SA label. To this end, on the one hand, a bibliographic review of various publications whose content is on Asperger's or ASD is carried out in order to obtain relevant information of both disorders; and, on the other, based on this information, a questionnaire is prepared to collect data of the typical characteristics of ASD in primary school children. This instrument, in addition to including the diagnostic characteristics of ASD, also incorporates other cognitive dimensions, as well as taking into account more contextual aspects, such as family and school. According to the information selected and that analyzed in the aforementioned questionnaire, it can be affirmed that cognitive functioning is the area least fully studied, as well as that school and family environments usually satisfy most of the needs of the child with ASD. In conclusion, the need for more studies that exhaustively analyze the cognitive functioning of ASD is highlighted in order to be able to identify important differences between subjects with ASD and to adjust the intervention more individually.

Keywords:

"Asperger", "Asperger and Social Interaction", "Asperger and Cognition", "Asperger and Family", "Asperger and School".

Introducción

Con la inclusión del Síndrome de Asperger (SA), en el DSM-5 (2014), dentro del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) (Harris, 2014 (citado en González-Alba et al., 2019)), se dificulta la comunicación y el trabajo entre los especialistas, dada la imprecisión diagnóstica que supone el término TEA grado 1 “necesita ayuda”, en sustitución del diagnóstico de SA (González-Alba et al., 2019). Pues de acuerdo con Tsai y Ghaziuddin (2014) (citado en González-Alba et al., 2019), existen diferencias cualitativas y cuantitativas, lo que complica la comprensión patológica y atención socioeducativa que reciben los SA (Timini, 2014 (citado en González-Alba et al., 2019)). Por ello, se hace necesario el estudio específico del SA a fin de visibilizar la necesidad de no suprimir esta entidad diagnóstica.

El Síndrome de Asperger es uno de los trastornos recogidos en el DSM-IV-TR (2002), integrado en el apartado “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD), en el cual, también se incluye el “Trastorno Autista”, entre otros. El SA es descrito en función, principalmente, de dos criterios: el A y el B, que son, respectivamente, una alteración cualitativa de la interacción social, y unos patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados. El criterio C establece el malestar clínicamente significativo en las diferentes áreas vitales; el criterio D refiere que en el Asperger no existe retraso general del lenguaje; el E afirma la ausencia de retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo, ni de las habilidades de autoayuda propias de la edad, con comportamiento adaptativo y curiosidad por el ambiente y, finalmente, el criterio F sostiene que, para el diagnóstico, es indispensable que no se cumplan los criterios de cualquier otro TGD ni de la esquizofrenia.

Con la llegada del DSM-5 (2014), desaparecen el SA y del “Trastorno Autista”, entre otros. En sustitución, aparecen los “Trastornos del Neurodesarrollo”, entre ellos, está el llamado “Trastorno del Espectro del Autismo” (TEA), destacando el DSM-5 su diagnóstico prioritario sobre el SA, el trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo. (DSM-5, 2014, p. 51).

Con respecto a las diferencias y semejanzas entre el DSM-IV-TR y el DSM-5, ambos siguen manteniendo la interacción social y los patrones restringidos de comportamiento como criterios principales de diagnóstico (A y B). En el caso del criterio A, en ambos manuales, los síntomas son prácticamente los mismos, aunque explicados con

palabras diferentes, además de que en el DSM-5 se explica el concepto de “reciprocidad social y emocional” (DSM-5, 2014, p. 50), mientras que el DSM-IV-TR menciona que hay ausencia de ésta, sin especificarla más. Con respecto al criterio B, también hay una diferencia a destacar, y ésta, es que en el DSM-5 aparece un cuarto “subcriterio” (DSM-5, 2014, p. 50).

En relación al resto de criterios, la única semejanza existente es que sigue presente el malestar clínicamente significativo causado; desaparece el criterio sobre la ausencia de un retraso general del lenguaje clínicamente significativo; también el criterio que afirmaba sobre la inexistencia de un retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo y del desarrollo de las habilidades de autoayuda propias de la edad, acompañado de un comportamiento adaptativo y de curiosidad acerca del ambiente durante la infancia. Y, por último, al desaparecer los TGD, tampoco está el criterio del Asperger que mencionaba la prioridad de éstos sobre dicho trastorno en caso de que se cumplieran los criterios de uno de ellos, así como también su relación con la esquizofrenia.

Otra diferencia es la inclusión de una serie de “Especificadores” en el TEA, incluyendo si (i) va acompañado o no de un déficit intelectual, (ii) va acompañado de un deterioro o no del lenguaje, (iii) si está asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos, (iv) si está asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento y, (v) si va acompañado de catatónia.

Finalmente, para terminar con las diferencias entre estos manuales, en el DSM-5, el TEA se puede diagnosticar de “Grado 1”, “Grado 2” o “Grado 3”, yendo desde el más leve (Grado 1) hasta el más grave (Grado 3). Para saber de qué grado se trata, se tiene en cuenta el nivel de alteración de las áreas de los criterios A y B.

El DSM-5 (2014) establece cinco criterios diagnósticos del TEA. El criterio A destaca las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, como la frustración de no saber iniciar o mantener una interacción social; en la comunicación no verbal, como la dificultad para comprender gestos no verbales; y en las relaciones sociales, como los cambios de comportamiento en diversos contextos sociales, pues los TEA siguen un mismo patrón de comportamiento. Es necesario que se cumplan los tres aspectos del criterio A para poder hacer el diagnóstico. Respecto al criterio B, recoge características como los movimientos repetitivos estereotipados, inflexibilidad en las rutinas, intereses restringidos hasta desarrollar por ellos un interés obsesivo, y sensibilidad extrema o muy baja a estímulos sensoriales, y se deben cumplir dos de sus cuatro aspectos. El criterio C afirma que los

síntomas aparecen en los inicios del desarrollo, aunque tampoco descarta su manifestación cuando las demandas sociales superen las capacidades de los individuos con TEA; el criterio D sigue sosteniendo la importancia del malestar clínicamente significativo; y, finalmente, el criterio E afirma que no se deben cumplir los criterios de una discapacidad intelectual ni del retraso global del desarrollo para poder diagnosticar TEA, permitiendo la comorbilidad en caso de que la comunicación social esté por debajo del nivel general de desarrollo (DSM-5, 2014, p. 51), junto a la posibilidad de incluir especificadores en el diagnóstico.

Con todo, se puede afirmar, generalmente, que los avances con relación al estudio del Asperger son significativos, especialmente, en sus tres grandes dimensiones: la interacción social, la rigidez comportamental y del pensamiento, y el lenguaje y la comunicación. Los estudios que abarcan estas tres sintomatologías son innumerables: investigaciones, revisiones bibliográficas, intervenciones, etc. Y todos ellos son muy representativos en aspectos como las edades tratadas, el nivel de gravedad del trastorno, entre otros. No obstante, hay otros ámbitos en los que los estudios sobre el Asperger escasean, como el ámbito cognitivo, el familiar y el escolar, pues no están presentes en los criterios diagnósticos ni del DSM-IV-TR (2002) ni del DSM-5 (2014), y son campos que pueden estar afectados en el Asperger, por lo que debido a esa falta de estudios, probablemente no se sabrá cómo intervenir en estos ámbitos en individuos con SA.

En lo que respecta a la aparición y desarrollo del Asperger de acuerdo con la edad, Fernández-Jaén et al. (2007) (citados en Díez Álamo, 2018), destacan la importancia de un diagnóstico precoz, pues un diagnóstico precoz puede mejorar los síntomas y que se implante una adecuada intervención individualizada. Además, esto beneficia en gran medida a padres y profesores, para que sean conocedores anticipados de las manifestaciones que usualmente suelen aparecer en la trayectoria vital de un individuo con SA.

Respecto a la aparición y desarrollo evolutivo del TEA, y según el DSM-5 (2014), lo más común es que los síntomas se detecten durante el segundo año de vida, pues esa es la edad en la que los niños/as con TEA suelen perder sus habilidades sociales y del lenguaje, pérdidas que son raras en otros trastornos y que, por tanto, constituyen una “señal de alerta de TEA”. Por otro lado, también es cierto que, en casos con retrasos muy graves del desarrollo, puede que se observen los síntomas antes de los 12 meses o, incluso, a partir de los 24 en caso de ser síntomas leves.

Los primeros síntomas se manifiestan, frecuentemente, en forma de un retraso en el desarrollo del lenguaje, normalmente acompañado de un desinterés por la interacción social o por la rareza de ésta, y patrones de juego y de comunicación inusuales; y, durante el segundo año de vida, estos patrones son cada vez más comunes, inhabituales e intensos en la etapa preescolar.

Durante los primeros años escolares, los síntomas son cada vez más evidentes, y en la infancia más tardía tiene lugar una mejoría en algunas áreas deficitarias, como la interacción social, y en la adolescencia, una pequeña proporción sufre un deterioro, mientras que el resto sigue progresando.

En la edad adulta, una minoría vive y trabaja de manera independiente, gozando, normalmente de mayores capacidades lingüísticas y de encontrar un trabajo adecuado a sus intereses y capacidades. No obstante, siguen siendo individuos socialmente frágiles, empleando la mayoría de ellos estrategias de afrontamiento o de compensación para mostrar una imagen socialmente deseable, pero que requiere demasiado estrés y esfuerzo. Además, también pueden mostrar dificultades de organización práctica sin ayuda y tendencia a la ansiedad o a la depresión. Por otro lado, es conveniente destacar que no es en absoluto extraño el diagnóstico de TEA durante la adultez, algo que puede ser debido, por ejemplo, a un detrimento de las relaciones en el entorno familiar o laboral. Finalmente, respecto a la edad avanzada, actualmente se posee escasa información.

Aunque es evidente la gran cantidad de conocimiento que se posee acerca del curso evolutivo del TEA, también se debe mencionar que sobre el curso evolutivo del Asperger no hay apenas información, dada su supresión como entidad diagnóstica.

En relación con los aspectos más ambientales del TEA, dos de los entornos más importantes son el familiar y el escolar. En el caso de la familia, de acuerdo con Giné (2001) (citado en Baña, 2015), el diagnóstico supone un gran impacto emocional, requiriendo sus miembros de una gran cantidad de ayuda y asesoramiento. Por otro lado, normalmente buscan información acerca del desarrollo y salud de su hijo/a, demandando una mayor cantidad de recursos y servicios, (Guralnick, 1997;1998) (citado en Baña, 2015). Con todo, frecuentemente se preocupan tanto por el presente como por el futuro de su hijo/a (Paniagua, 1999) (citado en Baña, 2015). En definitiva, es fundamental que la familia desarrolle estrategias de superación y de comprensión hacia el trastorno con la ayuda de profesionales especializados (Junta de Andalucía, 2001).

En cuanto al ámbito escolar, según Bauer (2006) (recuperado en 2015 por FA España), la mayoría de los TEA suelen ingresar en un centro educativo ordinario, aunque también pueden recalar en un centro de “NNE” (Necesidades Educativas Especiales) si presentan dificultades severas. Aunque suelen tener problemas en la comunicación social (Andrade Ruiz, 2011), y con sus áreas obsesivas, sin embargo, progresan en lectura mecánica y cálculo, mientras que la escritura se les hace dificultosa en los primeros años escolares. Con todo, es fundamental que el centro se adapte, todo lo posible, a las necesidades educativas del niño/a con TEA, siendo conocedores de sistemas alternativos de comunicación y acerca del trastorno, así como también una colaboración con el departamento de orientación del centro para implantar una adecuada intervención educativa (Xunta de Galicia, 2016).

De acuerdo con lo anteriormente comentado, los objetivos que se persiguen en este trabajo son, como objetivo general, comparar los aspectos deficitarios del TEA de acuerdo con sus grados de afectación. Mientras que los objetivos específicos, son:

- Analizar las principales dimensiones psicológicas deficitarias del TEA.
- Especificar las características académicas del niño/a con TEA.
- Conocer el impacto familiar ante la presencia de TEA.

Conforme a los objetivos planteados, en primer lugar, se describe la metodología seguida en este trabajo, comentándose la estrategia de búsqueda bibliográfica empleada para localizar aquellas publicaciones que contribuyen a completar los conocimientos sobre las características de cada uno de los tres grados del TEA. A su vez, se comenta cómo cada uno de estos influyen en las diversas dimensiones psicológicas deficitarias del TEA y, al mismo tiempo, el impacto que éstas tienen sobre las esferas académica y familiar de los niños/as diagnosticados.

También, de acuerdo con dichos conocimientos, se describe el diseño y elaboración de un cuestionario destinado a la recogida de información sobre las dimensiones psicológicas anteriormente mencionadas, con el principal objetivo de comparar los datos obtenidos en el cuestionario con los criterios diagnósticos del TEA. Además, también se incluyen dimensiones psicológicas no tratadas en el DSM-5 (2014), pero que pueden estar afectadas en el TEA, siendo estas las funciones ejecutivas, la atención y la memoria. De esta manera, se obtiene información acerca del funcionamiento de estas áreas en casos de TEA, pues puede ser muy relevante para futuras investigaciones e intervenciones sobre este trastorno.

Seguidamente, se sintetizan los resultados obtenidos mediante un análisis descriptivo de los datos encontrados con la finalidad de analizar la tendencia de los conocimientos actuales sobre el TEA. E, igualmente, se describen los resultados alcanzados mediante la aplicación del cuestionario. A continuación, se realiza la discusión de los resultados, destacando su alcance, solidez y relevancia, señalando las implicaciones para el trabajo y para futuras investigaciones, así como también, se comentan las principales limitaciones de este TFG. Y, por último, se extraen las conclusiones más pertinentes en relación con los objetivos del trabajo.

