



## Diagnóstico en niños con trastornos del espectro autista en su desarrollo en la comprensión textual

### Diagnosis in children with autism spectrum disorders: their development in text comprehension

Giselvis Aguiar Aguiar,<sup>1</sup>Deborah Mainegra Fernández,<sup>2</sup>Olivia García Reyes,<sup>3</sup>Yenira Hernández Fonticiella<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Educación, Especialidad de Educación Especial. Máster en Ciencias de la Educación. Asistente. Universidad Hermanos Saíz Montes de Oca de Pinar del Río. Cuba. [giselvis.aguiar@upr.edu.cu](mailto:giselvis.aguiar@upr.edu.cu)

<sup>2</sup>Doctora en Ciencias Pedagógicas, Investigadora y docente del Centro de estudios pedagógicos para la educación general (CEPEG). Profesora Titular. Universidad Hermanos Saíz Montes de Oca de Pinar del Río. Cuba. [debora.mainegra@upr.edu.cu](mailto:debora.mainegra@upr.edu.cu)

<sup>3</sup>Doctora en Ciencias Pedagógicas. Jefa del Departamento de Educación Especial y Logopedia. Profesora Auxiliar. Universidad Hermanos Saíz Montes de Oca de Pinar del Río. Cuba. [olivia.reyes@upr.edu.cu](mailto:olivia.reyes@upr.edu.cu)

<sup>4</sup>Logopeda. Máster en Ciencias de la Educación. Mención Educación Especial. Profesora Asistente. Escuela Especial

Hermanos Saiz. Pinar del Río.Cuba.  
[yenira@nauta.cu](mailto:yenira@nauta.cu)

**Recibido:** 14 de septiembre de 2016

**Aprobado:** 6 de diciembre de 2016

---

## RESUMEN

**Introducción:** el diagnóstico temprano constituye una necesidad para dar respuesta a los procesos de evaluación e intervención de los niños con trastornos del espectro autista.

**Objetivo:** proponer un protocolo de valoración a partir de criterios actuales del Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría que servirá de guía a especialistas médicos, pedagogos, familia y docentes en formación para el proceso de diagnóstico e intervención en los trastornos del espectro autista.

**Método:** estudio de corte pedagógico donde se utilizaron métodos del nivel teórico, empírico y estadístico que permitieron recopilar, interpretar y procesar la información relacionada con la temática.

**Resultados:** se constató la necesidad de contar con un protocolo de valoración para la evaluación clínica y psicopedagógica de los niños con trastornos del espectro autista. Constituye un recurso para apoyar el diagnóstico temprano y la calidad en la intervención clínica y educativa desde las edades tempranas.

**Conclusiones:** el estudio responde a un enfoque clínico y pedagógico. Se inserta en la concepción actual para enfrentar el perfeccionamiento en la educación de estos escolares en la diversidad de contextos educativos, lo cual contribuye al desarrollo de la inclusión social de las personas con trastornos del espectro autista.

**DeCS:** diagnóstico, intervención, protocolo, texto, trastorno del espectro autista.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the early diagnosis is essential to respond to the processes of evaluation and intervention in children with autism spectrum disorders.

**Objective:** to propose a protocol of assessment based on the current criteria of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (DSM-5)* that will guide medical specialists, pedagogues, family and teachers in training for the diagnosis and intervention process in autism spectrum disorders.

**Method:** a pedagogical study where theoretical, empirical and statistical methods were used to compile, interpret and process information related to the subject matter.

**Results:** the need for an assessment protocol for the clinical and psychopedagogical assessment of children with autism spectrum disorders was established. It is a resource to support the early diagnosis and the quality in clinical and educational intervention from the earliest ages.

**Conclusion:** the study responds to a clinical and pedagogical approach. It is inserted in the current conception that deals with the improvement in the education of these students within a diversity of educational contexts, which contributes to the development of social inclusion of people with autism spectrum disorders.

**DeCS:** diagnosis, intervention, protocol, text, autism spectrum disorder

---

## INTRODUCCIÓN

El término "autismo" es utilizado en Psiquiatría para significar retraído y absorto en sí mismo; proviene de la palabra griega "autos" que significa "en sí mismo", "propio". Su definición no es una tarea fácil, pues han pasado muchos años desde que en 1943 Leo Kanner, psiquiatra austríaco residente en los Estados Unidos, lo hizo por primera vez después de describir detalladamente once casos de niños que presentaban características peculiares que los diferenciaban del resto de los menores con alteraciones psicopatológicas.

