



ENTRE BASTIDORS

Posant llum a la foscor del trastorn
de l'espectre autista

Carla Priego Andrés

Treball de Recerca
Curs 21-22

“L'autisme és una mena de pou en el que estàs submergit, voldria sortir i ser com tothom, però mai pots sortir de veritat del pou.” -S1

Autora: Carla Priego Andrés

Tutor: Jordi Font Bayod-

Curs: 2n de Batxillerat

Centre: Sant Antoni de Pàdua

Data de lliurament: Desembre de 2021

RESUMEN

Este trabajo se propone hacer una aproximación teórico-práctica del trastorno del espectro autista (TEA) con el objetivo de comprender este trastorno, sus afectaciones en el ámbito individual, familiar y su interrelación con la sociedad. Así mismo, se busca corroborar la utilidad de los criterios diagnósticos del DSM-V para la detección de los casos. Para lograr estos objetivos, se analizan dos casos plasmados en dos libros, se refuerza el análisis de uno de ellos con la entrevista a la autora, se realizan dos entrevistas a dos sujetos diagnosticados con TEA y se efectúa una observación directa de un niño autista. Gracias a los resultados, se concluye que hay gran variedad de habilidades, comportamientos y niveles de afectación que pueden caracterizar un caso de TEA, pero que en su totalidad pueden ser diagnosticados de manera adecuada y precisa con los criterios proporcionados por los profesionales. Este hecho permite el proceso de aceptación y adaptación de las familias a las dificultades que un diagnóstico de esta magnitud pueda implicar. Se llega a la conclusión de que es esencial el seguimiento de un tratamiento y la edad en la cual se inicia para obtener resultados óptimos lo más temprano posible. Además, para garantizar la integración de los sujetos y su desarrollo como componentes de la sociedad se expone la gran necesidad de ayudas y apoyos en el entorno cotidiano.

ABSTRACT

This project aims to do a theoretical and practical approach to autism spectrum disorder (ASD) with the objective of understanding it, its affectations in the individual and familiar field, and its interrelation with society. Likewise, it is looked for the corroboration of the usefulness of the diagnostical criteria of the DSM-V for the detection of cases. To accomplish these objectives, two cases contained in two books have been analyzed, one analysis being reinforced with the interview of its author, there have been done two interviews with two young men diagnosed with ASD, and one direct observation of a kid. Thanks to the results, it is concluded that there is a great variety of abilities, behaviors, and levels of affectation that can characterize a case of ASD. However, in their totality, they can be diagnosticated adequately and precisely thanks to the criteria proportionated by professionals. This fact allows the families to start their process of acceptance and adaptation regarding the difficulties that a diagnostic of this magnitude can imply. It has come to the conclusion that the following of a treatment is essential, as well as the age that it is started, in order to obtain optimal results the earliest possible. Moreover, to guarantee the integration of these subjects and their development as components of society it is exposed the large necessity of aids and supports in the daily environment.

Índex

I. INTRODUCCIÓ	5
II. TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA	7
1. DEFINICIÓ DEL CONCEPTE	7
2. ORIGEN I EVOLUCIÓ DEL CONCEPTE	7
2.1. Bleuler	7
2.2. Kanner	7
2.3. Hans Asperger	8
2.4. Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM)	9
3. CRITERIS DIAGNÒSTICS I CRITERIS DIFERENCIALS SEGONS EL DSM-V	10
4. TEORIES EXPLICATIVES	14
4.1. Teoria de la ment	14
4.2. Teoria de la coherència central feble	15
4.3. Teoria de la intersubjectivitat.....	15
4.4. Teoria de la disfunció executiva	16
5. INTERVENCIÓ.....	18
5.1. Classificació dels models d'intervenció	20
5.1.1. Intervencions psicodinàmiques	20
5.1.2. Intervencions biomèdiques	20
5.1.3. Intervencions psicoeducatives.....	21
6. EPIDEMIOLOGIA	22
III. PART PRÀCTICA	28
1. ANÀLISI DE DOS LLIBRES I ENTREVISTA A UNA AUTORA	28
1.1. Anàlisi del llibre "Per què salto?"	29
1.2. Anàlisi del llibre "Mamá, dícame que sí"	39
1.3. Entrevista a Herminia Touzón Quiroga, autora del llibre "Mamá, dícame que sí"	49
1.4. Conclusió final de l'apartat	57
2. ENTREVISTES A DOS JOVES AMB DIAGNÒSTIC D'AUTISME	58
2.1. Entrevistes: preguntes, respostes i observacions	59
2.2. Conclusió final de l'apartat	65
3. ESTUDI D'UN CAS AL SUPORT INTENSIU D'ESCOLARITZACIÓ INCLUSIVA (SIEI) DE L'ESCOLA SALESIANS MATARÓ.....	66
3.1. Conclusió final de l'apartat	73
IV. CONCLUSIONS FINALS DEL TREBALL	74
V. BIBLIOGRAFIA	77

I. INTRODUCCIÓ

Aquest treball es centrarà en la investigació sobre el trastorn de l'espectre autista (TEA), una qüestió de l'àmbit psicològic, motivada per la meua afició a la lectura que els darrers anys s'ha centrat en obres on els joves protagonistes estaven diagnosticats amb TEA o trastorns similars. És aquesta proximitat emocional als personatges la que va despertar en mi l'interès per descobrir quina és l'autèntica realitat d'aquestes persones, ja que és coneixement popular que les històries plasmades en la literatura respecte els casos de trastorns solen estar distorsionades, ser superficials o, en general, poc encertades. Sorgeix d'aquí el neguit i la necessitat d'anar més enllà i buscar casos reals, documents científics i explicacions professionals per entendre un concepte del que a vegades no es pot discernir què és veritat i què és mite.