Método

Con el objetivo de encontrar la información relevante para la temática del trabajo, se siguió una estrategia “sistemática” de búsqueda bibliográfica, iniciando, previamente, una “búsqueda inicial”, mediante una primera aproximación al volumen total de publicaciones sobre la temática, seleccionar las bases de datos más adecuadas y las palabras clave a utilizar.

Las bases de datos empleadas fueron “Dialnet”, “PsycInfo”, “Google Académico” y “Eric”, con las siguientes palabras clave: “Asperger”, “Asperger and Interacción Social”, “Asperger and Comunicación”, “Asperger and Cognición”, “Asperger and Atención”, “Asperger and Memoria”, “Asperger and Familia” y “Asperger and Escuela”.

A continuación, se llevó a cabo la “Búsqueda Sistemática” con las bases de datos de “Dialnet” y “Google Académico”, pues en “PsycInfo” y “Eric” no se encontraron publicaciones.

Para realizar una adecuada selección, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: con el fin de evitar escoger publicaciones que hoy en día puedan quedar obsoletas para los conocimientos actuales, fueron seleccionados, únicamente artículos publicados entre los años 2010 y 2020; artículos limitados a la lengua castellana, para facilitar una mayor comprensión de los mismos (destacar que la mayoría de los artículos citados en este trabajo son citas fuera del intervalo 2010-2020 y algunos están en inglés, pero cuya citación está justificada debido a que aparecen citados en artículos en castellano y publicados entre 2010 y 2020); publicaciones acerca de la influencia en el ámbito familiar, escolar y personal del Asperger, así como también aquellos que tratasen una descripción de las características

psicológicas de este trastorno. Por último, también se estableció el empleo de, únicamente, publicaciones indexadas, esto es, encontradas sólo en bases de datos. Como criterios de exclusión, se estableció no emplear artículos que incluyesen información acerca de otros trastornos del neurodesarrollo, así como también publicaciones divulgativas.

Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión, fueron seleccionados, como artículos preliminares, un total de 25 publicaciones, de las cuales, acabaron siendo descartados 16, quedando 9 artículos en la selección definitiva, además de otro proporcionado por la tutora de este trabajo, quedando 10 en total, en algunos de ellos se han citado autores que ya venían mencionados en los artículos empleados. La justificación y selección de las publicaciones está gráficamente mostrada en el diagrama de flujo PRISMA (ver Figura 1). Además, también se buscaron una serie de protocolos oficiales sobre el TEA con el fin de completar más la información encontrada en los artículos. Se emplearon los protocolos de hasta cuatro comunidades autónomas (Galicia, Andalucía, el País Vasco y la Comunidad de Madrid).

Una vez seleccionada la lista de artículos definitiva, con la información de estos, se elaboró una tabla con las áreas deficitarias más características del TEA, y en cada una de esas áreas se incluyó la información más relevante de los artículos seleccionados (ver Tabla 1).

Una vez elaborada dicha tabla, se procedió al diseño del *Cuestionario para el Análisis de las Dimensiones Psicológicas Deficitarias Presentes en el Trastorno del Espectro Autista – CADPDTEA-*. Este cuestionario fue realizado con el principal objetivo de obtener información lo más representativa posible sobre el TEA en edades mayoritariamente propias de la etapa educativa de Educación Primaria, pues fue la etapa de la que más contenido se encontró en los artículos. Además, el cuestionario también fue elaborado para obtener datos acerca de las dimensiones psicológicas anteriormente mencionadas y que el DSM-5 no trata.

En la primera parte del cuestionario, se establecieron las instrucciones correspondientes para su adecuada cumplimentación, así como también la razón por la que se ha realizado el mismo.

A continuación, se realizó un apartado opcional a cubrir, que incluye los datos de identificación del niño/a con TEA y de sus familiares o, en su caso, tutores/as legales. En el caso del niño/a diagnosticado, se preguntó acerca de sus variables de identificación, el motivo de consulta y las variables de historia personal y evolutiva. Respecto a los familiares, se

preguntó acerca de la edad y profesión de los padres, y de si el niño/a tiene hermanos/as, cuántos tiene en caso afirmativo y su puesto en edad entre ellos/as.

Después, se elaboraron cada una de las ocho dimensiones integrantes del cuestionario, siendo estas, las siguientes: *Interacción Social, Patrones Restringidos de Comportamiento, Lenguaje y Comunicación, Funciones Ejecutivas, Atención, Memoria, Familia y Escuela.*

Una vez elaboradas las dimensiones, se indicó al final del cuestionario sobre el cumplimiento absoluto de la Ley de Protección de Datos actual y de otras consideraciones éticas. (Para un análisis completo del *Cuestionario para el Análisis de las Dimensiones Psicológicas Deficitarias presentes en el Trastorno del Espectro Autista*, ver Anexo 1).

El CADPDTEA se aplicó a 22 sujetos. La aplicación la realizaron unas psicólogas clínicas que trabajan especialmente con sujetos afectado de TEA.

Resultados

En primer lugar, se describen los resultados de las publicaciones seleccionadas en la búsqueda bibliográfica acerca de las características principales de las áreas deficitarias del TEA. Y, en segundo lugar, se comentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del *Cuestionario para el Análisis de las Dimensiones Psicológicas Deficitarias presentes en el Trastorno del Espectro Autista*.

Resultados de la búsqueda bibliográfica

Interacción social

De acuerdo con Campos Jiménez (2018), los Asperger son personas a las que les cuesta entender el funcionamiento de las reglas sociales, destacando sus conductas en este ámbito por su ínfimo nivel de deseabilidad social, lo que los lleva a frustrarse y a perder interés por las relaciones sociales, presentando así tendencia a la soledad (Rivieré, 2001).

No obstante, el interés social suele aumentar con la edad, y en caso de desarrollarlo, tendrán problemas en la reciprocidad social, esto es, no corresponden lo comunicado por los interlocutores ni empatizan con ellos, no anticipando las posibles

consecuencias negativas de sus acciones. En definitiva, desean tener amistades, pero no saben cómo hacerlas (Thomas et al., 1998).

Debido también a esta falta de entendimiento de las reglas sociales, suelen ser ingenuos, lo que lleva a que, por ejemplo, sean blancos fáciles de bromas o agresiones. Sin embargo, esto puede servir también como factor de protección, pues pueden contar con el apoyo de amigos a los que se mantienen fieles y respetan su forma de ser, pues disponen de principios de justicia y moralidad (Campos Jiménez, 2018).

Presentan también dificultades a la hora de realizar juegos con otros/as, y aunque a veces sean capaces de empezar algunos, suelen ser de corta duración. Además, su goce por las actividades que gustan a otros/as niños/as es limitado o ausente, y si juegan, abandonan el juego sin informar a sus compañeros/as, frustrándose porque no comparten sus reglas (Xunta de Galicia, 2016).

En lo relativo a la conversación, cuando no pueden evitar el contacto social, siguen rutinas muy rígidas de conversación con temas muy específicos (Thomas et al., 1998). Además, les cuesta saber cuándo intervenir en las conversaciones, no reconociendo las pausas o las señales sutiles que los invitan a participar. Por otro lado, tampoco miran a los ojos durante el acto conversacional, pues les puede generar gran ansiedad o nerviosismo, y puede haber ausencia de expresiones faciales (Campos Jiménez, 2018).

Patrones restringidos de comportamiento

Según Campos Jiménez (2018), son muy rígidos y restringidos a la hora de realizar movimientos repetitivos estereotipados, temáticas de interés, adhesión a una misma rutina, etc. Además, les molesta en exceso si un cambio en todos esos aspectos es incluso positivo para él/ella, manifestando reacciones emocionales muy desproporcionadas para la situación. Por otro lado, los estímulos que lo distraen también suelen ser obsesivos y repetitivos en todas las actividades que realiza.

Además, tienen fuerte preferencia por seguir un sentido de la justicia, la estabilidad y el orden, presentando, por tanto, una gran inflexibilidad cognitiva. Esta inflexibilidad también aparece a la hora de relacionar situaciones angustiosas, pues al vivir una situación de ese estilo, piensan que volverán a vivir la misma experiencia en futuras condiciones similares, generándose un miedo desproporcionado a la situación. Por otro lado, cuando

empiezan una actividad concreta, sienten la imperiosa necesidad de terminarla, llevándose un gran disgusto si no llegan a finalizarla (Thomas et al., 1998).

Lenguaje y Comunicación

Siguiendo a Campos Jiménez (2018), generalmente no presentan problemas de adquisición del habla, aunque pueden sufrir alguna que otra anomalía. No tienen problemas a la hora de expresar oralmente palabras u oraciones desde el punto de vista gramatical y sintáctico, pero sí a la hora de conversar, ya sea al empezar o durante el acto conversacional, pues se vuelve unidireccional; esto es, no se deja influenciar por lo que el/la interlocutor/a le dice. Con todo, se puede afirmar que el área del lenguaje que más afectada tienen es la pragmática, y aquí presentan dificultades en la prosodia, la comunicación no verbal y verbal.

De acuerdo con Romero (2015) (citado en Campos Jiménez, 2018), la prosodia es la intención emocional de lo que se comunica. En los Asperger, suele haber un tono de voz átono e incoherente con la intención comunicativa. Su habla puede ser nada fluida o muy rápida, y la modulación puede ser exagerada o de baja intensidad.

En la comunicación no verbal, son incapaces de variar los turnos del habla a través del contacto ocular, y tampoco lo mantienen con el interlocutor/a. También son muy rígidos y nada coordinados con los gestos manuales y corporales, además de emplear expresiones faciales inadecuadas a la situación (Campos Jiménez, 2018).

Finalmente, en la comunicación verbal, apenas emplean la oral, y si lo hacen, realizan un uso repetitivo y estereotipado de ésta, empleándola para hablar de únicamente temáticas de su interés, aportando una excesiva cantidad de información sobre ellos (Acuña y Sentis, 2004) o, sólo para pedir o rechazar (Junta de Andalucía, 2001), pero nunca para compartir sus experiencias y emociones, por ejemplo (Campos Jiménez, 2018). Por otro lado, inusualmente, responden negativamente a las peticiones de los demás (Xunta de Galicia, 2016). Otras dificultades que presentan es que a veces les cuesta asimilar órdenes de grupo porque afirman no entender el lenguaje de los adultos, suelen interpretar literalmente las palabras de los demás (Thomas et al., 1998) y pueden presentar ecolalia (Campos Jiménez, 2018).

Funciones Ejecutivas

Tienen dificultades para organizarse y planificar el proceso necesario para regular la conducta con el objetivo de alcanzar una meta determinada, pues cualquier estímulo genera una gran distracción, presentando una atención muy inconsistente.

En consecuencia, la tarea que esté haciendo se le hace más larga de lo que sería el tiempo adecuado para realizarla. Además, en el mejor de los casos, termina haciendo la tarea de cualquier manera con tal de acabarla, no porque sea vago, sino porque las funciones ejecutivas le demandan un esfuerzo cognitivo superior al de sus capacidades, terminando por perderse y agotarse (Coto Montero, 2013).

Atención

Sus respuestas de orientación y de alerta son más lentas que en los individuos con desarrollo neurotípico, cambiando el foco atencional con lentitud (Belinchón et al., 2008) y (Landry y Bryson, 2004) (citados en Bravo-Álvarez y Frontera Sancho, 2016). Otra posible dificultad atencional, y de acuerdo con Coto Montero (2013), es que les puede resultar complicado atender a dos estímulos al mismo tiempo.

A la hora de inhibir respuestas impulsivas cuando atienden a un estímulo concreto, por un lado, los resultados son inconcluyentes (Belinchón et al., 2009). No obstante, y, por otro lado, hay argumentos a favor de este déficit en los SA (Rinehart, et al., 2006) (citados en Bravo-Álvarez y Frontera-Sancho, 2016).

Finalmente, suelen presentar escasa motivación a la hora de escuchar y procesar órdenes de grupo, pues no suelen captar los aspectos relevantes de esas órdenes ya que se distraen fácilmente con las irrelevantes (Thomas et al., 1998).

Memoria

En lo relativo a la memoria, presentan dificultades en la memoria procedimental a la hora de memorizar los gestos fundamentales para la interacción social, así como también

dificultades a la hora de construir nuevos enunciados con frases y palabras, debido a la implicación, también, de la memoria procedimental en ello. (Romero-Munguía, 2002) (citado en Pérez-Rivero y Martínez-Garrido, 2014).

Según Seijas Gómez (2015), en la memoria declarativa no suelen disponer de una buena memoria episódica, debido probablemente a sus dificultades en la metamemoria, por omisión de detalles o un recuerdo desorganizado. Aunque, por otro lado, la memoria semántica suele estar relativamente preservada.

También tienen dificultades a la hora de emplear la memoria de trabajo, y normalmente no presentan el conocido “Efecto de Priming”, “Primacía” y “Recencia” (Seijas Gómez, 2015).

Familia

De acuerdo con Giné (2001) (citado en Baña, 2015), el diagnóstico de TEA en un niño/a supone un gran impacto emocional en la familia. Esto puede dar lugar a un cambio en las relaciones familiares entre el niño/a diagnosticado y los familiares y cambios en la relación de pareja. Con todo, el diagnóstico puede suponer que la familia requiera de ayuda y asesoramiento.

Lo más frecuente es que pasen por diferentes profesionales en busca de un diagnóstico fiable y con una angustia creciente (Gobierno de la Comunidad de Madrid, 2008), y cuando finalmente llega el diagnóstico de TEA, la familia puede pasar por las siguientes fases: sufrir conmoción o bloqueo, ignorar el problema, explicarlo a partir de únicamente sus propias interpretaciones y adaptarse a las necesidades del niño/a con TEA (Cunningham y Davis, 1988) (citados en Baña, 2015).