El término trastorno autista, sucedió al de autismo infantil, ya que este último no resulta correcto para los individuos que maduran y se convierten en adultos. A partir del año 1994, como resultado de importantes estudios, se comienza a conceptualizar por la Organización Panamericana de la Salud como: "un trastorno generalizado del desarrollo, que se define por la presencia de un desarrollo (...) deteriorado que se manifiesta antes de los tres años de edad y un tipo característico de funcionamiento (...) en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca, comunicación y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo".<sup>1</sup>

Los términos *Trastornos del Espectro Autismo* y *Trastornos Generalizados del Desarrollo* han sido empleados de forma equivalente para referirse a un amplio espectro de trastornos neuroevolutivos, los cuales pueden presentar alteraciones en la socialización, comunicación e imaginación. El concepto de Espectro Autismo fue desarrollado inicialmente por Lorna Wing y Judith Gould en 1979, a partir de los estudios realizados en Londres con el objetivo de conocer las características y el número de niños y niñas menores de 15

años con deficiencias importantes en las capacidades de relación.

En Cuba, se registran investigaciones que durante los últimos años han estudiado al autismo desde diferentes puntos de vista, desde el campo de la Psiquiatría se conceptualiza como un trastorno profundo del desarrollo, que es expresión de una disfuncionalidad del Sistema Nervioso Central para procesar la información que afecta las áreas de interacción social recíproca, el lenguaje (verbal y no verbal) y el repertorio marcadamente restringido de actividades e intereses. Aparece antes de los 36 meses.<sup>1</sup>

En Cuba, se reporta una incidencia de 2 a 4 por cada 10 000, aunque según afirma Ravelo, V. "existe la posibilidad de que las cifras sean mucho más bajas que los actuales reportes de hasta uno por 100 de todo el espectro que en algunos países se estiman, pues es cierto que el aumento del reporte para algunos está dado por el mayor conocimiento que del trastorno se tiene, así como la diversidad en las definiciones, los sesgos estadísticos etc., lo que hace parecer que realmente hay más casos".<sup>2</sup>

Los últimos estudios confirman la hipótesis planteada por la autora mencionada anteriormente acerca de la baja prevalencia en Cuba, donde se han diagnosticado con autismo a 241 niños y niñas de todo el país lo que significa una tasa de prevalencia de: 0,04 por cada 1 000 habitante. Una de las razones, entre otras: la edad de diagnóstico se ha reducido (dos y tres años) en La Habana a edades que son aspiración de muchos países que tienen una larga y consolidada experiencia en estudios al respecto.

A partir de la publicación el en 2013 de la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V)<sup>3</sup>, es un hecho la redimensionalidad del diagnóstico y la intervención en los TEA atendiendo a los criterios diagnósticos del DSM-V y el amplio espectro en los que se mueve esta categoría diagnóstica, por lo que se considera necesario como principal objetivo del presente artículo proponer un

protocolo de valoración a partir de los criterios actuales del DSM-V que servirá de guía a especialistas médicos, pedagogos, familia y docentes en formación para el proceso de diagnóstico e intervención en los TEA.

---

## DESARROLLO

En mayo de 2013, se publicó el DSM-V, la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, donde se establece que el trastorno autista se convierte en el único diagnóstico posible de la actual categoría diagnóstica de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y pasa a llamarse "trastorno del espectro de autismo" (TEA)<sup>3</sup>, resulta de gran relevancia la evaluación integral del niño desde los distintos contextos donde se desenvuelve: familiar, escolar y clínico. Según lo planteado, el nivel de adaptación del niño en estos contextos será una información indispensable para establecer el diagnóstico, el cual deberá cumplir los siguientes criterios:

A. Déficit persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los tres déficit siguientes:

1. Déficit en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.

2. Déficit en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; que pueden abarcar desde una comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anomalías en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficit en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.

3. Déficit en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores); que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.

B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:

1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).

2. Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).

3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).

4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).

C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).

D. La conjunción de síntomas limita y discapacitan para el funcionamiento cotidiano.

Deben cumplirse los criterios A, B, C y D. (Quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría).

La autora considera que esta conceptualización desde el criterio clínico no favorece el desarrollo de las potencialidades a partir de la acción educativa, no tiene en cuenta el contexto comunitario para el desarrollo de la socialización y la preparación para la vida, además solamente ve la adaptación del niño a los diferentes contextos sin tener en cuenta la necesidad de educar socialmente al niño para una interacción comunicativa y social adecuada.

