

AUTISMO Y MIGRACIÓN: INCLUSIÓN POR EDUCACIÓN POR LA DIVERSIDAD

LÓPEZ ESTEBAN, CARMEN Y PEREIRA GONÇALVES, ANTÓNIO
Universidad de Salamanca

RESUMEN

Una familia que se enfrenta a un diagnóstico de trastorno del desarrollo de un niño, a veces necesita migrar en busca de respuestas de intervención y seguimiento de sus hijos. Debido a que vivimos en un mundo global, estas situaciones son cada vez más recurrentes. Es importante reflexionar sobre esta realidad y las dificultades experimentadas por las familias en este proceso. La inclusión de estas familias y sus hijos es siempre un gran reto, ya que necesitan condiciones especiales. La escuela y la educación juegan un papel clave en la inclusión. En esta comunicación presentamos el caso de tres familias que migraron de Angola a Portugal con niños autistas. Este artículo tiene como objetivo reflejar sobre las dificultades experimentadas, las respuestas encontradas y la importancia de la educación en su inclusión y los desafíos de la educación y la diversidad en la inclusión.

Palabras Claves: *Autismo, Migración, Inclusión, Educación, Diversidad*

ABSTRACT

A family that deals with a child's development disorder diagnosis sometimes need to migrate to find answers, interventional responses and follow-up appointments. Since we live in a globalized world, these situations happen often. It's important to reflect about this reality and all the obstacles these families face in the process. The inclusion of these families and the diagnosed children is always a big challenge, since they require special conditions. The school and educational services have a key role in their inclusion. In this communication, we present three case studies that migrated from Angola to Portugal with their ASD children. The difficulties they faced, the responses and the importance of the educational service in their inclusion. The challenges of education and the diversity in the inclusion.

Keywords: *Autism, Migration, Inclusion, Education, Diversity*

INTRODUCCIÓN

ACTUALMENTE VIVIMOS EN UN MUNDO GLOBAL, donde la movilidad es una constante. Cada vez más, cada individuo busca mejores respuestas a la situación de la vida, lo que promueve la necesidad de cambiar países o continentes. Durante la transición de la historia y hasta la actualidad, diariamente la movilidad humana ha registrado notoriamente una extensión voluminosa, de tal forma, que el proceso de migración se torna más complejo, el cual, amerita más esfuerzos de atención en todos sus ámbitos, que ha dado un giro abismal a la dinámica poblacional del Sistema Internacional.

La migración es un proceso complejo y dinámico, debido a que existen muchas formas posibles; sin dejar a un lado que la migración se considera como una parte importante de la historia en la humanidad. A través de la historia, muchas circunstancias han creado diferentes y complejas formas de migración, tales como la migración forzada, la migración por trabajo, o la migración indocumentada; dentro de las cuales pueden estar determinadas por ciertos aspectos económicos, políticos, socioculturales, individuales y tecnológicos (Cabieses, Gálvez y Ajraz, 2018).

Todos estos procesos siempre ocurren con la esperanza de encontrar mejores respuestas para la situación de la vida. En el caso de las familias con niños autistas, también está comenzando a ser un proceso frecuente la migración de África a Europa, del que este trabajo muestra tres estudio de casos. Estos movimientos tienen como objetivo encontrar una respuesta a esta situación problemática, ya que el autismo puede considerarse un factor de exclusión social debido a sus características.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL TEA

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno complejo del neurodesarrollo. Se caracteriza por la existencia de dificultad en la socialización con intereses circunscritos y tendencia a las rutinas. Afecta a la manera de comunicarse y a la interacción con otras personas. La sintomatología del autismo comienza a manifestarse con más claridad entre los dos y los tres años de vida. El diagnóstico precoz favorece el acceso temprano a los servicios sanitarios. Una intervención adecuada ayuda a un desarrollo social a lo largo de la vida.,

La evolución del conocimiento del TEA se ha visto reflejada en los avances respecto a las estrategias para favorecer aprendizajes tempranos, mejorar la adaptabilidad y aumentar la calidad de vida de los niños con TEA. Realizar algún tipo de intervención especializada podría tener importantes repercusiones, y en alrededor

del 25% de los casos podría significar la pérdida de los criterios diagnósticos de TEA en el transcurso de la vida segundo Hervás (2018).