A partir del diagnóstico, la familia puede optar por estrategias de afrontamiento como una mayor demanda de recursos y servicios, búsqueda de información sobre el desarrollo y salud de su hijo/a y afrontar la pérdida de confianza acerca de sus posibilidades educativas (Guralnick, 1997;1998) (citado en Baña, 2015). Por otro lado, también se preocupan acerca del presente y futuro del niño/a. En definitiva, tiene lugar un incremento de la dedicación del tiempo de la familia hacia su hijo/a (Paniagua, 1999 (citado en Baña, 2015)).

Por todo lo mencionado, es muy importante que la familia desarrolle estrategias de superación y de comprensión hacia el trastorno con el asesoramiento de profesionales especializados (Junta de Andalucía, 2001), puesto que posee un enorme papel en el desarrollo de las competencias necesarias para un adecuado desarrollo y evolución del niño/a (Xunta de Galicia, 2016).

Escuela

Según Bauer (2006, recuperado en 2015 por FA España), según el nivel de gravedad del TEA, el niño/a ingresará en un centro educativo ordinario o de Necesidades Educativas Especiales (NEE), aunque la mayoría de ellos/as suelen ingresar en uno ordinario, pero con claros problemas de comunicación social (Andrade Ruiz, 2011). Además, sus temas obsesivos pueden entorpecer en gran medida el desarrollo de las clases. Por otro lado, en el aspecto de los aprendizajes instrumentales, suelen fallar en la destreza con el lápiz en los primeros años de Primaria, aunque también suelen manifestar progresos en lectura mecánica y cálculo. Finalmente, en lo que respecta a sus compañeros/as del colegio, suelen presentar un interés social, aunque normalmente es superficial, poseyendo una capacidad para hacer amigos y mantenerlos bastante pobre (Bauer, 2006, recuperado en 2015 por FA España).

Tanto el tutor como el resto del equipo docente deben ser conocedores del TEA y de la información necesaria para implantar una adecuada intervención educativa en colaboración con el departamento de orientación del centro, garantizando éste un seguimiento de la intervención. En definitiva, se trata de que el entorno escolar se adapte, en la medida de lo posible, a las características del niño/a, siendo este conocedor de sistemas alternativos de comunicación, por ejemplo (Xunta de Galicia, 2016).

Resultados *Cuestionario para el Análisis de las Dimensiones Psicológicas Deficitarias presentes en el Trastorno del Espectro Autista*

- Variables del niño/a

La media de edad de los sujetos es de 9,7 años, con una clara predominancia del sexo masculino (18 chicos y 2 chicas), aunque de los otros dos restantes no se indica su sexo. 17 de

ellos/as cursan actualmente Educación Primaria, y uno se encuentra matriculado en un centro de Necesidades Educativas Especiales (NEE). Sobre los cuatro restantes, no se menciona en qué curso están.

- Variables familiares

La media de edad de los padres es de 37,95 años, aunque en cuatro cuestionarios no se incluyeron las edades de los progenitores. 12 de los sujetos no tiene hermanos/as, 4 son los hermanos pequeños, 3 los mayores, uno es mellizo y de los dos restantes no se sabe.

- Motivo de consulta

Únicamente se solicitó la consulta por parto prematuro (6 meses) en un caso. En el resto de los sujetos, las razones son muy variadas: la sospecha de TEA, el diagnóstico de TEA, retraso en el lenguaje, problemas de conducta y conductas e hitos evolutivos no propios de la edad. Respecto a los sujetos restantes, no se especificaron el/los motivo/s de consulta.

- Variables de historia personal

Sólo un sujeto asiste a un centro de necesidades educativas especiales (NEE), mientras que 20 de ellos asisten a una escuela ordinaria, y, sobre el restante, no se sabe a qué tipo de centro asiste.

En sus historias y su sociabilidad escolares y familiar, dos sujetos cuentan con una historia escolar negativa, con una adaptación, relación con profesores/compañeros y rendimiento desfavorables, además de una sociabilidad familiar y escolar negativas; mientras que nueve sujetos cuentan con unas positivas, junto con otros dos sujetos que, a pesar de contar con una historia escolar en general positiva, uno tiene una sociabilidad negativa escolar y otro familiar.

En los nueve restantes predomina una mezcla entre diferentes rasgos positivos y negativos, con una historia y sociabilidad escolar negativa, aunque con una sociabilidad familiar positiva; o una historia escolar favorable, aunque con una sociabilidad familiar y escolar negativas, por ejemplo. Por otro lado, hay un sujeto restante de quien se desconoce su historia y sociabilidad escolar y sociabilidad familiar.

- Variables de historial evolutivo

La media de edad de diagnóstico de TEA es de 4,9 años, aunque falta la edad de un sujeto.

Únicamente dos sujetos no presentan malestar clínicamente significativo en ninguna de las esferas de su vida (social, familiar, académico, etc.), mientras que 19 de ellos presentan este malestar en todas las áreas de su vida o en algunas de ellas, así como también casos de sujetos que han mejorado considerablemente. Del sujeto restante no se sabe la respuesta.

Seis de los niños/as encuestados no tienen el TEA acompañado de otros déficits. En el resto vienen acompañados de numerosos déficits: TDAH, déficit intelectual, deterioro del lenguaje y dificultades atencionales. De tres sujetos, no se sabe si hay déficit acompañando o no.

Respecto a la edad en la que comenzaron a hablar, 8 comenzaron a hablar a una edad normal, 10 con retraso, uno precozmente, otro no dispone de la capacidad de hablar y, con los dos restantes, desafortunadamente no se sabe la respuesta.

- Grado de TEA diagnosticado

Con diagnóstico de de “TEA Grado 1”, hay 13 sujetos; 5 de “Grado 2” y 3 con “Grado 3”. El sujeto restante presenta “Grado 2” en comportamientos restringidos y repetitivos, y “Grado 1” en comunicación social, verbal y no verbal.

Interacción Social

El porcentaje mayoritario lo forman aquellos sujetos que presentan dificultades únicamente en ocasiones, con un resultado del 56,83 % de los encuestados, mientras que el 29,31 % de los sujetos siempre padecen de serios problemas. Por otro lado, tan sólo el 13,86 % no tiene estas dificultades desde un punto de vista general. De todas formas, es importante destacar que algunos sujetos manifestaron alguna dificultad, pero actualmente han mejorado mucho; otros presentan algunas de las dificultades en función el contexto, etc. Por otra parte, hay un caso de un sujeto no verbal con el que no se ha podido contestar a unas preguntas del cuestionario.

Con todo, no son los resultados esperables. Además, algo que ha llamado la atención es sobre el empleo de diversas expresiones faciales y del mantenimiento del contacto visual,

pues se ha encontrado que, por un lado, ningún sujeto se queda sin mostrar una variedad de expresiones faciales, mientras que 8 de ellos siempre las manifiesta. Por otro lado, únicamente un solo sujeto nunca mantiene el contacto ocular, aunque ninguno lo mantiene siempre. Lo mismo sucede con las respuestas negativas a las peticiones de los demás, pues se esperaba que la respuesta predominante fuera “Nunca”, por lo citado por la Xunta de Galicia (2016); mientras que, en el caso de las expresiones faciales y el contacto visual, se contrasta la información aportada por Fiuza y Fernández (2014) (citadas en Campos Jiménez, 2018), quienes afirman la ausencia total de expresiones faciales coherentes con la situación comunicativa y del contacto visual.

Patrones Restringidos de Comportamiento

El 48,05 % de los sujetos siempre sigue rutinas, movimientos y pensamientos muy rígidos, y el mismo porcentaje se obtiene con aquellos que realizan estas conductas en ocasiones, mientras que el 3,9 % restante nunca las ejecutan.

Por otro lado, el 90,9 % de los sujetos presentan un interés obsesivo por una o varias temáticas, y el 9,1 % restante no lo presenta.

En general, se trata de resultados muy esperables teniendo en cuenta que los comportamientos restringidos y repetitivos son una de las sintomatologías principales del TEA, y cuya información no hace más que confirmar la obtenida por Campos Jiménez (2018) y Thomas et al., (1998).

Lenguaje y Comunicación

Aquellos que no tienen dificultad alguna en esta dimensión, constituyen el 17,74 % de los sujetos, mientras que los de mal pronóstico corresponden al 29,43 %, y, el 52,83 % restante presenta estas dificultades en ocasiones. Estos resultados no concuerdan del todo con los encontrados por Acuña y Sentis (2004) (citados en Campos Jiménez, 2018), en lo que se refiere a las temáticas de conversación de los individuos con Asperger. Lo mismo sucede con la comunicación paraverbal (Romero, 2015, citado en Campos Jiménez, 2018), no verbal

(Fiuza y Fernández 2014) (citadas en Campos Jiménez, 2018), y la ecolalia (Campos Jiménez, 2018).

En lo que respecta al ritmo del habla, el 90,47 % presenta un ritmo demasiado rápido o entrecortado, mientras que el 9,53 % restante tiene un ritmo adecuado. Esto confirma lo aportado por Campos Jiménez (2018).

Siguiendo con la modulación del habla, los porcentajes de mal pronóstico son mayoría en el tono, el volumen y la velocidad, con un 66,67 %, 76,19 % y un 80,95 %, respectivamente. Por otro lado, el mayor porcentaje en pronunciación buena, aunque no tan claro, lo constituye el 57,14 % de los sujetos. Con todo, se confirman en gran parte los resultados encontrados por Romero (2015) (citado en Campos Jiménez, 2018), en los que se afirmaban lo exagerada o de baja intensidad que puede ser la modulación del habla en los Asperger. Respecto a la pronunciación, de acuerdo con Campos Jiménez (2018), suele ser buena desde el punto de vista gramatical y sintáctico, pero exagerada o de baja intensidad en la comunicación social, por lo que los resultados no son claros del todo.

La coordinación y flexibilidad de los gestos manuales y corporales es deficiente, con un 90,48 % con mal pronóstico, y un 9,52 % restante con buen pronóstico. Estos resultados coinciden en gran medida con los aportados por Fiuza y Fernández (2014) (citadas en Campos Jiménez, 2018). Los mismos porcentajes se dan en el empleo de la comunicación, utilizándola tan sólo para pedir o rechazar, el 9,52 % de los sujetos, contrastando estos con los datos aportados por la Junta de Andalucía (2001).

Finalmente, en lo que respecta al empleo de la comunicación oral, el 80,95 % la emplea en una alta frecuencia, el 4,76 % en una frecuencia baja, y el 14,29 % restante, en una frecuencia media. En este caso, los resultados también contrastan con lo afirmado por la Junta de Andalucía (2001).

Funciones Ejecutivas

Tan sólo un 3,24 % de los sujetos no tiene dificultades en las funciones ejecutivas, mientras que un 48,05 % presenta estas dificultades en ocasiones, y el 48,71 % siempre presenta problemas, lo que, en definitiva, y como bien recoge Coto Montero (2013), confirma que las

funciones ejecutivas pueden estar seriamente afectadas en los niños/as con TEA. Se debe destacar que ha habido un sujeto en concreto que ha mejorado en varios aspectos.

Atención

El 59,1 % padecen de dificultades atencionales únicamente en ocasiones, mientras que un 34,41 % siempre las presentan, y un pequeño porcentaje del 6,49 % nunca las tiene. Estos resultados también corroboran la información obtenida por autores como Belinchón et al. (2008), Landry y Bryson (2004) (Citados como en Bravo-Álvarez y Frontera-Sancho, 2016), y Thomas et al., (1998).

Aunque no de manera tan clara, pues sólo el 34,41 % siempre tiene estas dificultades. Por otro lado, y acerca de los inconclusos resultados sobre la inhibición de respuestas impulsivas, únicamente un sujeto es capaz de inhibirlas, lo que apoyaría en parte la hipótesis de que existe esta dificultad en los casos Asperger, al menos, en niños de Educación Primaria (Belinchón et al. 2009) (Citadas en Bravo-Álvarez y Frontera-Sancho, 2016).

Memoria

El 19,05 % de los sujetos no tiene dificultad alguna en la memoria, mientras que el 13,49 % siempre tiene problemas en esta área, y el 67,46 % restante presenta estas dificultades en ocasiones. Estos resultados contrastan con la información proporcionada por Romero-Munguía (2002) (citado en Pérez-Rivero y Martínez-Garrido, 2014) pues el porcentaje de mal pronóstico es el minoritario. Lo mismo sucede con la memoria operativa, pues únicamente dos sujetos tienen estas dificultades, contrastando esto con lo recogido por el protocolo oficial de TEA de Galicia (2016), aunque 18 de ellos las tienen en ocasiones. Respecto a los efectos de “Priming”, “Primacía” y “Recencia”, no se ha encontrado a nadie que no presentara el efecto de “Priming”, y únicamente 3, no presentan tanto el efecto de “Primacía” como el de “Recencia”, aunque, al igual que en el caso de la memoria operativa, la mayoría no los presentan en ocasiones. Esto contrasta con los datos aportados por Seijas Gómez (2015).

Respecto a la memoria episódica, el 71,43 % padece de dificultades en la memoria episódica, la mayoría de los sujetos por recuerdo desorganizado y omisión de detalles, y 9 de ellos también las tienen por problemas en la metamemoria. Por otro lado, el 28,57 % restante no presenta dificultad alguna.

Finalmente, en la memoria semántica se dan los mismos porcentajes que en la memoria episódica: 71,43 % aquellos con la memoria semántica sin preservar y relativamente preservada y el otro 28,57 % la tiene preservada.

En estos dos últimos tipos de memoria, se corrobora lo aportado por Seijas Gómez (2015).

Familia

El 86,36 % de las familias sufrieron un gran impacto emocional tras el diagnóstico, mientras que tan sólo el 13,64 % restante no lo sufrió. Destacable el caso de un sujeto donde sólo un miembro de la familia sufrió este impacto emocional.