Es precisamente por estas razones que la autora considera que los escolares con autismo presentan un trastorno del desarrollo que aparece en la infancia temprana, donde se presentan alteraciones variadas en la comunicación social y comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas. Se caracteriza por la variabilidad en los niveles de desarrollo y la heterogeneidad del trastorno, susceptible de ser compensada por acciones educativas oportunas en los diferentes contextos, que les permita educarse socialmente para la vida y favorezca la inclusión social.

La detección de síntomas relacionados con trastornos del neurodesarrollo por parte de servicios médicos, educativos, o de la propia familia, se realiza cada vez a una edad más temprana; en consecuencia, la llegada de niños con edades comprendidas entre 2 y 3 años a los Servicios de Valoración y Diagnóstico es más frecuente.

Los principales síntomas de TEA que la familia y el centro de educación infantil pueden observar antes de los dos años, hacen referencia a escasas conductas de referencia social como mostrar objetos, señalar para compartir interés, mirar a un objeto sostenido o señalado por otra persona, dificultades para responder y dirigir expresiones emocionales a otras personas como la sonrisa social, compartir afecto positivo sobre todo para iniciar conductas de atención conjunta, e interacción menos sincrónica con la madre; síntomas referidos en diferentes estudios<sup>4</sup>

<sup>6</sup>. A éstos se añaden conductas como una menor anticipación al refuerzo de estímulos sociales y ausencia de orientación al nombre.

Otras características referidas son la falta de interés social, reactividad, y escasa imitación.

En relación al lenguaje, se ha observado que los niños con TEA pueden tener un retraso en el lenguaje expresivo receptivo, una entonación atípica, y menor coordinación de las conductas comunicativas no verbales.<sup>5</sup>

Por otro lado, también informan de patrones atípicos en su conducta motora. Posturas inusuales especialmente de manos y dedos, conducta repetitiva motora, y mayor actividad motriz.<sup>5-8</sup>

Las conductas sensoriales inusuales, tales como el análisis visual de objetos, mayor dificultad para desenganchar la atención de estímulos visuales, y cuadros de conductas atípicas como girar, rodar y rotar objetos son otras de las características encontradas con frecuencia en los niños con TEA.

Las reacciones de malestar extremo, dificultades para calmarse, y menor regulación del estado emocional, también relacionados con síntomas conductuales.<sup>7-</sup>  
<sup>8</sup>En cuanto a la conducta presimbólica, los esquemas de acción en el juego son más escasos que en estudios con controles sanos. Estos esquemas pueden ser consigo mismo, con otros y con un objeto. Por ejemplo, beber de un biberón de juguete, beber de un vaso, dar de comer a otro, peinar a un muñeco, entre otras.

Todos estos síntomas descritos son característicos de un cuadro de TEA, pero no aparecen de forma simultánea en todos los niños. Además, algunos también pueden estar presentes en otros tipos de trastornos (TDHA, Retraso Mental, Trastorno Mixto del Lenguaje); por lo que se hace imprescindible una observación minuciosa del desarrollo del niño durante sus primeros años de vida con el fin de establecer un diagnóstico diferencial entre TEA y otros trastornos.

De esta manera, se puede dar una respuesta a las expectativas de la familia en relación al porqué del comportamiento de su hijo y cómo enfocar una intervención que favorezca y optimice el desarrollo integral del niño. Para ello, es necesario llevar a cabo una valoración que permita establecer no sólo el diagnóstico, sino las habilidades y las necesidades de intervención más significativas y apropiadas para cada niño. En este sentido, se considera imprescindible la elaboración de un protocolo exhaustivo que establezca perfiles neurocognitivos, adaptativos, de lenguaje y comunicación social, que puedan evolucionar con mayor probabilidad hacia un diagnóstico real de TEA.

### **Elaboración del protocolo de valoración**

El protocolo planteado debe abarcar los siguientes procesos:

a) Protocolo de observación cualitativa: en situación de juego con distintos juguetes empleados comúnmente con niños pequeños, se observa el interés del niño por los diversos materiales y como los utiliza e interacciona con el adulto. Se tiene en cuenta el uso funcional de los juguetes, el inicio de juego simbólico, el intercambio comunicativo, sus respuestas sensoriales ante diferentes estímulos, la permanencia en el juego, flexibilidad para cambiar de actividad, medios comunicativos verbales y gestuales, las manifestaciones de afecto positivo y negativo y las expresiones faciales.

