

Análisis del acceso a la formación de competencias educativas básicas para estudiantes autistas en Ecuador

Analysis of access to basic educational skills training for autistic students in Ecuador

Jorge F. Silva Ibarra^{1,2}

¹ Universidad de Cuenca, Ecuador

² Multiversidad Mundo Real Edgar Morin, México

silvajorge584@gmail.com

RESUMEN. En el Ecuador no existe una política clara referente a la educación de un autista, al no encontrarse expresada como un documento oficial o mencionada en los manuales y guías oficiales extendidos por los organismos estatales. Dada su variabilidad es un trastorno que requiere en la práctica un enfoque personalizado, no solamente en el apartado médico o psicológico, sino en uno que busque una adecuada integración social y educativa, evitando así que se convierta en el “niño raro” del salón. Entre las adaptaciones más importantes a realizar se sugiere un ambiente visual estable y ordenado, lo cual ayudaría a una mejora conductual, principalmente en los primeros años de educación.

ABSTRACT. In Ecuador there is not a clear policy regarding the education of a person with autism spectrum disorder, since it is not expressed as an official document or mentioned in any manuals or guides issued by the government authorities. Given its variety of patterns of behavior, it's become a disorder that requires a personalized approach and treatment, not only in medical or psychological issues, indeed required one that seeks both, an accurate social and educational integration, thus preventing it from becoming the “weird child”. Among the most important adaptations to do are, elaborate visual helpers to improve the concentration and become the class an organized and predictable place, mainly in the first years of scholarship.

PALABRAS CLAVE: Ecuador, Autismo, Adaptación, Análisis, Competencias.

KEYWORDS: Ecuador, Autism, Adaptation, Analysis, Competences.

1. Introducción

Según el National Institute of Mental Health (NIH) el autismo es un grupo de trastornos cerebrales del desarrollo, colectivamente llamado trastorno del espectro autista (TEA). El término “espectro” se refiere a la amplia gama de síntomas, habilidades y niveles de discapacidad o discapacidad que pueden tener los niños con TEA. Algunos niños están levemente afectados por sus síntomas, pero otros están severamente discapacitados (NIH, 2011). El TEA afecta la interacción social, el lenguaje y la comunicación desde los primeros años de la infancia, siendo esta de carácter generalizado y crónico, acompañando a la persona durante todo su ciclo vital (Frith, 2003).

Durante mucho tiempo el autismo fue considerado como una cuestión exclusiva de la niñez pero actualmente se sabe que es un trastorno que acompaña al paciente durante toda su vida, definiéndose como un desorden del neurodesarrollo con un severo daño en múltiples áreas, afectando en la interacción social, el lenguaje, en la comunicación y conductas estereotipadas, repetitivas y restrictivas, que se asocian de manera frecuente con trastornos del sueño, y patrones de conducta auto agresiva e irritabilidad (Pérez, Perurena & Martínez, 2018).

A pesar de que, en varias naciones existen programas y políticas que buscan atender las necesidades de esta población, estas se limitan a las etapas escolares (Urbanovská, Kantor & Růžička, 2014), y en caso de existir alguna mención en el adulto, no siempre cumplen con los requisitos que esta situación amerita en especial en la educación superior y el área laboral (Yon et al., 2018). A esto hay que sumar que, en el Ecuador, un porcentaje mayoritario de los afectados por el TEA no tiene un diagnóstico claro, y en caso de tenerlo no recibe un tratamiento o educación básica adecuada, debido al desconocimiento o el alto costo del tratamiento (López & Larrea, 2017). En respuesta a esta problemática, el presente artículo tiene como objetivo: analizar la situación educativa básica de esta parte de la población en Ecuador, y que aspectos deberían tomarse en consideración para una posible mejora.

Para cumplir con este objetivo, se ha considerado explorar de manera general los aspectos más relevantes del TEA, las dificultades escolares más relevantes que podría presentarse y los procedimientos establecidos por el organismos estatales competentes del Ecuador: el Ministerio de Educación (MDE) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), como estudios referentes al tema, contrastando las necesidades y requerimientos propuestos por los estudios frente a lo ofertado en el sistema educativo y normado en el currículo ecuatoriano. Dada la falta de un manual o guía oficial se utilizará como referencia la guía publicada por el Ministerio de Educación de Chile (MDECh) y otras guías de diversos países.