El treball que es realitzarà té com a objectiu general fer una aproximació teòrico-pràctica sobre el trastorn de l'espectre autista per obtenir un coneixement profund del mateix, de les seves característiques principals, de com afecta a les persones que el pateixen i al seu entorn. En l'àmbit més pràctic, l'objectiu és corroborar la utilitat dels criteris del DSM-V per diagnosticar les persones amb TEA i veure els resultats de la intervenció i tractaments en persones autistes mitjançant l'estudi de casos reals.

Aquest treball tindrà un marc teòric on s'establirà una definició del concepte, l'origen i l'evolució d'aquest per tal de poder obtenir una idea general de com ha prosperat la concepció del trastorn. Posteriorment, s'explicitaran els criteris diagnòstics segons el "Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders"(DSM), en concret l'última versió disponible, el DSM-V. A continuació, s'enunciaran les teories explicatives més conegudes que intenten donar resposta a l'origen i les causes d'aquest trastorn. En última instància, s'explicaran els models d'intervenció que són aplicats i l'epidemiologia del trastorn. Tota la informació utilitzada per completar aquests apartats serà extreta de pàgines webs, documents acadèmics, articles científics i llibres especialitzats en aquesta temàtica.

El marc pràctic, per la seva banda, constarà de tres grans parts. El primer apartat el conformarà l'anàlisi de dos llibres que expliquen l'experiència de dos casos diferents de nens diagnosticats amb autisme. El primer, ha estat escrit pel subjecte afectat i el segon, per la mare d'un nen amb TEA. L'anàlisi d'aquest segon llibre es complementarà amb una entrevista a l'autora, inclosa també en aquest apartat.

La segona part del marc pràctic, constarà de l'entrevista a dos joves diagnosticats de TEA. L'última secció de la part pràctica, serà l'observació d'un cas del Suport Intensiu d'Escolarització Inclusiva (SIEI) de l'escola Salesians Mataró.

El treball finalitzarà, per una banda, amb la presentació de les conclusions on es recolliran les reflexions finals, l'assoliment o no dels objectius marcats per aquest treball i una valoració personal del procés d'investigació i recerca, juntament amb l'aprenentatge que ha suposat per l'autora. I per altra banda, amb la bibliografia, on es trobaran citades les fonts consultades per fer el treball.

II. TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA

1. DEFINICIÓ DEL CONCEPTE

El concepte de trastorn de l'espectre autista no té una definició concreta ja que al parlar d'espectre engloba diferents nivells d'afectació i intensitats. La definició escrita a continuació conté els trets comuns.

El trastorn de l'espectre autista (TEA) és un trastorn del neurodesenvolupament caracteritzat per alteracions en el sistema nerviós central que donen lloc a dificultats socials, cognitives i comportamentals.

2. ORIGEN I EVOLUCIÓ DEL CONCEPTE

El concepte de TEA ha evolucionat al llarg dels anys, i així ho ha fet el seu significat i contingut. A continuació podrem veure el progrés que ha seguit.

2.1. Bleuler

El terme autisme (del grec, "autos", que significa un mateix; "ismos", que fa referència a la manera d'estar) fou introduït per primera vegada el 1911 per Paul Eugen Bleuler per referir-se a la tendència dels esquizofrènics d'evadir-se de la realitat i tancar-se en si mateixos. (Artigas-Pallarès, Paula, *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*, 2011, 3)

2.2. Kanner

La incorporació del significat actual al terme autisme s'origina amb Leo Kanner, després de l'aparició en 1943 de l'article: "Autistic disturbances of affective contact"¹. Kanner va aprofundir en la delimitació del trastorn, al qual li va assignar la denominació "d'autisme infantil precoç".

Va proposar criteris que definien l'autisme precoç basats en els següents símptomes: aïllament profund pel contacte amb les persones, un desig obsessiu de preservar la identitat, una relació intensa amb els objectes, conservació d'una fisonomia intel·ligent i pensativa i una alteració en la comunicació verbal manifestada per un mutisme o per una mena de llenguatge desproveït d'intenció comunicativa. Destacava com a característica principal l'obsessió per mantenir la identitat, expressada pel desig de viure en un món estàtic, on no són acceptats els canvis.