b) Entrevista Clínica: entrevista clínica semiestructurada con los padres donde se recogen datos relacionados con la anamnesis, antecedentes personales y familiares, el desarrollo del niño, las primeras manifestaciones de las dificultades, el desarrollo social temprano y actual, juegos e intereses, el patrón conductual, respuestas sensoriales a estímulos, comunicación y lenguaje, aspectos relacionados con hábitos de sueño y alimentación, consultas y pruebas realizadas desde los distintos servicios médicos.

c) Evaluación Neuropediátrica: partir siempre de una evaluación neuropediátrica conjunta con el servicio médico correspondiente, en la que se puedan descartar patologías de origen sindrómico o neurológico asociados a un cuadro de TEA.

d) Visita a círculos infantiles y escuelas: Se lleva a cabo una visita al centro escolar al que pertenece el niño, con el objetivo de hacer una observación directa del niño en actividades dirigidas dentro del aula y en actividades libres en la hora del patio. Es de suma importancia la participación de los profesionales de la educación (Centro de Diagnóstico y Orientación y educadores del niño) en el proceso de diagnóstico, pues sin dudas aportarán elementos cualitativos indispensables sobre el desarrollo actual y potencial del menor, lo cual facilitará la elaboración de acciones educativas y de orientación a padres durante y después del diagnóstico.

Posteriormente se hace una reunión con los tutores y otros profesionales implicados para establecer las potencialidades, dificultades, necesidades, y características del niño.

Todo ello permite establecer el nivel de adaptación del niño al entorno escolar donde se encuentra.

e) Visita a domicilio: Se realiza una visita al domicilio del niño para observar la dinámica familiar y como se desenvuelve el niño en su entorno natural.

f) Visionado de videos: Los padres facilitan videos de eventos familiares en los que participa el niño desde su primer año de edad; como por ejemplo, fiestas de cumpleaños, salidas al parque, vacaciones, etc. Posteriormente se analizan los vídeos valorando aspectos cualitativos relacionados con la comunicación social y la conducta del niño.

g) Pase de pruebas: Se realizan las pruebas correspondientes para la evaluación de todas las áreas del desarrollo<sup>9</sup>. A nivel internacional las más utilizadas son:

- La batería cognitiva de la Escala de Desarrollo Merrill- Palmer Revisada (Gale, H., Jackie, L. 2004). Las escalas de la batería cognitiva evalúan la cognición, la motricidad fina, la coordinación visomotora, la velocidad de procesamiento y el lenguaje receptivo en niños de 0,1 a 6,6 años, permitiendo la identificación temprana de un posible retraso del desarrollo.
- La Vineland Adaptive Behavior Scales 2nd edition, permite obtener la edad de desarrollo del niño en áreas como las habilidades de la vida diaria, la socialización, la comunicación y la adquisición de hitos motores (desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa).
- La Reynell Developmental Language Scales (RDLS III, Edwards et al. 1997), evalúa también el nivel de lenguaje expresivo y receptivo del niño a través de la cual proporciona información cualitativa y cuantitativa del lenguaje expresivo y comprensivo, permitiendo establecer la edad de desarrollo verbal de niños a partir de los 18 meses.
- Las edades de desarrollo obtenidas en las escalas Vineland a nivel de lenguaje, junto a los resultados obtenidos en la escala Reynell, orienta acerca del módulo del ADOS-G más apropiado para cada niño.
- La evaluación del lenguaje se acompaña del Cuestionario de Comunicación y Juego Simbólico CSBS, el cual es cumplimentado por los padres. En él se tiene en cuenta no sólo el uso del lenguaje, sino también otros medios comunicativos no verbales.
- Las Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version (BRIEF, Gioia, G., et al., 2003), permiten realizar un análisis cualitativo y cuantitativo de las observaciones de los padres y maestros acerca de los prerrequisitos necesarios para el desarrollo de las funciones ejecutivas, en niños de 24 a 72 meses.
- Escala Sensory Profile (Sensory Profile Dunn, W., 1999), la cual evalúa la respuesta sensorial del niño ante diversos estímulos. A nivel de pruebas específicas para el diagnóstico diferencial, la evaluación incluye el ADOS-G (Programa de Observación Diagnóstico de Autismo-Genérico, Lord, C., et al., 2000) y el ADI-R (Entrevista

clínica para el diagnóstico de autismo, edición revisada <sup>9-10</sup>. El ADOS-G es una evaluación estandarizada de observación semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o uso imaginativo de materiales, con situaciones sociales de juego e intercambios comunicativos, aplicable en niños con un desarrollo cognitivo superior a 36 meses.