2. Sobre el AUTISMO

El Autismo se ha conocido durante varios siglos, siendo quizá Johannes Mathesius (1504-1565) el primero en describirla, al relatar la historia de un muchacho de 12 años que era como una masa de carne implantada en un espíritu sin alma. Sin embargo, el vocablo autismo no fue utilizado en la literatura médica hasta 1911, Paul Eugen Bleuler quien introdujo este término para referirse a una alteración, propia de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa (Artigas-Pallares & Paula, 2012). En 1923, Jung propuso los conceptos de personalidad extrovertida e introvertida, definiendo al autista como un ser profundamente introvertido, orientado hacia el “mundo interior”; en 1938, Kanner comenzó a estudiar una cohorte de once niños con comportamientos similares en la clínica Johns Hopkins en Baltimore, por lo que Maryland. Donald, Frederick, Richard, Paul, Barbara, Virginia, Herbert, Alfred, Charles, John y Elaine que se convirtieron en los primeros niños descritos con el síndrome de Kanner, más tarde llamado autismo infantil temprano, además de eso Kanner estudio las circunstancias económicas, educativas de los padres, y se enfatizó en las deficiencias del lenguaje como también de la conducta. Diferenciando a estos de los niños esquizofrénicos, debido a que:

- Se comportan igual desde el nacimiento y no a partir de cambios
- No interactúa espontáneamente con lo que les rodea.
- Su conducta está gobernada por un deseo de mantener la soledad.



Por la gravedad de sus síntomas y la temprana afectación del desarrollo del lenguaje y del comportamiento cognitivo y social, se le agrupa dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Acompañado por el síndrome de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado, son considerados trastornos complejos y heterogéneos causados por una interacción entre vulnerabilidad genética y factores ambientales (Goldani et al., 2014). Dado que los síntomas iniciales del autismo se presentan en la niñez temprana, su tratamiento, así como su educación son más efectivas si el TEA es diagnosticado en los primeros años de vida y por tratarse de un trastorno conductual, que en general empeora con el paso del tiempo, su tratamiento se convierte en una labor continua y dependiente no solo de su gravedad, sino sus relaciones familiares, que necesitan una adaptación educativa personalizada y una adecuada inserción social. Según la investigación de López y Larrea (2017) el cuidado y educación se encuentra a cargo de principalmente las madres que en general conocen poco o nada de la enfermedad, esto aunado al hecho de que un porcentaje mayoritario no posee un registro en Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), lo que empeora la situación social y educativa del autista, dado que, una vez identificado su grado de afectación y la definición de las estrategias a seguir en el ámbito familiar como en el pedagógico, se requiere de un adecuado proceso de adaptación tanto al niño como a su entorno, ya que los enfoques de intervención y sus combinaciones se utilizan de forma relativamente amplia en niveles de educación preescolar y primaria y después de completar la asistencia escolar obligatoria, la educación adicional se vuelve cada vez más complicada y la gama de opciones más restringida (Urbanovská, Kantor & Růžicka, 2014).

a. Etiología

A pesar del extenso bagaje de investigaciones relacionados con el autismo todavía no está claro su origen (Goldani et al., 2014), si bien es cierto, varias investigaciones demuestran casos de autismo debido a alteraciones anatómicas en las porciones inferiores cerebelosas; además existen evidencias neurofisiológicas, bioquímicas, neuroanatómicas, genéticas e inmunológicas que hacen que la consideren como un trastorno neurobiológico complejo, que se relaciona con la afectación de diversos circuitos neuronales que están bajo la influencia de factores genéticos y al “cerebro social” (MSP, 2017). A pesar de esta falta de claridad, MDECh (2008) resalta que, a partir de indicios derivados de estudios epidemiológicos, se sabe algunos datos relevantes del autismo:

- Es más común en varones.
- Se asocia al retraso mental (75% de los autistas tienen retraso mental).
- Hay epilepsia en un 30% de los adolescentes, especialmente en los más afectados.
- Es frecuente encontrar signos de disfunción neurológica, como anomalías en el EEG, nistagmus anormales, o persistencia anormal de ciertos reflejos infantiles.
- Se asocia a síndromes de distinto tipo y origen.