Los resultados son bastante parejos en el caso de las relaciones con el hijo/a, pues son positivas en 6 sujetos y negativas en 5, y aparte hay un sujeto en el que la alteración fue tanto positiva como negativa. Por otro lado, en los 10 encuestados restantes, no hubo cambios en las relaciones. En cuanto a los cambios en la relación de pareja, en hasta 13 familias se produjeron estas alteraciones, y en todas fueron negativas.

En el caso del impacto emocional, se verifica lo afirmado por Giné (2001) (citado en Baña, 2015), mientras que en las relaciones familiares también se confirma, pero no de manera predominante.

En lo que se refiere a la reacción de la familia tras el diagnóstico, ni una sola pasa por el ciclo completo de las cuatro fases descritas por Cunningham y Davis (1988) (citados en Baña, 2015), lo que podría querer decir que no todas las familias pasan necesariamente por este ciclo.

En cuanto a la actuación de la familia, el 72,73 % activó diversas estrategias de afrontamiento. Por otro lado, únicamente el 2,27 % no llevó a cabo estrategias de afrontamiento, mientras que el 25 % restante las desarrolló únicamente en ocasiones.

Además, ha habido casos de una misma familia cuyos miembros sí que han desarrollado estrategias de afrontamiento y otros no. Con todo, se corrobora la información aportada por Giné (2001) y Guralnick (1997;1998) (citados en Baña, 2015).

Con respecto a las preocupaciones de la familia, únicamente un 7,58 % no están preocupadas ni por el presente ni por el futuro de su hijo/a, así como tampoco se preocupan acerca de sus posibilidades educativas. Por otro lado, el 39,39 % siempre están preocupadas por estos tres aspectos y, el porcentaje mayoritario, el restante, 53,03 % se preocupan en ocasiones. Estos resultados, en cierta parte sí que coinciden con los aportados por Guralnick (1997,1998) y Paniagua (1999) (citados en Baña, 2015), pues sólo el 7,58 % tiene “buen pronóstico” respecto a su nivel de preocupaciones por su hijo/a.

Se muestra también un porcentaje del 88,64 % para aquellas familias que incrementaron su dedicación familiar y desarrollaron estrategias de superación y de comprensión hacia el trastorno, y un ínfimo 11,36 % para aquellas que no lo hicieron. Con estos datos, se verifica la información aportada por la Junta de Andalucía (2001).

Finalmente, el 59,09 % de las familias sufrieron de angustia creciente en busca de un diagnóstico fiable, mientras que el 40,91 % de las familias no la sufrió. Esto confirma, aunque no de manera tan clara, la información aportada por el Gobierno de la Comunidad de Madrid (2008).

Escuela

En lo relativo a la comunicación social, todos los sujetos encuestados presentan dificultades; un 68,18 % siempre las tiene, y el 31,82 % restante las padece en ocasiones. Estos resultados confirman lo comentado por Andrade Ruiz (2011).

El 86,36 % manifestó claros progresos en la lectura mecánica y el cálculo, aunque en unos pocos casos fueron lentos y con dificultad, mientras que el 13,64 % restante no los manifestó. Por otro lado, se afirmó que un sujeto aprendió sólo a leer. Respecto a la escritura, el 13,64 % y el 27,27 % gozan de una destreza con el lápiz buena y normal para la edad, respectivamente, y el 59,09 % restante tiene una destreza deficiente con el lápiz. En definitiva, en los tres aprendizajes instrumentales se cumple lo recopilado por Bauer (2006) (recuperado en 2015 por FA España).

En las áreas obsesivas, aquellos sujetos cuyos temas obsesivos entorpecen las clases, y aquellos que no las entorpecen, constituyen un 22,73 % cada uno, mientras que el 54,54 %

restante los entorpecen en ocasiones. En este aspecto, los porcentajes obtenidos contrastan con lo aportado por Bauer (2006, recuperado en 2015 por FA España).

Respecto al interés social y a la capacidad para hacer amigos y mantenerlos, el 72,73 % manifiesta un interés, y el 27,27 % restante no lo manifiesta; la mayoría muestra un interés superficial, y el 86,36 % tiene una capacidad deficiente para hacer amigos, mientras que el 13,64 % restante goza de una capacidad normal. En este caso, se confirma de manera muy clara lo afirmado por Bauer (2006, recuperado en 2015 por FA España).

El 100% de los tutores/as y docentes de todos los sujetos tienen conocimiento del TEA, y el 90,91 % lo tienen del informe psicopedagógico para implantar la intervención educativa. En un 50% de los casos, siempre existe colaboración entre el departamento de orientación (D.O.) y el tutor del niño/a, y en el 40,91 % existe en ocasiones, mientras que en el 9,09 % restante no existe. Además, en un 77,27 % de los casos, el D.O. garantiza siempre un seguimiento de la intervención.

En el caso del aula, sólo un 4,54 % de ellas no garantiza ninguna necesidad del niño/a, el 40,91 % garantiza tanto pocas como muchas necesidades, y el 13,64 % restante garantiza todas. Por otro lado, el centro se adapta siempre a las características del niño/a en un 13,98 % de los casos, un 14,28 % no se adapta nunca, y el 47,62 % se adapta en ocasiones.

Finalmente, el 80,95 % de los centros es conocedor de sistemas alternativos de comunicación para el alumnado con TEA, como el programa PECS, el TEACCH, uso de pictogramas, guiones e historias sociales, etc.

Comparativa TEA (DSM-5)-resultados Cuestionario para el Análisis de las Dimensiones Psicológicas Deficitarias presentes en el Trastorno del Espectro Autista

Al comparar los criterios diagnósticos del TEA en el DSM-5, con los resultados del cuestionario (ver Tabla 2), en el criterio A, sumando los porcentajes de mal pronóstico de las dimensiones I y III del cuestionario, se obtiene que el 58,74 % tienen dificultades propias de un diagnóstico de TEA de acuerdo con el DSM-5, además de un 86,36 % cuya capacidad para hacer amigos es deficiente. Aparte, en la dimensión III, en ritmo y modulación del habla, y coordinación y flexibilidad de gestos no verbales, los porcentajes propios de diagnóstico son mayoritarios, salvo en pronunciación, en modulación del habla, que es del 42,86 %, además de

que, en comunicación oral, el 19,05 % es adecuado para diagnóstico, porcentaje obtenido a partir de la suma de los de frecuencia media y baja de empleo.

En el caso del criterio B, en un 48,05 % de rigidez comportamental se puede diagnosticar TEA, así como también en el 90,9 % que presentan intereses obsesivos.

En el criterio C, la media de edad de diagnóstico es de 4,9 años, una media adecuada teniendo en cuenta que los síntomas de TEA deben manifestarse en las primeras fases del desarrollo.

En cuanto al criterio D, 19 sujetos de 22 presentan malestar clínicamente significativo, por lo que a la gran mayoría se les puede diagnosticar TEA.

Finalmente, respecto al criterio E, aquellos a los que se les diagnosticó TEA acompañado de discapacidad intelectual, fue porque su comunicación social está por debajo del nivel general de desarrollo previsto, y no hay ningún sujeto con retraso general de desarrollo, por lo que el diagnóstico de TEA es correcto. (El cálculo de los diferentes resultados, anteriormente comentados, puede verse en la Tabla 3).

Discusión

En general, se han obtenido resultados significativos y de largo alcance, pues se han tratado diversos aspectos de cada dimensión deficitaria del TEA y se han analizado los tres grados de afectación del mismo; y, además, se han incluido una serie de preguntas en el *CADPDTEA* de acuerdo con los criterios diagnósticos del TEA en el DSM-5 (2014).

En las *Dimensiones I y III* del cuestionario se obtuvieron resultados inesperados, pues en ambas dimensiones los porcentajes adecuados para un diagnóstico según el DSM-5 no son mayoritarios, sin contar algunos más de la *Dimensión III* del cuestionario. Quizás esto se deba al predominio de los “TEA grado 1” en el cuestionario, o también al formato de respuesta de los ítems, pues al ser de únicamente tres alternativas de respuesta, es probable que esa sea la razón por la que la respuesta “A veces” sea mayoritaria en el cuestionario, lo que, a su vez, podría significar que las conductas de estos niños/as se manifiestan o no en función del contexto.

Lo mismo sucede con las *Dimensiones IV, V y VI*, aunque en el caso de la primera, el porcentaje de mal pronóstico es ligeramente superior al de aquellos que presentan las

dificultades en ocasiones. Además, es posible que en las *Dimensiones IV y V*, las dificultades puedan deberse al TDAH y no al TEA, pues algunos sujetos presentan comorbilidad con ambos trastornos. No obstante, esto tampoco debe impedir que los resultados obtenidos en este trabajo no sirvan para futuras investigaciones sobre estas tres dimensiones cognitivas en casos de TEA.

En cuanto al entorno, las familias sufrirán mayormente un impacto emocional tras el diagnóstico, por lo que es fundamental que reciban la ayuda y asesoramiento adecuados y lo antes posible, para así evitar preocupaciones que puedan bloquear su importante contribución al óptimo desarrollo de su hijo/a.

En lo relativo al contexto escolar, cabe decir que los niños/as con TEA, en su mayoría, pueden estudiar en una escuela ordinaria. No obstante, no por ello deben dejar de recibir todo tipo de ayudas, dependiendo del grado de TEA, que faciliten su progreso académico y, por supuesto, optimizar sus puntos fuertes que la mayoría suele manifestar durante su etapa escolar.

Por último, se destacan las limitaciones de este trabajo, que pueden ser, entre otras, el empleo de una muestra formada por únicamente niños/as, además de su reducido tamaño; y también no haber incluido otras dimensiones afectadas en el TEA, como la psicomotricidad o la percepción. De igual forma, se pueden encontrar limitaciones en el mismo cuestionario, como el empleo de un formato de respuesta demasiado corto, que es poco representativo de los “TEA grado 2 y 3” y, una mayor neutralidad en los ítems, pues en algunos ya venía indicada la intensidad sobre la característica de TEA que se pregunta.

Conclusiones

En relación con la estimación de los grados de afectación del TEA, cabe afirmar que esta requiere de un mayor ajuste a fin de poder ser identificados con exactitud. A este respecto, en el *Cuestionario para el Análisis de las Dimensiones Psicológicas Deficitarias Presentes en el Trastorno del Espectro Autista (tea) -CADPDTEA-*, se detecta, en las respuestas a las áreas deficitarias del TEA, que se encuentran muy centradas en el “TEA grado 1”. Además, también

es importante cambiar el formato de respuesta de algunos items, pues se queda demasiado corto para lo que supone la variabilidad en lo que respecta a la aparición de los síntomas de TEA.

En lo relativo a las dimensiones psicológicas deficitarias del TEA, sin duda, las tres primeras -interacción social, patrones restringidos de comportamiento y, lenguaje y comunicación- son las más investigadas, pues son las que más diferencian al TEA del resto de trastornos y se engloban variados aspectos de cada una en el citado cuestionario. No obstante, en el resto, y especialmente en el caso de las cognitivas, son necesarios más estudios, ya que no se ha encontrado apenas bibliografía sobre ellas.

Finalmente, en los entornos escolar y familiar suelen satisfacerse la mayoría de las necesidades del niño/a, por lo que los casos en los que no se satisfacen son muy aislados. Sin embargo, esto no es motivo para no optimizar cada vez más las variadas estrategias de las que actualmente dispone la psicología con el fin de que los casos de niños/as con TEA, cuyos entornos son desadaptativos, sean cada vez menos.

Referencias bibliográficas

Acuña, X., y Sentis, F. (2004). (citado en Campos Jiménez, 2018). *Desarrollo pragmático en el habla infantil*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Andrade, F. (2011). *La inclusión educativa en el aula regular. Un caso de Síndrome de Asperger*. Universidad Estatal a Distancia San José, Costa Rica. (pp. 40-41).

Baña, M. (2015). *El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación en las personas con trastorno del espectro del autismo*. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de A Coruña. España. (pp. 324-326).

Bauer, S. (2006, recuperado en 2015 por FA España). *El Síndrome de Asperger*. Unidad de Desarrollo, Hospital Genesee, Rochester, Nueva York. OASIS. (p. 7).

Belinchón, M., et al. (2008). (citados en Bravo-Álvarez y Frontera-Sancho, 2016). *Personas con Síndrome de Asperger: Funcionamiento, detección y necesidades*. Centro de Psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE.

Belinchón, M., et al. (2009). (citados en Bravo-Álvarez y Frontera-Sancho, 2016). *Síndrome de Asperger: una guía para los profesionales de la educación*. Centro de Psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE.

Bravo-Álvarez, M., y Frontera-Sancho, M. (2016). *Entrenamiento para la mejora de disfunciones atencionales en niños y adolescentes con Síndrome de Asperger a través de estimulación cognitiva directa*. Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España). (p. 366).

Campos, J. (2018). *Síndrome de Asperger, en área del Lenguaje y comunicación y área social*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Facultad de Educación. Programa de Segunda Titulación. Educación Diferencial con mención Trastornos del Lenguaje Oral. (pp. 24-52).

Cunningham, C., y Davis, H. (1988). (citados en Baña, 2015). *Trabajar con los padres. Marcos de colaboración*. Madrid: Siglo XXI de España.

Díez, V. (2018). *La inclusión del alumnado con trastorno de Asperger en la escuela*. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social. (p. 6).

Fernández-Jaén, A., et al. (2007) (citados en Díez Álamo, 2018). *Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento*. Revista de Neurología. Vol. 44(2). (pp. 53–55).

Fiuza, M., Fernández, M. (2014). (citados en Campos Jiménez, 2018). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo*. Pedagogía y Didáctica. Editorial Pirámide.

Giné, C. (2001). (citado en Baña, 2015). *Familia e intervención precoz. Orientaciones para la intervención del psicopedagogo*. En B. Del Rincón Igea. Presente y futuro del trabajo psicopedagógico. Barcelona: Ariel.