El TEA constituye una amplia gama de manifestaciones clínicas a nivel de comunicación, interacción social y comportamiento, las cuales se expresan de manera heterogénea dependiendo del individuo y de la etapa del ciclo vital, de acuerdo con American Psychiatric Association (2013). Actualmente no existe una prueba médica que nos permita identificar biomarcadores de TEA. Muchas veces, especialmente en niños mayores, la anamnesis que recoge la historia del neurodesarrollo y pesquisa alteraciones en comunicación, habilidades sociales y comportamientos restrictivos, será suficiente para hacer el diagnóstico de TEA.

Con el aumento de la prevalencia y la creciente evidencia que el TEA puede ser diagnosticado de manera estable a los 2 años, la comunidad científica ha debido enfocar sus esfuerzos en el diseño y evaluación de intervenciones pensadas especialmente para estas etapas del ciclo vital. En cuanto al universo de intervenciones diseñadas para edades tempranas, una de las distinciones que se puede realizar tiene que ver con las estrategias que cada intervención utiliza para conseguir los aprendizajes deseados, en donde se pueden diferenciar dos grandes categorías: las intervenciones conductuales tempranas e intensivas y las intervenciones del comportamiento basadas en el desarrollo.

La investigación está demostrando que el acceso a la intervención temprana puede tener un gran efecto en el desarrollo futuro del menor. Es imprescindible una detección precoz de los TEA ligada a una intervención temprana con apoyos adecuados. Uno de estos métodos de intervención es el método Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) que se basa en aprendizaje estructurado el cual se realiza utilizando el perfil de aprendizaje propio del TEA, en donde se consideran sus fortalezas (procesamiento visual) y sus desafíos (comunicación social, atención y función ejecutiva). Este método se utiliza principalmente en ambientes educativos en donde los profesores pueden implementar estrategias como el uso de paneles de organización externa y apoyos visuales o escritos para complementar la orden verbal.

Todo aprendizaje ofrece la oportunidad a los/as menores de desarrollarse emocional, social y culturalmente, lo cual justifica la importancia de detectar los TEA desde temprana edad. Una detección tardía tiene como consecuencias que no se reciban los apoyos que se precisan y que resulte más difícil el proceso de aprendizaje cuando se empieza la etapa escolar.

VULNERABILIDAD Y TEA

Algunos contextos y entornos sociales donde están inmersos o interactúan los núcleos familiares de los/as menores con TEA pueden llegar a ser susceptible de atraer ciertos factores de riesgo de vulnerabilidad social, que por el determinismo cultural, social y/o circunstancial, pueden provocar, sobre todo en los contextos de pobreza, una indefectible situación de exclusión social para la persona en concreto o incluso para toda la familia o comunidad.

Muchos son los estudios que relacionan el concepto de discapacidad con los términos de exclusión social, vulnerabilidad, desigualdad o pobreza. Según el Departamento de Cooperación Internacional y Desarrollo de la Comisión Europea (European Union, 2020) se consideran colectivos vulnerables a los pobres, las mujeres, las minorías, las personas con discapacidad o los que viven en zonas rurales y en países con recursos limitados, ya que tienden a enfrentarse a mayores obstáculos a la hora de crear capacidades, tomar decisiones y reclamar sus derechos de apoyo y protección en caso de acontecimientos adversos.

La exclusión social, según Cabrera (2002), se entiende como la ausencia de participación en la esfera cultural y la carencia de los derechos de ciudadanía que conlleva a la desigualdad social, concebida en términos de López-Aranguren (2005) como el resultado de un problema social, tal y como lo son las discriminaciones en el acceso a la educación o el maltrato institucional que ejercen las instituciones a los/as menores con discapacidad.

La vulnerabilidad, como apuntan Agrela y Sotomayor (2009), es un elemento de la exclusión social, entendiéndola como un término dinámico, en el que no se puede definir a una persona la pertenencia o no a un grupo societario, sino que, es una situación compleja dentro de un entramado continuo de carencias que ubican a la persona en una franja que oscila entre el riesgo la vulnerabilidad y la exclusión. Por tanto, la situación socio-económica de una unidad familiar donde haya un menor con TEA puede influir en una detección temprana. Aquellas familias con suficientes ingresos o recursos, podrán tener más posibilidad de acceder a servicios privados que otras que no dispongan de tantos recursos, convirtiéndose por tanto en un punto clave y decisivo para una detección temprana y para un mayor acceso a los apoyos especializados. King y Bearman (2011) exponen que las personas con TEA empobrecidas tienen menos probabilidad que las familias más adineradas a que se les diagnostique su afección.