- EL ADI-R es una entrevista clínica para los padres en la que se evalúan las áreas principales para el diagnóstico de niños con TEA: alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca, alteraciones cualitativas de la comunicación, y patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados.

h) Devolución de resultados a la familia: una vez obtenidos los resultados se elabora un informe en el que se describen tanto los aspectos que favorecen el desarrollo del niño, como las áreas que requieren atención. Se representan los resultados cualitativos y cuantitativos estableciendo si el niño cumple los criterios para un TEA, o si sus características son compatibles con otro tipo de trastorno.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se elabora una propuesta de intervención multidisciplinar y ajustada a las necesidades del niño. En esta intervención participan, según el caso, los profesionales de logopedia, psicología, Educación Especial (CDO y maestros de la institución donde se encuentra el niño y de la escuela especial), fisioterapia, otros que se consideren.

- i. En caso que el niño sea diagnosticado con TEA se orientará a la familia y los profesionales la necesidad de que el niño asista durante un mes a la escuela especial para niños con TEA para que sea observado, y se defina la modalidad de atención educativa que recibirá.

Cuando el niño y su familia asiste por primera vez a la escuela es necesario brindarle toda la atención que merecen y

que conozcan el funcionamiento del centro, así como las posibilidades de desarrollo que tienen los niños con la aplicación de una intervención temprana, oportuna y multifactorial.

Durante el primer mes en la escuela se realiza la evaluación inicial, por la Comisión de Clasificación y Apoyo al Diagnóstico la cual la integran maestros, especialistas de la escuela y el CDO (logopeda, psicóloga, pedagoga, rehabilitadora, enfermera), y la psiquiatra infantil que atiende el centro. En este periodo el niño es observado y pasado los 30 días se realiza su primera evaluación donde este equipo multidisciplinario aplica el Inventario de las Dimensiones del espectro autista creado por Riviere, A (1997)<sup>10</sup>, donde a partir de sus resultados se elabora la estrategia educativa integral y se define la modalidad de atención del niño.

Una de las mayores dificultades y que por su importancia para esta investigación se abordará son las dificultades marcadas que presentan en el lenguaje receptivo las escolares con TEA, los cuales se recogen en los cuatro niveles de la dimensión de trastorno cualitativo del lenguaje receptivo, descritos por Riviere, A(1997)<sup>10</sup> en el Inventario de las dimensiones del espectro autista (IDEA), el cual es uno de los instrumentos de exploración psicopedagógica aplicable a los niños con TEA para el proceso de diagnóstico y evaluación psicopedagógica.

A juicio de la autora en la concepción actuante este instrumento se utiliza para desarrollar estos dos importantes procesos en la práctica educativa pero no se utiliza adecuadamente para concretar el proceso de enseñanza-aprendizaje, fundamentalmente por el carácter clínico de este instrumento, de manera que posibilite la calidad en la respuesta educativa a cada uno de estos educandos, por tanto es importante que en el proceso de evaluación psicopedagógica los participantes diagnostiquen con precisión en qué nivel de desarrollo se encuentra el alumno y que acciones pertinentes, objetivas y contextualizadas se propondrán en la estrategia de atención educativa para que el escolar transite de un nivel a otro. Por su parte el maestro debe tener en

cuenta estos 4 niveles de la dimensión de trastorno cualitativo del lenguaje receptivo para la organización del proceso de enseñanza-aprendizaje de la comprensión textual, teniendo en cuenta la variabilidad en los niveles de desarrollo.

Es obvia y lógica la relación que existe entre estos niveles y los cuatro del lenguaje expresivo, relación que también suscita en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la comprensión textual. En la práctica educativa actual el desconocimiento que existe en esta relación y la manera de estimularlas, ha influido en una cierta desestimación de la importancia que esta reviste para el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje de la comprensión textual en los escolares con TEA.

Y es que, pese a que la gran mayoría de los docentes reconoce que es relevante su desarrollo desde edades tempranas, en las prácticas educativas suele ser una preocupación que queda invisibilizada tras otras actividades o tareas de aprendizaje que se plantean como más prioritarias.

En correspondencia con las ideas anteriores, se considera que los escolares con TEA presentan necesidades educativas especiales en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la comprensión textual, las cuales deben ser atendidas para lograr un adecuado proceso de comunicación e inclusión social; ellas son:

- Adquirir competencia social y comunicativa: saber escuchar, hablar, interactuar, respetar normas, responder a llamados de otros.
- Aumentar la capacidad de comunicación: expresión y comprensión oral y escrita.
- Acceder a los aprendizajes mediante la manipulación de la información.
- Acceder a la simbolización y la abstracción de conceptos.
- Adquirir mayor autonomía en el contexto escolar.
- Generalizar los aprendizajes a otros contextos y situaciones.