Gobierno de la Comunidad de Madrid (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista*. La atención en la Red de Salud Mental.

González-Alba, B., et al. (2019). *El diagnóstico del Síndrome de Asperger en el DSM-5*. Universidad de Málaga, Málaga. España. (pp. 334-335).

Guralnick, M. (Ed.) (1997). (citado en Baña, 2015). *The effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes, Pub.Co.

Guralnick, M., (1998). (citado en Baña, 2015). *The effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective*. American Journal on Mental Retardation. Vol. 102. (pp. 319–345).

Harris, J. (2014). (citado en González-Alba, 2014). *New classification for neurodevelopmental disorders in DSM-5*. Current Opinion in Psychiatry. Vol. 27. (pp. 95-97).

Junta de Andalucía (2001). *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con trastornos del espectro autista*. Consejería de Educación y Ciencia.

Landry, R., y Bryson, S. (2004). (citados en Bravo-Álvarez y Frontera-Sancho, 2016). *Impaired disengagement of attention in young children with autism*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45:6. (pp. 1115–1122).

Martínez, L., y Pérez, P. (2014). *Perfiles cognitivos en el Trastorno Autista de Alto Funcionamiento y el Síndrome de Asperger*. Universidad CES Medellín, Colombia. (p. 148).

Paniagua, G. (1999). (citada en Baña, 2015). *Familias con niños con necesidades educativas especiales*. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios. Desarrollo psicológico y educación 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales (pp. 469-493). Madrid: Alianza.

Rinehart, N., et al. (2006). (citados en Bravo-Álvarez y Frontera-Sancho, 2016). *Pseudo-random number generation in children with high-functioning autism and Asperger's disorder. Further evidence for a dissociation in executive functioning?*. autism ©. SAGE Publications and The National Autistic Society. Vol. 10 (1). (pp. 70–85).

Riviére, A. (2001). (citado en Junta de Andalucía, 2001). *Autismo*. Madrid. Editorial Trotta.

Romero-Munguía, M. (2002). (citado en Pérez-Rivero y Martínez-Garrido, 2014). *Memoria Procesal deficiente y alteraciones de la comunicación en la patogenia del autismo infantil*. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.

Romero, A., et al. (2015). (citado en Campos Jiménez, 2018). *El papel de la prosodia en la enseñanza de la L1. Un aporte didáctico para el aula de educación infantil y de educación primaria*. Universidad del País Vasco/ EuskalHerrikoUnibertsitatea.

Seijas, R. (2015). *Atención, memoria y funciones ejecutivas en los trastornos del espectro autista: ¿cuánto hemos avanzado desde Leo Kanner?*. Psicóloga Clínica. Neuropsicóloga. Palma de Mallorca, España. (pp. 578-579).

Thomas, G., et al. (1998). *Asperger Syndrome. Practical Strategies for the Classroom: A Teacher's Guide*. Traducido por: Gobierno vasco (2002).

Timini, S. (2014). (citado en González-Alba, 2019). *No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished*. International Journal of Clinical and Health Psychology.

Tsai, L., y Ghaziuddin, M. (2014). (citados en González-Alba, 2019). *DSM-5 ASD Moves Forward into the Past*. J Autism Dev Disord (2014) 44:321–330. Springer Science+Business Media New York 2013.

Xunta de Galicia (2016). *Tratamento educativo do alumnado con trastorno do espectro do autismo (TEA)*. Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Índice de tablas

Tabla 1

Áreas Deficitarias del TEA (Fuente: Elaboración propia).

Áreas Deficitarias	Características Áreas Deficitarias
Interacción Social	<p>Desconocimiento de cómo interactuar debido a que no comprenden el funcionamiento de las reglas sociales, lo que provoca que se frustren con facilidad.</p> <p>No se dejan influenciar por su interlocutor/a, ignorando todo lo que dicen.</p> <p>Problemas de reciprocidad social si acaban desarrollando interés por las relaciones sociales.</p> <p>Apenas muestran expresiones faciales, con un nulo o inesperado contacto visual.</p> <p>Debido a su ingenuidad, pueden ser blancos fáciles de bromas y agresión.</p> <p>Escasa o nula empatía, siendo incapaces de anticipar las posibles consecuencias de sus acciones. No obstante, son fieles a las personas con las que interactúa y respetan su forma de ser.</p> <p>Abandonan el juego sin informar a sus compañeros o se frustran porque no comparten sus reglas. Dificultades también a la hora de compartir sus juegos, aunque son capaces de empezar algunos, pero de muy corta duración.</p> <p>Ausencia o limitación de conductas de felicitación o despedida.</p> <p>Goce limitado o ausente en actividades que les gustan a la mayoría de los niños/as de su edad.</p>

	<p>Tendencia a la soledad. Ellos/as quieren tener amistades, pero no saben cómo.</p> <p>En ocasiones, son excesivamente formales o tratan a un desconocido como si se tratara de un amigo íntimo.</p> <p>Cuando no pueden evitar el contacto siguen rutinas muy rígidas de conversación o temas de conversación específicos.</p> <p>Les puede suponer gran ansiedad estar en un grupo grande de niños/as.</p> <p>Dificultad a la hora de entender los dobles sentidos.</p> <p>Problemas a la hora de saber cuándo intervenir en las conversaciones, presentando dificultades a la hora de reconocer las pausas o comprender las señales sutiles que les invitan a participar.</p> <p>Mirar a los ojos les provoca ansiedad, inquietud o nerviosismo.</p> <p>Inusualmente, respuesta negativa a las peticiones de las demás personas.</p>
Patrones rígidos de comportamiento	<p>Intereses obsesivos por ciertas temáticas, conductas ritualistas y perfeccionismo.</p> <p>Adhesión a una misma rutina diariamente, manifestando reacciones emocionales negativas desproporcionadas si se la cambian, incluso si ese cambio supone algo positivo para la persona con Asperger.</p> <p>Movimientos repetitivos estereotipados (aleteo de manos, chasqueo de los dedos...).</p> <p>Fuertes preferencias por mantener rutinas familiares y el sentido de la justicia, la estabilidad y el orden, lo que puede hacer que no se den cuenta de que las normas pueden incumplirse en ocasiones.</p>

	<p>Elementos de distracción que suelen ser obsesivos y repetitivos.</p> <p>Relacionan situaciones de forma muy rígida, esto es, si por ejemplo en el pasado han pasado por una experiencia angustiosa, suelen relacionar futuras experiencias similares con ello, es decir, creen que van a vivir de nuevo esa situación angustiosa, lo que a su vez lleva a que el miedo sea desproporcionado a la situación.</p> <p>Necesidad imperiosa de terminar algo que ya han empezado, lo que les puede causar gran disgusto si no lo terminan.</p>
--	--

Lenguaje y Comunicación	<p>Posibles anomalías en el proceso de adquisición del habla.</p> <p>No tienen problemas para construir oraciones, pero sí para mantener una conversación tanto a la hora de empezarla como a la hora de mantenerla, presentando problemas para emplear el lenguaje en el ámbito social.</p> <p>Con todo, se puede decir que el área pragmática del lenguaje es donde mayor problemática presentan.</p> <p>Dificultades de comunicación paraverbal, es decir, todo aquello que va más allá de las palabras, como la entonación emocional (prosodia).</p> <p>También presentan problemas de comunicación no verbal, con problemas de variación de turnos a través del contacto ocular, escasa flexibilidad y coordinación de gestos manuales y corporales, adecuar las expresiones faciales al contenido conversacional y las posturas corporales más adecuadas para la situación.</p> <p>Dificultades de contacto visual, debido a que entran en conflicto entre mirar a los ojos al interlocutor o al mensaje que éste les transmite.</p> <p>Empleo de la comunicación para pedir o rechazar, pero nunca para compartir.</p> <p>Escasez de lenguaje oral, y los que lo tienen, hacen un uso repetitivo y estereotipado de éste.</p> <p>Problemas a la hora de asimilar órdenes de grupo, en el sentido de que, aunque las escuchen, después no ejecutan la orden encomendada que sí hacen el resto de sus compañeros. Esto puede ser por ejemplo porque no entienden el lenguaje de los adultos.</p>
--------------------------------	---

	<p>Pueden entender el lenguaje de manera muy literal.</p> <p>Pueden presentar ecolalia, esto es, la repetición involuntaria e inconsciente de palabras, frases o incluso conversaciones que haya escuchado con anterioridad.</p>
	<p>Dificultades para organizarse y planificar el proceso necesario para alcanzar la meta y regular la conducta, pues presentan una atención muy inconsistente y cualquier estímulo les distrae.</p>

Funciones ejecutivas	Se le llama la atención en constantes ocasiones, el trabajo se le hace más largo de lo adecuado y en el mejor de los casos termina haciendo el trabajo de cualquier manera para quitárselo del medio, no porque sea vago, sino porque las funciones ejecutivas le demandan mucho esfuerzo cognitivo, terminando por perderse y agotarse.
Atención	<p>Alteraciones en la respuesta de orientación a personas y objetos, con respuestas de orientación y alerta más lentas que en el desarrollo neurotípico, lo que hace que disminuya significativamente la velocidad de desacoplamiento.</p> <p>Dificultad a la hora de atender a dos estímulos al mismo tiempo.</p> <p>Resultados inconcluyentes respecto a la inhibición de respuestas, encontrando unos por un lado que no hay argumentos a favor de este déficit, y otros, en contra.</p> <p>Escasa motivación a la hora de escuchar y procesar las órdenes.</p> <p>Además, prestar atención a las órdenes o explicaciones de su grupo les puede resultar muy complicado, no captando los aspectos relevantes o distrayéndose con cosas no esenciales.</p>
Memoria	<p>Dificultades de memoria procesal, relacionada con la comprensión manifiesta del lenguaje verbal y gestual, e incapaces de construir enunciados con esas palabras debido a la implicación de la memoria procesal en ello.</p> <p>Problemas de memoria episódica, debidos posiblemente a sus dificultades para entender la naturaleza de las representaciones mentales de él mismo y de los demás, por omisión de detalles o un recuerdo más desorganizado.</p> <p>Dificultades en la memoria de trabajo.</p>

	<p>Memoria semántica relativamente preservada.</p> <p>No presentan el esperable efecto de priming, ni tampoco el de primacía y recencia.</p>
Familia	<p>Riesgo de una alteración de la relación, pues tener un hijo/a con una discapacidad, como lo es el Asperger, supone un gran impacto emocional en la familia, con posibles cambios en la relación de pareja y requiriendo de ayuda y asesoramiento, pudiendo pasar por las siguientes fases: conmoción o bloqueo, ignorar el problema, o entender la discapacidad a partir de sus interpretaciones y adaptarse a las necesidades del niño/a con TEA.</p> <p>Por otro lado, el gran estrés que supone esta situación puede hacer que busquen información sobre el desarrollo y salud de su hijo/a, enfrentar la angustia que supone, una mayor demanda de servicios y recursos, y pérdida de la confianza respecto a sus posibilidades de educar a su hijo/a para que tenga un desarrollo óptimo.</p> <p>Preocupación por el presente y futuro del niño, incluida su independencia.</p> <p>Incremento de la dedicación familiar hacia el niño/a con TEA.</p> <p>La familia debe adquirir las competencias necesarias para asegurar el adecuado desarrollo y evolución de los niños/as, facilitando de esta manera su “empoderamiento”.</p> <p>También debe adaptarse a la situación de su hijo/a mediante el desarrollo de estrategias de superación y de comprensión del trastorno. Esto obviamente con el asesoramiento de profesionales especializados.</p> <p>Suelen pasar bastante tiempo de profesional en profesional, en busca de un diagnóstico fiable y con una angustia creciente.</p>
	<p>Dependiendo del nivel de gravedad de los síntomas, el alumno con Asperger ingresará en</p>

Escuela

un centro regular o de NEE, aunque la mayoría suele ingresar en un centro educativo ordinario, con claros problemas de comunicación social.

Progresos en áreas como la lectura mecánica o el cálculo, aunque dificultades en la destreza con el lápiz en los primeros años de la escuela primaria.

Al presentar el niño/a áreas obsesivas, es probable que esto entorpezca el desarrollo de las clases de cada uno de los docentes del centro.

Interés social en un niño concreto o en un grupo de niños, aunque éste es muy superficial, además de una capacidad para hacer amigos o mantenerlos bastante pobre.

Tanto el tutor como el resto del equipo docente debe tener conocimiento del TEA, así como también ser conocedores de las orientaciones extraídas a partir del informe psicopedagógico para implantar una adecuada intervención educativa.

Todo esto en colaboración entre el departamento de orientación y el tutor/a, y el primero debe garantizar un seguimiento de la intervención educativa.

En el caso del aula, como es el espacio por excelencia donde el niño/a con Asperger convive, debe garantizar todas sus necesidades, adaptándose así a ellas.

Respecto al centro docente, debe ser consciente de que el tratamiento de un niño/a con TEA afecta a toda la institución, por lo que toda la comunidad educativa debe de ser conocedora de sistemas alternativos de comunicación para el alumnado con TEA.

Es fundamental que el entorno escolar se adapte en la medida de lo posible a las características del niño/a, por ejemplo, el empleo predominante de la comunicación verbal sobre la no verbal.

Tabla 2

Comparativa Criterios Diagnósticos del DSM-5 con los ítems del cuestionario. (Fuente: Elaboración propia).