De manera semejante a otros trastornos neurológicos, un diagnóstico precoz permite un abordaje más adecuado, y una mejor integración social, además que su diagnóstico requiere aproximadamente seis meses en el mejor de los casos (López & Larrea, 2017). Aunque el problema principal lo constituye la prolongación de la conducta autista, que infiltra y limita todas las experiencias propias del desarrollo. Por eso, conforme su sintomatología se va haciendo más evidente, y denota una afectación psíquica más intensa y más difícilmente reversible (MDECh, 2008).

b. Síntomas

Al ser, entre otros aspectos, un trastorno conductual su detección se realiza de manera comparativa con otros comportamientos esperados para su rango de edad, por lo que, en un ambiente social como lo es la escuela la sintomatología se torna más evidente, convirtiendo al docente en un importante agente de detección temprana e intermediario de su tratamiento. Conductualmente, un autista manifiesta una incapacidad de mantener un contacto directo con las personas, presentando dificultades al hablar y al no mirar a los ojos fijamente, además no juegan con otros niños, no controlan fácilmente sus emociones, no aceptan los cambios

en su rutina diaria, son distraídos, poseen movimientos repetitivos con las manos o cabeza y mantienen su cuerpo en constante movimiento (lo mecen), les gusta mantener actividades cronológicas similares y rutinarias. (Cala, Licourt & Cabrera, 2015)

c. Diagnóstico

Con el DSM-5, todos los subtipos del autismo (trastorno autista, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado) quedaron en una sola categoría: trastornos del espectro autista (Bonilla & Chaskel, 2016), requiriendo por tanto un diagnóstico que los enmarque en este espectro; su diagnóstico es recomendable que se lo realice a corta edad preferentemente antes de los 2 años de edad, pues a mayor edad es más complejo, ya que algunos de los síntomas coinciden con los de otros trastornos, como la esquizofrenia o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (MSP, 2017) (Tabla 1).

Antes de los 18 meses	Entre los 18 meses a 24 meses	A partir de los 36 meses	A partir de los 5 años
Poco contacto visual	Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo.	Ecolalia o referirse a sí mismo en segunda o tercera persona.	Comunicación que incluye mutismo, ecolalia, vocabulario no acorde a su edad cronológica o grupo social
Falta de interés en juegos interactivos.	Ausencia del juego simbólico (no le da un significado, no señala para "pedir algo" añadido a los objetos de juego).	Fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros.	Uso restringido del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente solo, sobre temas específicos de su interés
Falta de sonrisa.	Retroceso del lenguaje y comunicación.	Falta de interés o aproximaciones extrañas a los niños de su edad.	La lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica o mental.
No responde a su nombre.	Inicio de movimientos estereotipados, rituales, conductas repetitivas.	Preferencia por actividades solitarias.	Áreas del conocimiento pueden estar especialmente desarrolladas, en áreas como: matemáticas, mecánica, música, pintura, escultura.
No señala para "pedir algo"		Relaciones extrañas con adultos desde una excesiva intensidad a una llamativa indiferencia.	Dificultad para unirse al juego con otros niños o intentos inadecuados de jugar colectivamente
Ausencia de imitación espontánea		Hipersensibilidad (al sonido, contacto físico, estímulos visuales) o hiposensibilidad (al dolor)	Limitada habilidad para apreciar las normas culturales (en el vestir, estilo del habla, intereses, etc.).
Ausencia de imitación espontánea		Patrones posturales extraños como andar de puntillas.	

Tabla 1. Señales de alerta de TEA según periodos de edad Antes de los 18 meses. Fuente: (MSP, 2017).

d. Tratamiento

Las dificultades relacionadas con el autismo aparecen cuando empiezan a desarrollarse algunas funciones cerebrales superiores, como la capacidad de comprender a los demás, funciones de comunicación y lenguaje, comprensión de símbolos y flexibilidad cognitiva (Mulas et al., 2010). A pesar de la variabilidad de las opciones de tratamiento que pueden usarse, es posible considerar los siguientes como comunes:

- Terapia cognitiva o psicoterapia para ayudar a los niños a manejar sus emociones, comportamientos repetitivos y obsesiones.
- Capacitación a los padres sobre técnicas que pueden usarse en casa.
- Fisioterapia y terapia ocupacional para ayudar con las destrezas motoras y los problemas sensoriales.
- Entrenamiento en contactos sociales.



- Logopedia y terapia del lenguaje para ayudar con la habilidad de la conversación cotidiana.

Por su parte NIH (2011), aclara varias alteraciones que deben considerarse durante el proceso de aprendizaje, como lo son alteraciones de la sensibilidad particularmente a estímulos visuales y auditivos, trastornos del sueño, convulsiones, problemas gastrointestinales, retraso mental y otros desórdenes de la personalidad. La educación es parte esencial del tratamiento por lo cual, requiere de un seguimiento y conocimiento de los aspectos propios de cada estudiante, dada la variabilidad de sintomatologías que se han mencionado, por esta razón a continuación se analizará este proceso de inclusión educativa.