Todavía se encuentran dificultades en la identificación temprana del trastorno del espectro autista, y si se diagnostica tarde es posible que esto perjudique al desarrollo de la persona autista, ya que el diagnóstico precoz de TEA puede evitar daños a aquellos que tienen autismo, y alertar de los síntomas a las personas involucradas con el individuo. Desde este informe-diagnóstico en las primeras etapas de la vida,

es posible evitar que empeore el TEA a través de un tratamiento adecuado que suaviza las causas y pérdidas significativas. Los primeros signos se notan en la primera infancia, y estos síntomas están relacionados principalmente con la dificultad del habla. Para los casos de descubrimiento tardío, es decir, en el comienzo de la edad adulta en adelante, la interacción social es el factor clave, sin embargo, en los casos de diagnóstico en la primera infancia, los sentimientos de inseguridad, miedo y tristeza son los factores predominantes, y el diagnóstico en los últimos casos puede provocar alivio y el tratamiento trae resultados positivos, mientras que el diagnóstico tardío puede conducir a un empeoramiento en el desarrollo de personas autistas.

MIGRACIÓN Y ATENCIÓN INCLUSIVA AL NIÑO CON TEA

Debido a las dificultades del diagnóstico temprano y la dificultad de encontrar la atención adecuada, algunas familias terminan migrando para encontrar la mejor atención posible. Según Holroyd y McArthur (1976), las crisis emocionales de los padres que tienen hijos e hijas con TEA provocan mayor estrés en los padres que los que tienen hijos e hijas con Síndrome de Down. Los padres de niños y niñas con TEA, según las investigaciones de Bristol (1987), pasarán por las siguientes fases durante las crisis graves que sufran sus hijos e hijas:

- Fase de shock o conmoción.
- Fase de depresión, pensamientos negativos sobre el futuro.
- Fase de reacción, puede manifestarse como rechazo o sobreprotección.
- Fase de realidad adaptación, actuaciones realistas.

Tener conocimiento de estas fases o procesos es importante para que el padre de familia utilice las estrategias necesarias para alcanzar objetivos relacionados a sus hijos e hijas, tales como modificar la conducta, identificar aquello que le produzca estrés y reducirlo.

Existe un proceso de duelo que pasan los padres de los niños que son diagnosticados con TEA; para que este sea más corto, los padres de familia deberán informarse y recibir ayuda de fuentes de calidad, profesionales con experiencia, dado que necesitan prepararse para tomar las mejores decisiones en torno a su hijo o hija.

Este conocimiento será vital en el momento de defender los derechos de su hijo o hija, ayudará a saber cómo actuar en situaciones de la vida diaria, lo que causará que toda la familia se involucre en el proceso de adaptación del niño o niña con TEA. Sabemos que los niños pasan más tiempo con la familia, por eso muchas veces es importante que los padres sean los primeros en tener mayor conocimiento y, a la vez, el mejor soporte para que ellos lo puedan replicar a los demás miembros de

la familia. Con el cambio de país, la integración escolar es un punto fundamental para el bienestar de los niños y sus familias.

A nivel de respuestas educativas y de capacitación, encontramos que la escuela debe ser inclusiva para atender satisfactoriamente a los niños con TEA. La base del desarrollo de una sociedad, en todos los sentidos, se encuentra directamente relacionada con la calidad de su educación. Buscamos una sociedad justa, basada en la premisa de la igualdad de oportunidades y formada por futuros/as ciudadanos y ciudadanas reflexivos, tolerantes y propensos a mantener una actitud activa a la hora de aportar conocimientos e ideas en pos de un bien colectivo. Pretendemos, por tanto, apostar por una escuela inclusiva que ofrezca una educación de calidad sin distinguir al alumnado por sus características individuales. La inclusión es una pregunta fundamental en desarrollo en la actualidad, se inició en los Estados Unidos, Reino Unido y Canadá, extendiéndose hacia otros países, incluyendo Portugal y España. Lo que se pretende es que todos los niños sean, de hecho, incluidos en las escuelas, sintiéndolas como suyas propias y aquí se engloba a todos los niños sin excepción, con discapacidad, los superdotados, minorías raciales, religiosas u otras (Batista, Santos y Fumes, 2016). Tal y como refiere Arnaiz (2003), existen varias prácticas educativas fundamentadas en los principios de la educación inclusiva, comunes a varios autores que son:

- La educación basada en los resultados.
- La educación multicultural.
- La teoría de las inteligencias múltiples.
- El aprendizaje constructivista.
- El currículo interdisciplinar.
- La instrucción referida a la comunidad.
- La valoración auténtica de la actuación del alumno.
- El agrupamiento multiedad.
- El uso de las tecnologías en el aula.
- La instrucción mediada por compañeros.
- La enseñanza de responsabilidad.
- La agrupación colaborativa entre adultos y estudiantes.

Se pretende que la inclusión supere la integración en aquello que en ella significó la diversidad y que finalmente se mire adelante para la heterogeneidad de los educandos de hoy. Mucho se dijo y escribió ya sobre la trayectoria de la educación especial y la inclusión. Ya se hizo bastante, pero existe aún mucho por hacer para que esta sea una realidad generalizada, que toca a todos aquellos que frecuentan el sistema escolar.

ESTUDIO DE CASOS

Los casos que analizamos son de tres familias que emigraron de Angola a Portugal. Estos niños se integraron en el Colegio Alegría, Place4All en Lisboa. Esta institución trabaja en un modelo social, siendo una escuela inclusiva con apoyo terapéutico integrado. Esta escuela, en ausencia de políticas públicas de apoyo, tiene un servicio de apoyo para familias desplazadas en el que colabora con ellas en todas sus necesidades, tales como: Apoyo en la búsqueda de un hogar, apoyo en atención médica, apoyo en su legalización, así como en todas las necesidades familiares, ya que estas familias no tienen ningún apoyo en el país anfitrión. En el centro, el fin esencial es garantizar la mejor respuesta a la intervención, sin perder nunca de vista el objetivo final, que es promover el desarrollo del niño y la calidad de vida de las familias.

El concepto de calidad de vida es un concepto amplio, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) como la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y de su sistema de valores, y en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Schallock, Gardner y Bradley, 2006).

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1 –niño 1– nació en Angola en 2012. A la edad de 2 años, los padres encontraron que su hijo no los miraba, no reaccionaba cuando llamaban por su nombre y no tenían una interacción típica para un niño de esa edad. Buscaron apoyo médico y el diagnóstico hecho a la edad de 3 años fue que el niño sería sordo. Se propuso realizar una cirugía para colocar implantes cocleares. La familia estaba muy asustada por el diagnóstico hecho en su país, porque sabían que escuchaba algo porque reaccionaba a algunos sonidos. Su comportamiento estaba empeorando y siendo más diferente de otros niños. La madre en este proceso dejó de trabajar para cuidar de su hijo ya que no tenía apoyo. La no aceptación del diagnóstico por parte del padre había terminado y la protección de la madre finalmente condujo al divorcio.

El día en que se programó la cirugía del niño, la madre rechazó esta intervención y se mudó a Lisboa en busca de una nueva evaluación de la situación de su hijo. La consulta de varios especialistas llevó al diagnóstico de autismo. Con este diagnóstico, la madre buscó apoyo clínico para el desarrollo y el niño 1 comenzó a tener el apoyo que necesitaba. Los técnicos de salud aconsejaron que el niño

debería asistir a una escuela. La madre le matriculó en una escuela y durante unos meses y rápidamente se dio cuenta de que la escuela no estaba adaptada a las condiciones de su hijo. El apoyo clínico no fue articulado con la escuela y la madre no vio ningún resultado en la intervención y tuvo que acompañar a su hijo durante todo el día para que pudiera tener todo el apoyo. Una vez más angustiada y con la vida en el caos real, decidió buscar otras respuestas. Encontró una escuela inclusiva donde su hijo podría beneficiarse del apoyo terapéutico y clínico en el contexto de la escuela. El niño fue evaluado en esta institución y se diseñó un programa de apoyo escolar, terapéutico y familiar para que pudiera desarrollar y promover su calidad de vida y la de su familia.