C. Diagnósticos TEA (DSM-5): Criterio A	Ítems Cuestionario
1 (Reciprocidad socioemocional).	Dimensión I (IS): Ítems 1, 2, 6, 8, 9, 10, 13, 16. Dimensión III (LC): Ítems 4, 5, 6, 8, 16, 17.
2 (Conductas comunicativas no verbales).	Dimensión I (IS): Ítems 3, 4, 19, 20. Dimensión III (LC): 2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19.
3 (Desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones).	Dimensión I (IS): 5, 11, 12, 14, 15, 17, 22. Dimensión VIII (E): Ítems 6, 7, 8, 9.
C. Diagnósticos TEA (DSM-5): Criterio B	Ítems Cuestionario
1 (Movimientos, objetos y habla estereotipados).	Dimensión II (PRC): Ítem 4.
2 (Monotonía e inflexibilidad).	Dimensión II (PRC): Ítems 2, 3, 6, 7, 8.
3 (Intereses restringidos y fijos).	Dimensión II (PRC): Ítems 1, 5.
C. Diagnósticos TEA (DSM-5): Criterio C (Síntomas presentes en las primeras fases del desarrollo).	V. Variables de historial evolutivo: ¿A qué edad se le diagnosticó por primera vez de TEA?
C. Diagnósticos TEA (DSM-5): Criterio D (Malestar clínicamente significativo).	V. Variables de historial evolutivo: Las características o síntomas de TEA, ¿le ocasionan, o le han ocasionado un deterioro clínicamente significativo en algún ámbito de su vida? (familiar, social, académico, etc.).
C. Diagnósticos TEA (DSM-5): Criterio E (Prioridad de diagnóstico de la discapacidad intelectual y del retraso global del desarrollo sobre el TEA y “Especificadores”).	V. Variables de historial evolutivo: Indicar si el TEA del niño/a se acompaña de déficit intelectual, deterioro del lenguaje, va asociado a una afección médica o genética, o a algún factor ambiental conocido, se asocia a otro trastorno del neurodesarrollo,

	mental o del comportamiento y/o se acompaña de catatonia.
--	---

*Interacción Social (IS).

*Patrones Restringidos de Comportamiento (PRC).

*Escuela (E).

Tabla 3

Recuento de respuestas a los ítems del cuestionario. (Fuente: Elaboración propia).

IS	Respuestas Items
<u>1</u>	N: 6, 7 (antes siempre). AV: 1, 2, 4, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 21. S: 3, 5, 8, 10, 11, 12, 16, 19, 20, 22.
<u>2</u>	N: 4, 7 (antes siempre), 11, 12. AV: 1, 2, 6, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22. S: 3, 5, 10, 13, 20.
<u>3</u>	N: AV: 4, 5 (desproporcionadas), 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20. S: 1, 2, 3, 7, 8, 14, 21, 22.
<u>4</u>	N: 12. AV: 1 (timidez), 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. S:
<u>5</u>	N: 6, 7 (muy querido).

	<p>AV: 3, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21.</p> <p>S: 1, 2, 9, 10, 12, 16, 20, 22.</p>
<u>6</u>	<p>N: 1, 5, 6, 8, 10, 12, 16, 20.</p> <p>AV: 2, 3, 4, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S:</p>
<u>8</u>	<p>N: 1, 4, 6, 7.</p> <p>AV: 2, 3, 5, 9, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 8, 10, 11, 12, 13, 16, 20.</p>
<u>9</u>	<p>N: 1, 2, 4, 7.</p> <p>AV: 5, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 3, 6, 8, 10, 12, 20.</p>
<u>10</u>	<p>N: 1, 2, 4, 7.</p> <p>AV: 3, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 5, 6, 8, 10, 12, 14, 20.</p>
<u>11</u>	<p>N: 4, 5, 6, 8, 12, 19, 20, 21.</p> <p>AV: 3, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18.</p> <p>S: 1, 2, 7, 11, 22.</p>
<u>12</u>	<p>N: 10, 12, 20.</p> <p>AV: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 1, 2, 3.</p>
<u>13</u>	<p>N: 8, 10, 20.</p> <p>AV: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p>

	S:
<u>14</u>	N: 1, 2, 4, 6. AV: 3, 8, 9, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22. S: 5 (con iguales, le gustan más adultos), 7, 10, 11, 12, 13, 14, 20.
<u>15</u>	N: 5. AV: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21. S: 7, 8, 9, 11, 14, 20 (no verbal), 22.
<u>16</u>	N: 1, 2, 4 (desconocido como amigo), 7, 11, 12, 16, 19, 20 (no verbal), 21. AV: 8, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 22. S: 3, 4 (excesivamente formal), 5, 6, 14.
<u>17</u>	N: 6, 7. AV: 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 21. S: 3, 4, 5, 14, 16, 22. 20 (no verbal).
<u>19</u>	N: AV: 1, 2, 5, 13, 15, 17. S: 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22.
<u>20</u>	N: 1, 4. AV: 2, 3, 7, 9, 14, 15, 17, 19, 21.

	<p>S: 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 22.</p> <p>20 (no verbal).</p>
<u>21</u>	<p>N: 1, 7, 21.</p> <p>AV: 2, 5, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 19.</p> <p>S: 3, 4, 6, 8, 10, 12, 13 (excepto con personas de confianza), 14, 22.</p> <p>20 (no sabe la respuesta)</p>
<u>22</u>	<p>N: 1, 4, 11, 22.</p> <p>AV: 2, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21.</p> <p>S: 1 (sólo adultos), 3, 5 (inicialmente), 10.</p> <p>20 (no verbal).</p>
PRC	Respuestas Items
<u>1</u>	<p>SÍ: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (varían con el tiempo), 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22.</p> <p>NO: 18, 21.</p>
<u>2</u>	<p>N: 1, 17, 20.</p> <p>AV: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 15, 16, 19, 21, 22.</p> <p>S: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18.</p>
<u>3</u>	<p>N: 4, 5, 7 (antes siempre), 17, 20, 21.</p> <p>AV: 2, 3, 6, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 19.</p> <p>S: 1, 8, 10, 13, 18, 22.</p>
<u>4</u>	N: 1, 4, 19, 21.

	<p>AV: 2, 7, 13, 14, 15, 17, 22.</p> <p>S: 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 20.</p>
<u>5</u>	<p>N: 1, 2, 4, 7.</p> <p>AV: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 3, 5, 6, 20.</p>
<u>6</u>	<p>N: 3, 6, 16.</p> <p>AV: 1, 2, 5, 12, 14, 17, 18, 19, 21.</p> <p>S: 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 22.</p> <p>20 (TEA grado 3)</p>
<u>7</u>	<p>N: 5.</p> <p>AV: 1, 2, 4, 7 (antes mucho), 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21.</p> <p>S: 3, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18, 22.</p>
<u>8</u>	<p>N: 1, 4, 5, 7 (antes siempre).</p> <p>AV: 2, 3, 6, 9, 11, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22 (depende del tipo de tarea).</p> <p>S: 8, 10, 12, 14, 15, 18.</p>
LC	
20 (no verbal)	Respuestas Items
<u>2</u>	<p>N: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 13, 15, 22.</p> <p>AV: 11, 14, 17, 18, 19, 21.</p> <p>S: 6, 8, 10, 12, 16.</p>
<u>4</u>	<p>N: 6, 21.</p> <p>AV: 1, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22.</p>

	S: 2, 3, 5, 9, 10, 14.
<u>5</u>	N: 1, 4, 6, 7, 21. AV: 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19. S: 2, 3, 5, 9, 11, 13, 22.
<u>6</u>	N: 21. AV: 2, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19. S: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 22.
<u>7</u>	N: AV: 1, 2, 3, 5, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 22 (actualmente, no tanto). S: 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16.
<u>8</u>	N: 1(nunca espontáneamente), 2, 4, 7 (nunca espontáneamente, aunque es capaz, se le debe incitar a ello), 12. AV: 1 (si se lo piden), 3, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22. S: 5 (en exceso).
<u>9</u>	N: 1, 2, 7, 22. AV: 3, 4, 5, 9, 11, 15, 17, 18, 19, 21. S: 6, 8, 10, 12, 13, 14, 16.
<u>10</u>	Entrecortadamente: 6, 12, 9, 22 (dependiendo del contexto, entrecortadamente cuando hay más personas que los adultos de referencia).

	<p>Demasiado rápido: 2, 3, 5, 7, 8, 10, 13, 14, 17, 19, 21.</p> <p>Adecuadamente: 1, 4, 11, 15, 16, 18.</p>
<u>11</u>	<p>Tono adecuado: 1, 2, 4, 7, 11, 19, 22 (en grupo).</p> <p>Tono inadecuado: 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22 (con personas de confianza).</p> <p>Volumen bajo: 1, 4, 6, 8, 11, 17, 18, 22 (en grupo).</p> <p>Volumen adecuado: 9, 13, 15, 16, 19.</p> <p>Volumen alto: 2, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 21, 22 (con personas de confianza).</p> <p>Velocidad baja: 1, 6, 9, 11.</p> <p>Velocidad adecuada: 4, 15, 16, 18.</p> <p>Velocidad alta: 2, 3, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 22 (con personas de confianza y en grupo).</p> <p>Pronunciación buena: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 22 (con personas de confianza y en grupo).</p> <p>Pronunciación mala: 6, 8, 9, 12, 14, 17, 18, 19, 21.</p>
<u>12</u>	<p>N: 3, 5, 10, 12, 18, 21, 22.</p> <p>AV: 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19.</p>

	S: 1, 2.
<u>13</u>	Coordinación buena: 5, 21. Coordinación mala: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22. Flexibilidad alta: 5, 21. Flexibilidad escasa: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22.
<u>14</u>	N: 10, 12, 18. AV: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22. S: 1, 2.
<u>15</u>	N: 5, 9, 10, 12, 18. AV: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22. S:
<u>16</u>	SÍ: 10, 12. NO: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.
<u>17</u>	SÍ: 10, 12. NO: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.
<u>18</u>	Baja: 12. Media: 6, 10, 14. Alta: 1, 2, 3, 4, 5, 7 (depende del contexto), 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.
<u>19</u>	N: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 22. AV: 5, 6, 7, 10, 14, 16.

	S: 12.
FE	Respuestas Items
<u>1</u>	N: AV: 1, 4, 5, 7 (va mejorando), 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21. S: 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 22.
<u>2</u>	N: AV: 4, 7, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21. S: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 20, 22.
<u>3</u>	N: 4. AV: 1, 7 (antes costaba mucho), 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21. S: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 20, 22.
<u>4</u>	N: AV: 7 (antes siempre), 9, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21. S: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 20, 22.
<u>5</u>	N: 5, 6, 10, 22. AV: 3, 4, 7, (antes siempre), 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21. S: 1, 2, 8, 12, 14, 20.
<u>6</u>	N: AV: 1, 2, 4, 7 (antes siempre), 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21. S: 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 22.
<u>7</u>	N:

	<p>AV: 4, 5, 6, 7 (antes siempre), 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21.</p> <p>S: 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 20, 22.</p>
A	Respuestas Items
<u>1</u>	<p>N: 4.</p> <p>AV: 1, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 20.</p>
<u>2</u>	<p>N: 1, 21.</p> <p>AV: 2, 4, 6, 13, 15, 17, 18, 19, 22.</p> <p>S: 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 20.</p>
<u>3</u>	<p>N: 8, 9, 11, 12, 14, 20.</p> <p>AV: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 1, 10.</p>
<u>4</u>	<p>N: 8, 9, 10, 12, 14, 20.</p> <p>AV: 1, 2, 3, 5, 6, 7 (antes le costaba muchísimo), 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 4.</p>
<u>5</u>	<p>N: 5.</p> <p>AV: 2, 4, 6, 7 (antes mucho), 9, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 1, 3, 10, 12, 20.</p>
<u>6</u>	<p>N: 7.</p> <p>AV: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21.</p>

	S: 4, 9, 10, 12, 20, 22.
<u>7</u>	N: 4, 7. AV: 1, 2, 3, 5, 6, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22. S: 8, 9, 10, 11, 12, 14, 20.
M 20 (no verbal)	Respuestas Items
<u>1</u>	N: 1, 4. AV: 2, 3, 6, 7, 8, 9, 15, 17, 18, 19, 21. S: 5, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 22.
<u>2</u>	N: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 13. AV: 6, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22. S: 12.
<u>3</u>	SÍ: 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19. NO: 1, 5, 6, 13, 21, 22 (cuenta todo en excesivo detalle, sin tener en cuenta qué es relevante y qué no).
<u>4</u> (Ítem con posibilidad de marcar más de una respuesta y a responder en caso afirmativo del anterior).	Recuerdo desorganizado: 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19. Omisión de detalles: 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 19. Dificultades para comprender la naturaleza de las representaciones mentales: 2, 3, 7, 10, 12, 14, 16, 18, 19. Otros:
<u>5</u>	N: 1, 7.