3. Autismo y la inclusión educativa

El autismo y los demás trastornos relacionados pueden considerarse como poco conocidos en el ámbito educativo (MDECh, 2008), siendo su tratamiento relativamente normalizado en la educación primaria e inexistente en la educación superior, por no ser mencionado en los reglamentos que rigen la educación (MDE, 2016). Dado que alguien con TEA presenta conductas relativamente marcadas pueden llegar a ser vistos como los “niños raros”, convirtiendo en parte del conocimiento docente conocer cómo intervenir ante estos casos.

MDE (2017) la inclusión busca construir una sociedad democrática, tolerante y respetuosa de las diferencias en miras de una reforma educativa, que utiliza mecanismos que incluyen a todos, que promuevan un enfoque integrador que agrupa a los estudiantes con acciones que responden a las necesidades educativas, eliminando condicionantes físicas, ideológicas y fomentan el desarrollo inclusivo e integrador, mediante el desarrollo de políticas, prácticas y culturas inclusivas, lo que demanda un cambio importante en la forma de concebir y desarrollar la educación en sus aspectos curriculares, como en la actitud de los docentes, autoridades educativas y personal administrativo. También implica el adoptar estrategias para trabajar con personas con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad, de forma equitativa, con calidad, pertinencia y equidad.

a. Adaptación a la conducta autista

Retomando lo descrito en el apartado de síntomas, MDECh (2008) advierte que las personas con trastorno autista pueden mostrar una amplia gama de síntomas comportamentales, como: hiperreactividad, ámbitos atencionales muy breves, impulsividad, agresividad, conductas autolesivas y rabietas. Puede haber respuestas extrañas a estímulos sensoriales, por ejemplo, umbrales altos al dolor, hipersensibilidad a los sonidos o al ser tocados, reacciones exageradas a las luces y olores y fascinación por ciertos estímulos. También alteraciones en la conducta alimentaria y en el sueño, cambios inexplicables del estado de ánimo, falta de respuesta a peligros reales, o en el extremo opuesto, temor inmotivado a estímulos que no son peligrosos.

Estos patrones de comportamiento suelen ser considerados extraños o intimidantes, sobre todo cuando se trata de niños de corta edad, donde los ataques de rabia y agresividad son de especial peligro. Esta situación conlleva que el docente preste una atención muy particular durante actividades lúdicas y en general durante todo el tiempo de clase. En función del grado de afectación o de tratarse de un autismo regresivo esta situación puede empeorar en la edad adulta. Influyendo tanto en el ambiente social como en el educativo. Para diseñar un adecuado plan de acercamiento a esta problemática es necesario comprender los diferentes ámbitos que son afectados por esta enfermedad.

b. Supervisión de su interacción social

El desarrollo social a diferencia del desarrollo educativo, que en mayor o menor medida depende del trabajo de los docentes y de los padres, depende casi exclusivamente de un esfuerzo personal y que su entorno social acepte y sobrelleve sus patrones de comportamiento. Respecto a estos últimos MDECh (2008) resalta algunos a tener en consideración:

- Alteración en el uso de comportamientos no verbales. El contacto ocular puede estar ausente o puede resultar molesto. Su expresión facial puede ser inexpressiva o inapropiada por su intensidad, variedad o por su indefinición, así como la postura corporal y los gestos para regular la interacción, como negar con la cabeza, señalar con el índice, gesticular con las manos para apoyar los argumentos, encoger los hombros para expresar dudas, y otros gestos expresivos.
- Incapacidad para establecer relaciones con personas de su edad. Pueden mostrar muy poco o ningún interés por compartir; o estando interesados en las relaciones sociales, carecen de la comprensión de las convenciones de la interacción social. Se vinculan con algunos adultos, no con sus pares.
- Alteración en la tendencia a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas. No manifiestan placer por la felicidad de los demás, ni conductas como señalar o mostrar objetos o estímulos que pudieran serles interesantes. Es más evidente en los niños más pequeños, o más afectados, manifestándose en sus dificultades en la atención conjunta, en la imitación y en actividades de juego compartido. Cuando hay menor afectación, se manifiesta en la dificultad para compartir temas de interés.
- Falta de reciprocidad socio-emocional, que se expresa en la incapacidad para participar activamente en juegos sociales simples, en su preferencia por las actividades solitarias, o por implicar a otros en actividades, pero solo como herramientas. La conciencia de los otros está muy afectada y pueden carecer de todo concepto relativo a las necesidades de los demás, o no percibir el malestar de otra persona.

c. Vías de Comunicación

Otro ámbito relevante y que va en concordancia con el anterior, es la habilidad de comunicación, y articulación y expresión de las ideas. Lo cual puede convertirse en un limitante social y educativa, muy marcada en el trabajo en el aula. MDECh (2008) resalta los siguientes:

- Retraso, o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral, que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o la mímica.
- Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o la utilización de un lenguaje idiosincrásico.
- Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo, social propio del nivel de desarrollo.