En la evaluación inicial se verificó que el niño 1 era no verbal, no tenía contacto visual, tenía hiperactividad, no tenía atención ni concentración y poca autonomía. Con el programa de intervención y con la inclusión en el contexto escolar, considerando las medidas necesarias para la plena inclusión, el niño comenzó a tener una vida normal. Fue a la escuela como todos los niños y se benefició del apoyo terapéutico en este contexto. La madre, porque ya no tiene que cuidar de su hijo todo el día, comenzó a trabajar y empezó una nueva relación y hoy es una persona profesional exitosa y ha formado una nueva familia donde tuvo otra hija. Después de 3 años de intervención, el niño 1 sigue siendo un niño no verbal, y ha aprendido a leer escritura y cálculo, es autónomo, sabe vestirse/desvestirse, comer solo, bañarse de forma independiente, ayudar en las actividades del hogar y ha aprendido a jugar con amigos. A nivel de su comportamiento social es apropiado, sabe caminar por la calle y estar en un restaurante correctamente.

La familia ya no tiene la intención de regresar a su país de origen, ya que sienten que lo están haciendo bien y su hijo sigue evolucionando.

Caso 2 –niño 2– nació en Angola en 2008. Es el primero de tres hermanos. Nació en una familia tradicional. Los 3 años y medio encontraron que el sistema operativo no hablaba y era un niño que no exploraba el espacio o los nuevos juegos. No mostró gran interés en ninguna actividad o tuvo una gran reacción a su familia. Fue diagnosticado en su país como si tuviera una enfermedad mental no especificada. La familia rápidamente comenzó a buscar causas para esta situación. Incluso hicieron varias pruebas en los Estados Unidos donde diagnosticaron autismo. Incapaz de hacer rehabilitación en los EU., la madre decidió buscar ayuda en Portugal. El niño fue evaluado en una escuela inclusiva donde hay técnicos de salud y se estableció un programa de intervención.

La madre, por tener un alto puesto profesional, no podía fijar su residencia en Portugal y decidió organizar su situación familiar dejando el niño en Portugal acompañado de su abuela. El padre del niño, no aceptó bien el diagnóstico y también debido a su situación profesional, regresó a Angola. En la evaluación inicial se verificó que era un niño verbal, con poco vocabulario, sin ninguna interacción

social, con poca autonomía. Después de un año de intervención, el niño ya hablaba articuladamente, ya jugaba con amigos y mostraba afecto por amigos, profesionales y abuela. En ese momento los padres decidieron que los hermanos debían venir a Portugal para construir lazos familiares entre los hermanos y la madre y el padre que vienen mensualmente a visitar a sus hijos en Portugal, donde viven con su abuela.

En este momento es un niño que está comenzado de aprendizaje regular.

Caso 3 –niño 3– nació en Angola en 2014, en una familia tradicional con otro hermano. Ha sido diagnosticado en su país con un trastorno del desarrollo global. En vista del diagnóstico y los resultados presentados en los dos casos anteriores, la madre vino a Portugal para obtener el máximo apoyo para mejorar la condición del niño 3. En Portugal fue diagnosticado con autismo con una asociación de un trastorno neuromuscular. Cuando se evaluó se encontró que el niño 3 era no verbal y presentaba dificultades sensoriales, no interactuaba, a nivel cognitivo estaba mal desarrollado y no era capaz de realizar ninguna actividad de forma autónoma. Con el programa de intervención y con inclusión ya es capaz de comunicarse con un sistema de comunicación alternativo, ya ha logrado aprender conceptos básicos, ya consigue tener un comportamiento social adecuado.

En cuanto a la estructura de su familia, vive con su madre y su hermano en Portugal y el padre está en Angola y visita a la familia 15 días cada 2 meses. La madre dejó de trabajar para acompañar a sus hijos.

El objetivo de esta familia es regresar a su país, para lo que estamos trabajando en un proyecto de capacitación de técnicos que puedan desarrollar este tipo de intervención en Angola. Tenemos un protocolo establecido con una entidad angoleña para desarrollar un programa de intervención en Angola apoyado por el gobierno.

CONCLUSIONES

Con los casos presentados, verificamos que las políticas públicas para esta población no son claras o de fácil acceso. En estos casos, se trata de familias que han decidido asumir riesgos particulares. El hecho es que el sistema de apoyo de la escuela promovió la inclusión social de las familias en el país anfitrión.