	<p>AV: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22.</p> <p>S: 12, 18.</p>
<u>6</u>	<p>No está preservada: 12.</p> <p>Relativamente preservada: 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 19, 21.</p> <p>Preservada: 4, 5, 7, 15, 17, 22.</p>
<u>7</u>	<p>N:</p> <p>AV: 1, 2, 3, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.</p> <p>S: 4, 5, 6, 7, 10, 12, 21, 22.</p>
<u>8</u>	<p>N: 1, 4, 22.</p> <p>AV: 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21.</p> <p>S: 6.</p>
<u>9</u>	<p>N: 1, 2, 7.</p> <p>AV: 3, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 4, 10, 12.</p>
F	Respuestas Items
<u>1</u>	<p>SÍ: 2 (padre), 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.</p> <p>NO: 1, 2 (madre), 11.</p>
<u>2</u>	<p>SÍ: 5, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22.</p> <p>NO: 1, 2, 3, 4, 6, 11, 12, 14, 18, 21.</p>
<u>3</u> (Ítem a responder en caso afirmativo del anterior).	<p>Positiva: 5 (varió), 7, 16, 17, 19, 20, 22.</p> <p>Negativa: 5 (varió), 8, 9, 10, 13, 15.</p>

<p><u>4</u></p> <p>(Ítem con posibilidad de marcar más de una respuesta).</p>	<p>Conmoción o bloqueo: 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20.</p> <p>Ignorar el problema: 1 (padre), 4 (resto familia), 5, 7 (madre y resto de la familia), 9, 12, 15, 22 (madre).</p> <p>Explicar el problema a partir de sus interpretaciones: 2 (padre), 4 (resto familia), 5, 6, 7 (padre y algún familiar), 9, 12, 13.</p> <p>Adaptación a las necesidades del niño/a con TEA: 1, 2 (madre), 3, 4 (madre), 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14 (años después tras el diagnóstico), 16, 17, 18, 19, 21, 22 (padre).</p>
<p><u>5</u></p>	<p>SÍ: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 20, 22.</p> <p>NO: 3, 8, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 21.</p>
<p><u>6</u></p> <p>(Ítem a responder en caso afirmativo del anterior).</p>	<p>Positivos:</p> <p>Negativos: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 20, 22.</p>
<p><u>7</u></p>	<p>N: 1 (padre).</p> <p>AV: 12, 17, 18, 19, 21.</p> <p>S: 1 (madre), 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 22.</p>
<p><u>8</u></p>	<p>N: 1 (padre).</p> <p>AV: 7, 12, 17, 18, 19, 22.</p> <p>S: 1 (madre), 2, 3, 4, 5 (madre), 6, 8, 9, 10 (madre), 11, 13, 14, 15, 16, 20, 21.</p>

<u>9</u>	<p>N: 7 (cuando aceptaron el diagnóstico), 12.</p> <p>AV: 9, 17, 18, 19.</p> <p>S: 1 (madre), 2, 3, 4, 5 (madre), 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22.</p>
<u>10</u>	<p>N: 3, 4 (padre), 17, 22.</p> <p>AV: 1, 2, 4 (madre), 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19.</p> <p>S: 10, 20, 21.</p>
<u>11</u>	<p>N: 21, 22 (madre).</p> <p>AV: 2 (madre), 3 (nivel social, sobre todo), 4, 5, 6, 9, 11, 12, 17, 18, 19.</p> <p>S: 1, 2 (padre), 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 20, 22 (padre).</p>
<u>12</u>	<p>N:</p> <p>AV: 3 (nivel social y académico, sobre todo), 6, 9, 11, 12, 13, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 20.</p>
<u>13</u>	<p>SÍ: 1, 2 (madre), 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 (mayor parte materna), 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.</p> <p>NO: 7 (tras aceptar el diagnóstico, sí hubo), 12, 22.</p>
<u>14</u>	<p>N:</p> <p>AV: 1, 2 (padre), 9, 12, 18, 19, 20.</p> <p>S: 3, 4, 5 (madre), 6, 7 (en la actualidad), 8, 10 (mayor</p>

	parte materna), 11, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22.
<u>15</u>	<p>SÍ: 1, 2 (padre actualmente), 3, 4, 5 (madre), 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 (padre).</p> <p>NO: 12, 20, 22 (madre).</p>
<u>16</u>	<p>SÍ: 1, 2 (padre, sobre todo), 3, 5, 6, 7, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 22 (dos neuropediatras).</p> <p>NO: 4, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 18, 21.</p>
<u>E</u>	Respuestas Items
<u>1</u>	<p>N:</p> <p>AV: 1, 11, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>S: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 20.</p>
<u>2</u>	<p>SÍ: 1, 2 (con dificultad), 3, 4 (lentos), 5 (lentos), 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>NO: 7 (aprendió a leer solo), 10, 12, 20.</p>
<u>3</u>	<p>SÍ: 1, 2 (con dificultad), 3, 4 (lentos), 5 (lentos), 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.</p> <p>NO: 10, 20.</p>
<u>4</u>	<p>Deficiente: 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 18, 20, 22.</p> <p>Normal: 7, 11, 16, 17, 19, 21.</p> <p>Buena: 3, 5, 14.</p>
<u>5</u>	N: 3, 4, 17, 21, 22 (no habla otra cosa que no sean cosas del colegio).

	<p>AV: 1, 2, 5, 6, 7 (antes siempre), 8, 11, 13, 14, 15, 18, 19.</p> <p>S: 9, 10, 12, 16, 20.</p>
<u>6</u>	<p>SÍ: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21.</p> <p>NO: 1, 5, 7, 18, 20, 22.</p>
<u>7</u> (Ítem a responder en caso afirmativo del anterior).	<p>Superficial: 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 (depende del niño/a), 14, 16, 17, 19.</p> <p>Profundo: 2, 3, 11, 13 (depende del niño/a), 15, 21.</p>
<u>8</u>	<p>Deficiente: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22.</p> <p>Normal: 1, 11, 21.</p> <p>Buena:</p>
<u>9</u>	<p>Deficiente: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22.</p> <p>Normal: 4, 11, 21.</p> <p>Buena:</p>
<u>10</u>	<p>SÍ: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.</p> <p>NO:</p>
<u>11</u>	<p>SÍ: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.</p> <p>NO: 3, 9.</p>
<u>12</u>	<p>N: 7, 15.</p> <p>AV: 1, 3, 8, 9, 17, 18, 20, 21, 22.</p> <p>S: 2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19.</p>

<u>13</u>	<p>SÍ: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21.</p> <p>NO: 7, 9, 15, 18, 22.</p>
<u>14</u>	<p>Ninguna: 15.</p> <p>Pocas: 3, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 22.</p> <p>Muchas: 1, 4, 6, 10, 11, 14, 19, 20, 21.</p> <p>Todas: 2, 5, 16.</p>
<u>15</u>	<p>SÍ: 2, 4, (apoyos visuales para organización, planificación, anticipación y normas), 5 (apoyos visuales con diferente funcionalidad: agendas, anticipaciones, normas, economía de fichas, guiones sociales, adaptaciones curriculares no significativas, etc.), 6 (pictogramas, tableros de comunicación, guiones e historias sociales, etc.), 8, 9, 10, 11, 12 (PECS, pictogramas), 13, 14 (PECS, Metodología TEACCH, pictogramas, anticipaciones), 16, 17 (no los necesita), 18 (no los necesita), 19 (no los necesita, aunque sí de anticipar), 20 (PECS, lengua de signos, etc.), 21 (pictogramas, aunque actualmente no son necesarios).</p> <p>NO: 1, 3, 7, 22.</p> <p>15 (sin responder).</p>
<u>16</u>	<p>N: 7, 15, 18.</p> <p>AV: 1, 3, 4, 8, 9, 13, 19, 20, 21, 22.</p>

	<p>S: 2, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 16.</p> <p>17 (sin responder).</p>
--	---

*Interacción Social (IS).

*Patrones Restringidos de Comportamiento (PRC).

*Lenguaje y Comunicación (LC).

*Funciones Ejecutivas (FE).

*Atención (A).

*Memoria (M).

*Familia (F).

*Escuela (E).

*Nunca (N).

*A veces (AV).

*Siempre (S).

Índice de anexos

Anexo 1

Cuestionario para el Análisis de las Dimensiones Psicológicas Deficitarias presentes en el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). (Fuente: Elaboración propia).

CUESTIONARIO PARA EL ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES PSICOLÓGICAS DEFICITARIAS PR ESENTES EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

El Cuestionario para el Análisis de las Dimensiones Psicológicas Deficitarias Presentes en el Trastorno del Espectro Autista (tea) -CADPDTEA-, forma parte de la investigación a realizar por Joel Corredera Pérez para el “Trabajo de Fin de Grado” (TFG) en Psicología. Dicho instrumento abarca un total de ocho dimensiones deficitarias de este trastorno, incluyendo, cada una, distinto número de ítems y diferentes formatos de respuesta (dicotómico, tipo Likert y abierta); si bien, la mayor parte de las preguntas poseen un formato de respuesta tipo Likert de hasta tres opciones (“Nunca”, “A veces” y “Siempre”). El procedimiento para cumplimentar el CADPDTEA, el cual ha de ser realizado por el profesional responsable de los/as participantes, es muy sencillo, simplemente debe rodear con un círculo la opción de cada ítem que mejor represente al niño/a con TEA. También se incluye la solicitud de información sobre variables de identificación del niño/a y de sus padres, la cual, obviamente, es opcional en caso de que los tutores legales del niño/a no quieran que se cubra. Muchas gracias por vuestra colaboración.

I. Variables del niño/a

Identificador nº:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Curso:

Colegio al que acude:

II. Variables familiares:

Datos del padre:

-Edad:

-Profesión:

Datos de la madre:

-Edad:

-Profesión:

-Nº de hermanos/as y sus edades (si tiene):

-Puesto entre los hermanos/as:

III. Motivo de la consulta:

-¿Cuál fue la problemática por la que solicitó la consulta?:

-¿Ha sido visto previamente por otros especialistas? (médicos, psicólogos). Indicar cuáles:

IV. Variables de historia personal:

-¿Acudió a la guardería?: Sí No

-¿En qué escuela estudia actualmente?:

Escuela Ordinaria Escuela de Necesidades Educativas Especiales

-¿A qué edad fue escolarizado?:

Breve evolución de su historia escolar:

-Adaptación: Favorable Desfavorable

-Relación con profesores/compañeros: Favorable Desfavorable

-Rendimiento: Favorable Desfavorable

Sociabilidad familiar y escolar:

-Familiar: Positiva Negativa

-Escolar: Positiva Negativa

Observaciones:

V. Variables de historial evolutivo

-¿A qué edad se le diagnosticó por primera vez de TEA?:

-Las características o síntomas de TEA, ¿le ocasionan un deterioro clínicamente significativo en algún ámbito de su vida? (familiar, social, académico, etc.)

-Indicar si el TEA del niño/a se acompaña de déficit intelectual, deterioro del lenguaje, va asociado a una afección médica o genética, o a algún factor ambiental conocido, se asocia a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento y/o se acompaña de catatonia:

-¿Cuándo comenzó a hablar?: Precoz Normal Retraso

Observaciones:

Dimensión I: Interacción Social

Nº de ítems: 22

1. ¿Se frustra con facilidad debido a que no comprende el funcionamiento de las reglas sociales con personas de todos los segmentos de edad? *Ejemplo: Enfadarse porque un niño/a se pusiera a llorar por un comentario que dijo que ofendió a ese mismo niño/a.*

Nunca A veces Siempre

2. ¿En una conversación, hace caso omiso a las palabras del interlocutor, no dejándose influenciar por él?

Nunca A veces Siempre

3. ¿Muestran expresiones faciales, por ejemplo, de alegría o de tristeza, a la hora de interactuar?

Nunca A veces Siempre

4. ¿Mantiene el contacto visual con su interlocutor durante el proceso interactivo?

Nunca A veces Siempre

5. ¿Es un blanco fácil de bromas o agresiones (físicas o psicológicas) debido a su ingenuidad?

Nunca A veces Siempre

6. ¿Muestra una conducta empática con aquellos con los que interactúa?

Nunca A veces Siempre

7. ¿Es fiel a las personas con las que interactúa, respetando sus formas de ser?

Nunca A veces Siempre

8. ¿Abandona un juego sin informar a sus compañeros/as de juego porque se frustra al no compartir sus reglas?

Nunca A veces Siempre

9. ¿Presenta dificultades a la hora de compartir sus juegos?

Nunca A veces Siempre

10. Si comparte los juegos, ¿suelen ser de corta duración?

Nunca A veces Siempre

11. ¿Felicita a los demás por sus logros?

Nunca A veces Siempre

12. Al finalizar una actividad, ¿se despide de los demás?

Nunca A veces Siempre

13. ¿Disfruta de actividades o juegos que gustan a la mayoría de los niños/as de su edad?

Nunca A veces Siempre

14. ¿Suele presentar tendencia a la soledad?

Nunca A veces Siempre

15. ¿Desea tener amistades, pero no sabe cómo hacerlas?

Nunca A veces Siempre

16. ¿Es excesivamente formal con alguien muy íntimo/a de su entorno y trata a un desconocido como si fuera un amigo/a íntimo/a?

Nunca A veces Siempre

17. ¿Cuándo no puede evitar el contacto social, sigue rutinas muy rígidas de conversación o sigue temas de conversación específicos?

Nunca A veces Siempre

18. ¿Le causa un nivel importante de ansiedad estar en grupo con otros niños/as?

Nunca A veces Siempre

19. ¿Tienen dificultades para entender los dobles sentidos? *Ejemplo: Cuando alguien le dice: “Vives en las nubes”*

Nunca A veces Siempre

20. ¿Le cuesta saber cuál es el momento adecuado para intervenir en una conversación, reconociendo las pausas o señales sutiles que lo invitan a participar?

Nunca A veces Siempre

21. ¿Mirar a los ojos le genera gran ansiedad, inquietud o nerviosismo?

Nunca A veces Siempre

22. ¿Responde negativamente a las peticiones de los demás?

Nunca A veces Siempre

Dimensión II: Patrones Restringidos de Comportamiento

Nº de ítems: 9

1. ¿Presenta interés obsesivo por una o varias temáticas? *Ejemplo: Dinosaurios, el Universo, etc.*

Sí No

2. ¿Se adhiere a una misma rutina diariamente, siendo muy perfeccionista con su cumplimiento?

Nunca A veces Siempre

3. ¿Manifiesta reacciones emocionales negativas desproporcionadas si se produce algún cambio en sus rutinas, incluso si se trata de un cambio que resulta positivo para él/ella?