Estos comportamientos disminuirán su relevancia a medida que el niño crezca y entre en la adolescencia, al ser esta última menos enfocada en juegos y actividades grupales de carácter lúdico, y más representativa en el lenguaje verbal y en desarrollo de la individualidad.

d. Relación con las actividades e intereses

Si bien es posible afirmar que las dos anteriores, tienen un peso menor en el desempeño académico global, al ser este en general evaluado a través de medios escritos y la existencia de retroalimentación (MDE, 2016), su limitado número de intereses implica un impacto profundo en el desarrollo de las actividades diarias y en general actividades grupales o lúdicas. Según MDECh (2008), se pueden presentar los siguientes:

- Preocupación anormal por uno o más patrones estereotipados y restringidos de interés, que es anormal en su intensidad o en su objetivo.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
- Manierismos motores estereotipados y repetitivos que incluyen comportamientos que repite con frecuencia. Anomalías posturales, como andar de puntillas, o adoptar posturas extravagantes.

Estos pueden ser vistos como actitudes agresivas o desconsideradas para los extraños, o cuando se requiera un nivel de formalidad o de cooperación en equipo.

e. Integración escolar



Como se puede desprenderse de la descripción anterior, no puede hablarse de una única vía o modelo de integración, al ser este un trabajo especializado y continuo, que requiere la participación de todo su entorno. En el caso particular de la integración escolar, Merino (2011) destaca que esta se ve dificultada en particular por los siguientes aspectos:

- Sus habilidades de interacción y comunicación están menos desarrolladas, presentando inmadurez social.
- Tienden a mantener rutinas y a presentar dificultades en las transiciones que no disponen de anticipación.
- Sus intereses suelen estar muy definidos y de gran intensidad, por lo que los momentos de ansiedad pueden ser frecuentes.
- Su lenguaje aparentemente es correcto, aunque presentan dificultades en la pragmática. Hablan demasiado alto, realizando comentarios improcedentes, teniendo una interpretación rígida de las normas.

Estas conductas pueden sentirse molestas o intimidantes, así como dificultar el desarrollo de cualquier actividad educativa, por lo que pueden ser vistos como los niños raros y ser evitados por los demás. Estas son en resumen los comportamientos que un docente, debe lidiar de manera rutinaria, siendo estas agravadas cuando se presentan grupos grandes de estudiantes, como suele suceder comúnmente en Ecuador (Silva, 2018).

4. Autismo en la educación ecuatoriana

En general la educación en Ecuador se ha dividido en una obligatoria, correspondiente a la educación básica normada en su totalidad, tanto en sus prácticas como en los contenidos desarrollados, mientras que la educación superior tiene regulaciones diferentes, por entre otras cosas, enfocarse en aprendizajes en particular diversos. Con respecto a la educación obligatoria Silva (2018) expresa:

...la educación general básica (EGB) y el bachillerato general unificado (BGU) se enfocan en el desarrollo de destrezas generales, proyectándose a las competencias requeridas para la educación superior, sin una clara distinción de las perspectivas de cada estudiante, por lo que, todos los estudiantes deben aprobar el tronco común de estudio obligatorio en toda institución pública o privada, este es uno de los puntos débiles que puede expresarse con respecto a las competencias. (p. 10)

Como puede concluir de esta descripción, la educación básica esta se encuentra particularmente enfocada en la individualidad y requerimientos específicos si no en un desarrollo general del perfil de bachiller (MDE, 2016). Dejando cualquier requerimiento de adaptación curricular a criterio del docente y el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE). En MDE (2017) se describe la visión educativa con lo que respecta a la adaptación:

La educación, vista como un proceso constante e independiente a la estructura formal de enseñanza-aprendizaje, se nutre permanentemente de los efectos que genera la interacción cotidiana del estudiante, docentes, autoridades, madres, padres y representantes legales. Esto implica que en el ámbito educativo actual se presentan nuevos fenómenos, problemáticas y retos para quienes se involucran en la tarea de formar y orientar de manera integral a niños, niñas y adolescentes. Se trata de un escenario de estímulos, efectos y cambios continuos que debe ser comprendido y analizado a partir de un trabajo de contextualización del entorno específico en donde ellos se desarrollan. (p. 7)

Al momento de la puesta en práctica de esta visión, surgen diversos inconvenientes, como lo resaltan López y Larrea (2017), Silva (2018) y en general se han resaltado a lo largo de este trabajo:

- No es raro encontrar aulas con más de 40 o 50 estudiantes, particularmente en la educación pública.
- Los docentes no necesariamente conocen sobre esta temática, puesto que no está presente en la guía

educativa oficial (MDE, 2016).