Las ideas anteriores aportan un carácter peculiar al proceso de enseñanza-

aprendizaje de la comprensión de textos en la educación de escolares con TEA, que reclama de una organización en que se revelen las funciones comunicativas en el contexto socio histórico cultural, que contribuya a la comunicación social de los escolares en el I ciclo.

---

## CONCLUSIONES

Dentro del espacio problemático que ocupa el diagnóstico temprano en los niños con trastornos del espectro de autismo, se encuentra la actualidad desde los criterios del DSM -V. Su expresión en el desarrollo de la comprensión textual dada la complejidad del trastorno y el proceso de evaluación psicopedagógica, demanda la transformación educativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje del escolar con TEA donde la multifactorialidad y la multidisciplinariedad constituye una necesidad para el logro del perfeccionamiento en los procesos de diagnóstico e intervención.

El artículo constituye una guía de apoyo al personal médico, pedagogos, familia y comunidad para el conocimiento de los procesos de diagnóstico e intervención del niño con TEA a la luz del DSM-V.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ravelo, V., Chkut, T., Escalona, E.: "La atención educativa integral a niños(as) con formas cualitativamente complejas de expresión de sus discapacidades". Curso Pre-Congreso, La Habana, 2006.
2. Ravelo, V. Informe de resultados sobre el estudio de prevalencia realizado en Ciudad de La Habana por el Instituto de Neurociencias de Cuba. Ministerio de Salud de Pública. La Habana, 2003. [www.wpanet.org/uploads/Sections/Clasificacion\\_Diagnostic/gladp.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Clasificacion_Diagnostic/gladp.pdf)



3. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual psiquiátrico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) España: Editorial Mansso, s.a <http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4949/DSM5-Manual-Diagnostico-y-Estadistico-de-los-Trastornos-Mentales.html>.
  4. Yirmiya, N., Gamliel, I., Pilowsky, T., et al. The development of siblings of children with autism at 4 and 14 months: social engagement, communication, and cognition. 2013 Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines; 47, 511-523. [http://docs.autismresearchcentre.com/papers/2006\\_Yirmiya\\_Dev%20of%20Siblings\\_JCPP.pdf](http://docs.autismresearchcentre.com/papers/2006_Yirmiya_Dev%20of%20Siblings_JCPP.pdf)
  5. Palomo, R. Los síntomas de los trastornos del espectro de autismo en los primeros dos años de vida: Una revisión a partir de los estudios longitudinales prospectivos. 2014. Equipo IRIDIA, Soc. Coop. Mad.; Madrid, España. [www.analesdepediatria.org/es/los-sintomas-los.../S1695403311004358/](http://www.analesdepediatria.org/es/los-sintomas-los.../S1695403311004358/)
  6. Osterling, J., Dawson, G., Munson, J. Early recognition of 1-Year-Old infants with Autism Spectrum Disorder versus Mental Retardation. Development and Psychopathology; 2011. 14, 239-251. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12030690>
  7. Saldaña, D. Desarrollo infantil y autismo: La búsqueda de marcadores tempranos. 2014. Revista Neuropsicológica, neuropsiquiatría y neurociencias, Vol.11, nº1,141-157. [http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol11\\_num1\\_13.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol11_num1_13.pdf)
  8. Ozonoff, S., Macari, S., Young, G., et al. Atypical object exploration at 12 months of age is associated with autism in a prospective sample. Autism; 2012 12, 457-472.
  9. Rutter, M., Le Couteur, A., Lord, C. ADI-R: Entrevista para el Diagnóstico del Autismo, edición revisada. Madrid: TEA Ediciones.2012. [web.teaediciones.com/adi-r-entrevista-para-el-diagnostico-del-autismo---](http://web.teaediciones.com/adi-r-entrevista-para-el-diagnostico-del-autismo---).
  10. Riviere Gómez, A. y Martos J. "Tratamiento y definición del espectro Autista: Relaciones Sociales y Comunicación", en: "El tratamiento del Autismo". Nuevas perspectivas, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 1999.
- 



**Giselvis Aguiar Aguiar:**  
Licenciada en Educación, Especialidad de Educación Especial. Máster en Ciencias de la Educación. Asistente. Universidad Hermanos Saíz Montes de Oca de Pinar del Río. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo aquí***