Nunca A veces Siempre

4. ¿Realiza movimientos repetitivos estereotipados? *Ejemplo: Aleteo de manos, chasqueo de los dedos, etc.*

Nunca A veces Siempre

5. Los estímulos distractores, ¿son siempre los mismos en todas las tareas o actividades?

Nunca A veces Siempre

6. ¿Busca, preferentemente, seguir un sentido de justicia, estabilidad y orden? *Ejemplo: No darse cuenta de que hay veces que las normas pueden adaptarse según las situaciones o circunstancias.*

Nunca A veces Siempre

7. ¿Relaciona de manera excesivamente rígida situaciones similares? *Ejemplo: En el pasado ha vivido una experiencia angustiosa, y, como consecuencia, va a relacionar otras experiencias similares con ello; es decir, cree que va a vivir de nuevo esa situación angustiosa, lo que a su vez lleva a que el miedo sea desproporcionado a la situación.*

Nunca A veces Siempre

8. ¿Siente la necesidad imperiosa de terminar una tarea concreta, frustrándose mucho si no la puede concluir?

Nunca A veces Siempre

9. Indicar, rodeando con un círculo, el grado de los comportamientos restringidos y repetitivos del sujeto:

Grado 3 (interfieren notablemente en todos los ámbitos de su vida y sufren de una ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción).

Grado 2 (aparecen con clara frecuencia al observador casual, interfiriendo en el funcionamiento de diversos contextos y con una ansiedad/dificultad para cambiar el foco de acción).

Grado 1 (interfieren en uno o más contextos, con problemas de alternancia de actividades, organización y planificación, dificultando así su autonomía).

Dimensión III: Lenguaje y Comunicación

Nº de ítems: 21

1. ¿Tuvo problemas a lo largo del proceso de adquisición del habla?

Sí No

2. ¿Tiene dificultades a la hora de expresar oralmente palabras u oraciones desde el punto de vista gramatical y sintáctico?

Nunca A veces Siempre

3. ¿No deja hablar o ignora lo que le dice el/la interlocutor/a durante una conversación?

Nunca A veces Siempre

4. ¿Habla sobre, únicamente, temáticas de su interés?

Nunca A veces Siempre

5. Ante una temática de su interés, ¿aporta una excesiva cantidad de información?

Nunca A veces Siempre

6. ¿Domina un número de temas muy restringidos sobre los que hablar?

Nunca A veces Siempre

7. ¿Interpreta literalmente las palabras de los demás?

Nunca A veces Siempre

8. ¿Comparte sus experiencias o emociones?

Nunca A veces Siempre

9. ¿Presenta rasgos de entonación átonos e incoherentes con la intención comunicativa?

Nunca A veces Siempre

10. ¿Habla entrecortadamente, demasiado rápido o adecuadamente?

Entrecortadamente Demasiado rápido Adecuadamente

11. ¿Cómo modula su habla? (Tono, Volumen, Velocidad y Pronunciación). (*Marcar la opción más característica de cada aspecto del niño/a con TEA*).

Tono Adecuado/Inadecuado Volumen Bajo/Adecuado/Alto

Velocidad Baja/Adecuada/Alta Pronunciación Buena/Mala

12. ¿Varía los turnos del habla a través del contacto ocular?

Nunca A veces Siempre

13. ¿Cómo es su coordinación y flexibilidad en relación con sus gestos manuales y corporales? (*Marcar la opción más característica de cada aspecto del niño/a con TEA*).

Coordinación Buena/Mala Flexibilidad Escasa/Alta

14. ¿Emplea expresiones faciales coherentes con la situación comunicativa?

Nunca A veces Siempre

15. ¿Adopta posturas corporales adecuadas con la situación comunicativa?

Nunca A veces Siempre

16. ¿Emplea la comunicación únicamente para pedir?

Sí No

17. ¿Emplea la comunicación únicamente para rechazar?

Sí No

18. ¿Con qué frecuencia emplea el lenguaje oral?

Baja Media Alta

19. ¿Presenta ecolalia? (repetición involuntaria e inconsciente de palabras, frases o incluso conversaciones que haya escuchado con anterioridad).

Nunca A veces Siempre

20. ¿Tiene problemas a la hora de asimilar órdenes para el funcionamiento grupal porque afirma no entender el lenguaje de los adultos?

Nunca A veces Siempre

21. Indicar, rodeando con un círculo, el grado de las dificultades en la comunicación social verbal y no verbal del sujeto:

Grado 3 (causan alteraciones graves del funcionamiento, con un inicio muy limitado de las interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de otras personas).

Grado 2 (problemas sociales aparentes incluso con ayuda *in situ*, con inicio limitado de interacciones sociales y respuesta reducida o no normal a la apertura social de otras personas).

Grado 1 (problemas importantes sin ayuda *in situ*, con dificultad para iniciar interacciones sociales y respuestas atípicas e insatisfactorias durante el proceso interactivo, pareciendo así que tiene poco interés en este último).

Dimensión IV: Funciones Ejecutivas

Nº de ítems: 7

1. ¿Presenta dificultades para controlar la conducta y alcanzar una meta determinada? *Ejemplo: Hacer una tarea escolar.*

Nunca A veces Siempre

2. ¿Se distrae con facilidad a la hora de realizar tareas que no sean de su interés?

Nunca A veces Siempre

3. ¿Es necesario llamar su atención para que se centre en las tareas?

Nunca A veces Siempre

4. Cuando las tareas no son de su interés, ¿les resultan excesivamente largas pese a no serlo?

Nunca A veces Siempre

5. Cuando las tareas no son de su interés, ¿las realiza rápidamente sin importarle si el resultado está correcto o no?

Nunca A veces Siempre

6. ¿Pierde, fácilmente, el seguimiento necesario para la ejecución de las tareas?

Nunca A veces Siempre

7. ¿Se agota con facilidad durante la realización de una tarea?

Nunca A veces Siempre

Dimensión V: Atención

Nº de ítems: 7

1. ¿Presenta problemas a la hora de prestar atención a dos estímulos a la vez? *Ejemplo: Hacer una tarea y al mismo tiempo atender a alguien que le está hablando.*

Nunca A veces Siempre

2. ¿Reacciona con lentitud a estímulos que surgen repentinamente?

Nunca A veces Siempre

3. ¿Es capaz de cambiar con rapidez el foco atencional?

Nunca A veces Siempre

4. ¿Es capaz de controlar respuestas automáticas (impulsos), sustituyéndolas por respuestas mediadas por el razonamiento y la atención?

Nunca A veces Siempre

5. ¿Presenta escasa motivación a la hora de escuchar y procesar órdenes?

Nunca A veces Siempre

6. ¿Le cuesta identificar la información relevante?

Nunca A veces Siempre

7. ¿Se distrae, fácilmente, con estímulos irrelevantes?

Nunca A veces Siempre

Dimensión VI: Memoria

Nº de ítems: 9

1. ¿Tiene dificultades a la hora de memorizar gestos fundamentales para la interacción social? *Ejemplo: Mirar a los ojos cuando se habla, expresiones faciales, conductas posturales, etc.*

Nunca A veces Siempre

2. ¿Tiene problemas a la hora de construir enunciados nuevos a través del aprendizaje de nuevas reglas gramaticales?

Nunca A veces Siempre

3. ¿Tiene dificultades en la memoria episódica? (Memoria sobre hechos biográficos de su vida).

Sí No

4. En caso afirmativo del *Ítem 3* ¿Cómo se manifiestan estas dificultades? (*Posibilidad de marcar más de una opción*).

Recuerdo desorganizado.

Omisión de detalles.

Problemas a la hora de comprender la naturaleza de las representaciones mentales.

Otras.

5. ¿Tiene dificultades a la hora de utilizar la memoria operativa necesaria para realizar tareas específicas?

Nunca A veces Siempre

6. ¿Su memoria para aprender el significado de las palabras, así como también la asociación de unos conocimientos con otros, está preservada?

No está preservada Relativamente preservada Preservada

7. ¿El conocimiento más reciente que haya aprendido influye en sus futuras respuestas a otras situaciones?

Nunca A veces Siempre

8. A la hora de memorizar una información determinada, ¿presenta el denominado “Efecto de Primacía”? (La información presentada en primer lugar es la que más influye en interpretaciones posteriores).

Nunca A veces Siempre

9. A la hora de memorizar una información determinada, ¿presenta el denominado “Efecto de Recencia”? (La información presentada en último lugar es la que más influye en interpretaciones posteriores).

Nunca A veces Siempre

Dimensión VII: Familia

Nº de ítems: 16

1. ¿Supuso un gran impacto emocional en la familia (padres, abuelos, tíos...) el diagnóstico del niño/a con TEA?

Sí No

2. ¿Hubo alteración en las relaciones del niño/a con TEA con sus familiares? (padres, abuelos, tíos...).

Sí No

3. En caso afirmativo en el *Ítem 2* ¿Fue una alteración positiva o negativa?

Positiva Negativa

4. ¿Cuál de las siguientes reacciones tuvo la familia tras ser informada del diagnóstico? (*Posibilidad de marcar más de una opción*)

Conmoción o bloqueo.

Ignorar el problema.

Explicar el problema a partir de sus interpretaciones.

Adaptación a las necesidades del niño/a con TEA.

5. ¿Hubo cambios en la relación de pareja?

Sí No

6. En caso afirmativo en el Ítem 5 ¿Fueron positivos o negativos?

Positivos Negativos

7. ¿Requirió la familia de ayuda y asesoramiento?

Nunca A veces Siempre

8. Tras el diagnóstico, ¿la familia buscó información acerca del desarrollo y salud de su hijo/a?

Nunca A veces Siempre

9. ¿Demandaron una mayor cantidad de servicios y recursos?

Nunca A veces Siempre

10. ¿Perdieron confianza, acerca de sus posibilidades educativas, en lo concerniente a que su hijo/a con TEA lograra un desarrollo lo más óptimo posible?

Nunca A veces Siempre

11. ¿Están preocupados por el presente del niño/a?

Nunca A veces Siempre

12. ¿Están preocupados por el futuro del niño/a, incluyendo su independencia?

Nunca A veces Siempre

13. ¿Hubo un incremento de la dedicación familiar tras el diagnóstico?

Sí No

14. ¿Contribuye la familia a que el niño/a con TEA desarrolle las competencias necesarias para asegurar su adecuado desarrollo y evolución?

Nunca A veces Siempre

15. ¿Desarrolló la familia estrategias de superación y de comprensión del trastorno contando con la ayuda de profesionales especializados?

Sí No

16. La familia, ¿recurrió a varios profesionales en busca de un diagnóstico fiable, mostrando una angustia creciente?

Sí No

Dimensión VIII: Escuela

Nº de ítems: 16

1. ¿Presenta problemas de comunicación social en el ámbito escolar?

Nunca A veces Siempre

2. ¿Desarrolló progresos en la lectura mecánica durante los primeros años de Educación Primaria?

Sí No

3. ¿Desarrolló progresos en el cálculo durante los primeros años de Educación Primaria?

Sí No

4. ¿Cómo era su destreza de manejo del lápiz durante los primeros años de Educación Primaria?

Deficiente Normal Buena

5. ¿Los temas obsesivos del niño/a entorpecen el desarrollo de las clases de los docentes?

Nunca A veces Siempre

6. ¿Presenta interés social por un niño/a o grupo de niños/as concretos?

Sí No

7. En caso afirmativo en el *Ítem 6* ¿Es superficial o profundo?

Superficial Profundo

8. ¿Cómo es su capacidad para hacer amigos?

Deficiente Normal Buena

9. ¿Cómo es su capacidad para saber mantenerlos?

Deficiente Normal Buena

10. El tutor/a y demás docentes del niño/a, ¿tienen conocimiento del TEA del niño/a?

Sí No

11. El tutor/a y demás docentes del niño/a, ¿tienen conocimiento de la información extraída del informe psicopedagógico del niño/a para implantar una adecuada intervención educativa?

Sí No

12. ¿Existe colaboración entre el tutor/a del niño/a con el departamento de orientación del colegio?

Nunca A veces Siempre

13. ¿Garantiza el departamento de orientación un seguimiento de la intervención educativa?

Sí No

14. ¿La situación de aula garantiza todas las necesidades del niño/a con TEA?

Ninguna Pocas Muchas Todas

15. ¿Es conocedora la comunidad educativa (centro escolar) de sistemas alternativos de comunicación con el niño/a con TEA?

Sí No

En caso afirmativo, indicar cuáles:

16. ¿Se adapta el entorno escolar, en la medida de lo posible, a las características del niño/a con TEA?: *Ejemplo: Empleo predominante de la comunicación verbal sobre la no verbal.*

Nunca A veces Siempre

Protección de Datos.

Yo, Joel Corredera Pérez, me comprometo a que todos los datos personales recogidos en esta investigación serán tratados conforme a las leyes vigentes de protección de datos (LOPD-GDD 3/18 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). Sin embargo, reitero que en esta investigación no se recopila información de identificación personal (ningún nombre, pasaporte, dirección de correo electrónico o postal, teléfono, etc.).

Otras consideraciones a tener en cuenta.

Si algunos de los participantes fueran menores de edad, serán los padres/tutores legales de estos quienes den su consentimiento para participar en la investigación.

La participación en el estudio será totalmente voluntaria, se protegerá los derechos y el bienestar de los sujetos que dan su consentimiento a participar según Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD). La confidencialidad de la información se hará cuidando el material recogido, sin incluir ningún dato personal que pueda identificar a ningún participante. No existen riesgos para los sujetos, y las molestias serán mínimas o inexistentes, tampoco se producirá una violación de las expectativas normales de los mismos.

A todos los participantes se les informará que se trata de una investigación realizada desde la Universidad de Santiago de Compostela, se indicará el objetivo del estudio y la importancia de su participación voluntaria para alcanzar un mayor conocimiento sobre esta área del conocimiento. Asimismo, se les informará que la información que aporten será anónima y confidencial y, por último, se les agradecerá su participación.

Índice de figuras

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA empleado para la selección de artículos del trabajo. (Fuente: Elaboración propia).