- No existe un plan de capacitación obligatorio sobre el TEA a nivel estatal o universitario.
- Un elevado porcentaje no posee un diagnóstico adecuado.
- Muchos representantes legales, prefieren una educación no especializada en aras de una mayor integración social.
- El DECE presenta diversas funciones, lo que dificulta un seguimiento adecuado.

En cuanto al funcionamiento del DECE se refiere, MDE (2017) no aclara un plan de acción en cuanto a sobrellevar el TEA, lo cual reduce su labor al de mediador o el encargado del registro de actividades, sin una intervención directa durante el proceso educativo, como se revisará a continuación.

a. Limitaciones del DECE

El DECE como ente institucional, tiene muchas funciones y objetivos diferentes al tratamiento o seguimiento de los desórdenes psicológicos de los estudiantes, definidos en MDE (2017):

Promover el desarrollo humano integral de los estudiantes desde un enfoque de derechos, género, bienestar, interculturalidad, intergeneracional e inclusión para lograr la participación, permanencia y culminación de estudios académicos, garantizando su desarrollo personal, social y emocional dentro del sistema educativo nacional bajo los principios del Buen Vivir. (p. 13)

Cumplir este objetivo requiere la inversión de recursos y tiempo de trabajo, tanto para su planificación, ejecución y seguimiento, lo cual se dificulta por la limitación en cuanto al personal disponible, MDE (2017) sugiere que una institución deberá tener un profesional si hay de 450 a 675 estudiantes, 2 de 676 a 1125 y 3 de 1126 a 1575, aclarando algunos casos excepcionales. Con en las estadísticas poblaciones obtenidas López y Larrea (2017) una institución promedio tiene como mínimo de entre 6 a 7 estudiantes con algún grado de TEA, por cada profesional.

Otra dificultad destacable, lo constituyen las inevitables dificultades de coordinación tanto entre docentes, representantes legales y estudiantes durante el proceso educativo y la evaluación, en especial por el seguimiento y supervisión que requiere alguien con TEA, así como un adecuado manejo de las interferencias conductuales que pueda presentar, sobre todo si este se encuentra asociado al retraso mental o a la epilepsia.

b. Adaptaciones curriculares y desarrollo de competencias

En el currículo educativo ecuatoriano la idea del desarrollo de competencias se lo representa con las destrezas con criterio de desempeño que buscan cumplir con el perfil de salida propuesto y aprobar la evaluación final de la educación general (examen serbachiller) con miras a la educación superior (Silva, 2018). Para el aprendizaje de estas destrezas MDE (2016) propone de cierta flexibilidad respecto al tiempo y orden en que estas se enseñan y su prioridad, pero enfatizando la necesidad de que todas sean estudiadas.

Dado que MDE (2016) no hace referencia a personas con TEA, se debe asumir que su educación será evaluada de forma similar a la de los demás estudiantes tanto durante la educación básica como al final de la misma (examen serbachiller), siempre y cuando no esté asociado a un retraso mental. Merino (2011) sugiere los siguientes enfoques al momento de desarrollar la planificación y ejecución del aprendizaje:

- Enfoque de visión positiva: Se debe valorar las habilidades y las posibilidades del entorno, para que sirvan de apoyo y de punto de partida para superar sus dificultades y puntos más débiles.
- Enfoque ecológico: Los aprendizajes se deben realizar en el contexto natural para el alumno para que se generalicen en todos sus ambientes de actuación.
- Enfoque funcional: Valorar las necesidades, recursos y apoyos que garanticen que las propuestas sean eficientes, ya que el alumno puede ser capaz de reproducir las tareas requeridas sin llegar a la



comprensión de las mismas.

- Principio de normalización: Las adaptaciones que requiere el alumnado con TEA pueden adoptarse por todo el grupo de referencia o bien se integran en la vida diaria.
- Principio ecológico: Las adaptaciones se deben realizar en el contexto natural y con los recursos del centro o de la clase.
- Principio de significatividad: Comenzar con adaptaciones de acceso antes de promover una adaptación de los contenidos.
- Principio de realidad: Es importante plantear objetivos realistas y prioritarios.
- Principio de participación e implicación: La toma de decisiones sobre la adaptación debe contar con el conocimiento y consentimiento de cuantos vayan a participar de las mismas y, en el caso de los alumnos con TEA, de sus familias y otros profesionales.