La respuesta educativa inclusiva e integrada con apoyo terapéutico impulsó el desarrollo de estos niños. La integración en el contexto escolar, la mejor forma de inclusión social y la escuela debe, siempre que sea posible, acoger y acompañar a estas familias migrantes. En estas condiciones, se descubrió que la calidad de vida de estos niños y su familia ha mejorado mucho.

En ausencia de políticas públicas que brinden una respuesta integrada y un apoyo personalizado, es esencial describir estas buenas prácticas para que se reflejen y apliquen siempre que sea posible. Siempre es importante poder crear y desarrollar nuevas y mejores respuestas para la inclusión y mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS

- AGRELA, B. & SOTOMAYOR, E. (2009). Vulnerabilidad y exclusión social. La gestión de los cuidados. En Y. de la Fuente (Coord.). *Situaciones de dependencia y derecho a la autonomía: una aproximación multidisciplinar* (pp. 261-280). Madrid: Alianza Editorial.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- ARNÁIZ, E. & ALMKVIST, O. (2003). Neuropsychological features of mild cognitive impairment and preclinical Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107, 34-41. doi:10.1034/j.1600-0404.107.s179.7.x
- BATISTA, F. F. L., SANTOS, S. D. G. & FUMES, N. L. F. (2016). Atitudes dos docentes do curso de educação Física Face à Inclusão na educação superior. *Revista da Sobama, Marília*, 17(1), 43-48.
- BRISTOL, M. (1987). Mothers of children with autism or communication disorders: successful adaptation and the double ABCX Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17(4), 469-486.
- CABIESES B., GÁLVEZ P. & AJRAZ N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 35(2), 285-91. doi: 10.17843/rpmesp.2018.352.3102
- CABRERA CABRERÁ, P. J. (2002). Cárcel y exclusión. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 35, 83-120.
- CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. (26 de abril de 2018). *Prevalencia del autismo levemente más alta según informe de la Red ADDM de los CDC*. Departamento de Relaciones con los Medios de Comunicación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Recuperado de https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_prevalencia-autismo_042618.html
- EUROPEAN UNION (2020). *EU International Cooperation and Development 2019 edition. CONTRIBUTING TO RESULTS in partner countries around the world*. Recuperado de https://ec.europa.eu/international-partnerships/system/files/results-brochure-18032020_en.pdf
- DÍEZ-CUERVO, A., MUÑOZ-YUNTA, J. A., FUENTES-BIGGI, J., CANAL-BEDIA, R., IDIAZÁBAL-ÁLETXA, M. A., FERRARI-ARROYO, M. J., MULAS, F., TAMARIT, J., VALDIZÁN, J. R., HERVÁS-ZUÑIGA, A., ARTIGAS-PALLARÉS, J., BELINCHÓN-CARMONA, M., HERNÁNDEZ, J. M., MARTOS-PÉREZ, J., PALACIOS-ANTÓN, S. & POSADA DE LA PAZ, M. (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España). (2005). Guía de buena práctica para la intervención de los TEA. *Revista de Neurología*, 41(5), 299-310. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/guia_de_buena_practica_autismo.pdf

- HERVÁS A. & RUEDA I. (2018). *Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista*. *Revista Neurología*, 66(Supl 1), S31-S38.
- HOLROYD, J. & MCARTHUR, D. (1976). Mental retardation and stress on the parents: a contrast between Down's syndrome and childhood autism. *American Journal of Mental Deficiency*, 80(4), 431-436.
- KING, M. & BEARMEN, P. (2011). Socioeconomic status and the increased prevalence of autism in California. *American Sociological Review*, 76(2), 320-346. doi: 10.1177/0003122411399389.
- LÓPEZ-ARANGUREN, E. (2005). *Problemas sociales. Desigualdad, pobreza y exclusión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2014/05/GPC_Trastornos_del_espectro_autista_en_ninos_y_adolescentes-1.pdf
- Naciones Unidas (2015). *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial 66 Médica Panamericana S.A. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2017). *Trastornos del espectro autista*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- SCHALOCK, R. L., GARDNER, J. F., & BRADLEY, V. J. (2006). *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo: aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas*. Madrid: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11181/3362>