Adeuar estos principios a la práctica del aprendizaje es complejo, dado que los requisitos varían en función de la edad y la asignatura en cuestión. Además, de una adecuada coordinación y registro documental con el Departamento de Consejería Estudiantil. Dado que, al ser un proceso a largo plazo, se requiere soporte de evidencias y observaciones que ayuden en etapas futuras.

c. Adaptaciones curriculares

En general las adaptaciones curriculares deben tener un enfoque visual y crear un ambiente predecible y ordenado, evitando la improvisación o eventos extraordinarios, como se lo menciona Merino (2011):

- Utilizar material gráfico como láminas, videos, modelos de trabajos terminados, dibujos, entre otros, que le permiten comprender la temporalidad de los eventos, organizar sus acciones en secuencias lógicas, identificar la emoción que le producen las situaciones.
- Crear una agenda escolar con las actividades que tiene que realizar.
- Mostrarle, en forma de dibujos, las normas que están en proceso de adquirir.
- Describirle gráficamente las secuencias didácticas de una actividad determinada.
- Seleccionar libros con ilustraciones, en los cuales se utilice un lenguaje simple.
- Realizar modificaciones directamente sobre el libro de trabajo, sobreponiendo instrucciones, textos más simples o dibujos.
- Recopilar ilustraciones, conceptos y/o mapas conceptuales donde el alumno pueda repasar o fortalecer los conocimientos que está adquiriendo.

Todas ellas deben ser complementadas en caso de presentar retardo mental significativo, así como una coordinación en la elaboración de tareas en casa. y en coordinación con el DECE, quien es el encargado de supervisar y aprobar los instrumentos diferenciados (MDE, 2017).

d. Adaptaciones de objetivos y contenidos curriculares

Al realizar las planificaciones curriculares debe considerarse que MDE (2016) diferencia dos tipos de aprendizajes: los básicos imprescindibles o aprendizajes que es preciso adquirir al término del subnivel de referencia para evitar una situación de riesgo alto de exclusión social, y los básicos deseables o aprendizajes que pueden lograrse o “recuperarse” con relativa facilidad en momentos posteriores. Estos ya se encuentran normalizados por lo que, deben ser el punto de enfoque de las actividades de aprendizaje, priorizando “...los que favorezcan el desarrollo de sus funciones cognitivas: atención, percepción, memoria, comprensión, expresión, flexibilidad, simbolización, para favorecer la autonomía y la socialización” (Merino, 2011, p. 20).

e. Estrategias de evaluación

MDE (2016) aclara que existen tres tipos de evaluación: la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación, siendo el último el que mayor impacto educativo, dado que los otros dos son parte del

proceso educativo y no pueden ser considerados como parte de la evaluación sumativa. Merino (2011) propone considerar los siguientes aspectos a la hora de construir un instrumento de evaluación para un caso de TEA:

- Procurar una evaluación flexible y creativa. Por ejemplo, visual y táctil en lugar de auditiva; oral y práctica en lugar de teórica y escrita; diaria en lugar de trimestral; basada en la observación en lugar de en exámenes.
- Pedir respuestas no verbales como señalar, encerrar o construir. Emplear respuestas de hechos y evitar las de juicios.
- Prepararse previamente el tipo de formato que se utiliza para evaluar al alumno. Cada ficha, tarea o actividad debe tener un solo objetivo, pocos estímulos e instrucciones de tarea. Si el alumno no domina el formato, se perderá en la forma y no se centrará en el contenido. Se le debe dar un ejemplo inicial de la tarea o ítem a evaluar.

Como lo resalta Silva (2018), es preferible buscar que estas sean lo más cercanas al de la población general, dado que muchos padres son reticentes a que sean tratados de manera especial a menos que sea en estricto necesario.

5. Resultados y discusión

Dado lo planteado en MDE (2016), MDE (2017) y MSP (2017), es posible afirmar que el apoyo educativo ecuatoriano es en la práctica nulo, dejando este al criterio del encargado del DECE y los docentes, lo cual ciertamente si no conocen a cabalidad los criterios en este trabajo expuestos, proponer actividades o lineamientos poco útiles o no enfocados para sus necesidades. Es también resaltante el poco interés universitario en el tema, a pesar de ser un trastorno de alto impacto en la vida del estudiante y afectar a un porcentaje significativo de la población. De la mano del desconocimiento de los síntomas y diagnóstico del TEA, se agrega el hecho de que un alto porcentaje de los afectados no tiene un diagnóstico o medios para afrontar el tratamiento y tener una mejor calidad de vida.

De estos resultados, es posible plantear las siguientes necesidades de reforma educativa y social, recordando la necesidad de una actuación personalizada:

- a) Establecer guías y normas educativas, para cada nivel y subnivel educativo, en las cuales se presenten sugerencias para la planificación de actividades y de evaluación.
- b) Promover campañas de concienciación sobre los síntomas y signos para un diagnóstico temprano del TEA.
- c) Procurar espacios de intercambio entre docentes y padres de familia para coordinar esfuerzos en la educación de alguien con TEA.
- d) Buscar mecanismos para aumentar el número de casos diagnosticados, ya sea a través de organismos externos o mediante las propias instituciones.
- e) Crear y distribuir material adecuado para la educación de niños con TEA.

6. Conclusiones

El TEA afecta a una persona en gran cantidad de ámbitos, particularmente en su desarrollo social y la forma en la que esta interacciona con el mundo que la rodea. Al tener el ámbito educativo un importante factor social, este se ve afectado de diversas maneras tanto en el proceso como en sus resultados. Ante la nula presencia de guías o documentos oficiales respecto a la educación de alguien con TEA, se encuentran en su mayoría sin diagnóstico, tratamiento o educación adecuados. Se requiere, por lo tanto, un involucramiento mucho mayor del estado en forma no solo de reglamentación, sino de difusión dado que es una enfermedad de diagnóstico social. Esta debe estar enfocado tanto a docentes, padres de familia, estudiantes y sociedad en general, para ayudar en su integración y desarrollo.

Los cambios estructurales y normativos para adaptarse la TEA, son necesarios no solo en el ámbito educativo obligatorio, sino también en el superior como en el laboral, dadas las peculiaridades que este trastorno presenta.

Cómo citar este artículo / How to cite this paper

Silva Ibarra, J. F. (2019). Análisis del acceso a la formación de competencias educativas básicas para estudiantes autistas en Ecuador. *Certiuni Journal*, (5), 27-37. (www.certiunijournal.com)

Referencias

- Artigas-Pallares, J.; Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. doi: 10.4321/S0211-57352012000300008
- Bonilla, M.; Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. Programa de Educación continua en Pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría, 15(1), 19-29.
- Cala, O.; Licourt, D.; Cabrera, N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 157-178.
- López, C.; Larrea, M. (2017). Autismo en Ecuador: un Grupo Social en Espera de Atención. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3), 203-214.
- Frith, U. (2003). *Autism. Explaining the Enigma*. (2ª Ed.). Oxford: Blackwell. (Trad. cast.: *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza, 2004)
- Goldani, A.; Downs, S.; Widjaja, F.; Lawton, B.; Hendren, R. L. (2014). Biomarkers in Autism. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 100. doi: 10.3389/fpsy.2014.00100
- MDE (2017). Modelo de Funcionamiento de los Departamentos de Consejería Estudiantil. Ministerio de Educación. Quito, Ecuador.
- MSP (2017). Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador.
- Mulas, F.; Ros, G.; Millá, M. G.; Etchepareborda, M. C.; Abad Mas, L.; Téllez de Meneses Lorenzo, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77. doi: 10.33588/rn.50S03.2009767
- Merino, M. (2011). Guía de intervención dirigida al alumnado con autismo. Federación Autismo Castilla y León. ISBN: 978-84-692-5671-8.
- NIH (2011). *A Parent's Guide to Autism Spectrum Disorder*. U.S. Department of Health and Human Services. Estados Unidos.
- Silva, J. (2018). Educación Basada en Competencia (EBC) y los saberes para una educación del futuro, en Ecuador. *Certiuni Journal*, (4), 9-19.
- Urbanovská, E.; Kantor, J.; Růžicka, M. (2014). The Education of Students with Autism Spectrum Disorders from the Teacher's Viewpoint – A Czech/Polish Comparative Study at the Secondary Education Level. *Proceeding of the International Scientific Conference, Palacky University, Czech Republic*. 3(1), 137-151. doi: 10.17770/sie2014vol3.724
- Yon, S.; Castillo, S.; Hernández, G.; Alcocer, M.; Rosario, K. (2018). La inclusión de un estudiante con trastorno del espectro autista en educación. *Boletín Virtual. Universidad Autónoma del Carmen*, 7 (2), 64-85. ISSN: 2266-1536.