Per altra banda, Kanner va defensar que el quadre clínic de l'autisme era tan específic que es podia diferenciar clarament de qualsevol altre trastorn. En la publicació inicial, on descrivia el quadre clínic de l'autisme, va recollir les observacions sobre 11 pacients (8 nens i 3 nenes) que tenien en comú les següents característiques: incapacitat per a

¹ Kanner, L. (1943): *Autistic disturbances of affective contact*

establir relacions, alteracions en el llenguatge, insistència obsessiva a mantenir l'ambient sense canvis, aparició, a vegades, d'habilitats especials, bon potencial cognitiu però limitat als seus centres d'interès, aspecte físic normal i "fisonomia intel·ligent" i l'aparició dels primers símptomes des del naixement.

Kanner va afirmar que aquestes característiques conformaven una única síndrome, no documentada fins al moment, que probablement era més freqüent del que indicava l'escassetat de casos observats. Era molt probable que alguns d'ells estiguessin erròniament diagnosticats com a febles mentals o esquizofrènics.

Tal i com recullen Pallarès i Paula (2012), Kanner va intuir que l'autisme era un trastorn del neurodesenvolupament, l'origen del qual era un problema relacionat amb els components constitucionals de la resposta emocional. Es per això que, al final de l'article, Kanner defineix l'autisme com "inborn autistic disturbances of affective contact"²

2.3. Hans Asperger

D'altra banda, al 1944, Asperger recollia la història de quatre nois i, igual que Kanner, utilitzava el terme autisme (psicopatia autista). Els pacients identificats per Asperger mostraven un patró de conducta caracteritzat per: falta d'empatia, ingenuïtat, poca habilitat per a fer amics, llenguatge pedant o repetitiu, pobra comunicació no verbal, interès desmesurat per certs temes i manca de destresa i coordinació pobra.

Els treballs d'Asperger, que destacaven per la seva extrema precisió i minuciositat, i per l'acurada comprensió cap als nens diagnosticats de psicopatia autística, pel fet d'haver estat publicats en alemany, van ser llargament ignorats per la psiquiatria i la neurologia en la majoria de països.

Aquest oblit va començar a experimentar un gir a partir de 1981, després de la traducció dels seus treballs a l'anglès per Lorna Wing, a qui s'atribueix la divulgació de la denominació del terme síndrome d'Asperger i del coneixement de la síndrome. No obstant això, el psiquiatre alemany Gerhard Bosch (1970) ja havia utilitzat el terme síndrome d'Asperger i havia situat a aquest dins de l'autisme. La mateixa autora va introduir el concepte de TEA, concepte sota el qual tendeix a quedar diluïda l'especificitat del trastorn d'Asperger.

² Kanner, L. (1943): *Autistic disturbances of affective contact*. Pàg.34.

2.4. Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM)

Posteriorment van aparèixer els manuals diagnòstics de la "American Psychiatric Association", el "Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders" (DSM) i el concepte va evolucionar en les diferents versions del manual:

- La primera versió, el DSM-I va aparèixer el 1952 i encara que l'autisme ja havia estat identificat com una entitat específica no va ser inclòs en aquesta versió. Els nens de característiques descrites en l'autisme eren diagnosticats com a "reacció esquizofrènica de tipus infantil".

- En el DSM-II, aparegut en 1968, tampoc contemplava l'autisme com un diagnòstic específic, sinó com una característica pròpia de l'esquizofrènia infantil, s'afegia l'existència d'un fracàs per a desenvolupar una identitat independent de la mare i es feia referència a la possible associació amb retard mental.

- No va ser fins a 1980, amb la publicació del DSM-III, quan es va incorporar l'autisme com a categoria diagnòstica específica. Es contemplava com una entitat única, denominada "autisme infantil".

- El DSM III-R, aparegut en 1987, es va substituir autisme infantil per trastorn autista. Amb això l'autisme quedava incorporat a la condició de "trastorn", terme que s'usa en els manuals per definir genèricament els problemes mentals, marcant una distància conceptual amb la terminologia pròpia dels problemes mèdics d'etiologia i fisiopatologia coneguda totalment o parcialment.

DSM III-R contemplava l'autisme com una categoria única i va ampliar la versió anterior en delimitar els criteris diagnòstics, cadascun dels quals era descrit minuciosament i amb gran detall. A més, s'incorporaven al text exemples concrets que aclarien quan un criteri era considerat positiu. Si bé acceptava el diagnòstic d'autisme atípic, per a aquells casos que conjuminant característiques clares d'autisme no complien tots els criteris.

- En els anys 1994 i 2000 van aparèixer respectivament el DSM-IV i el DSM IV-TR, que encara que no plantejaven modificacions substancials entre ells, van representar un nou canvi radical. D'una banda es van definir 5 categories d'autisme: trastorn autista, trastorn d'Asperger, trastorn de Rett, trastorn desintegratiu infantil i trastorn generalitzat del desenvolupament no especificat. Es va incorporar també el terme trastorns generalitzats del desenvolupament com a denominació genèrica per a englobar els subtipus d'autisme.

L'altre aspecte determinant que es va veure modificat en aquesta versió del DSM va ser el nombre de criteris diagnòstics que van ser reduïts a 6. Després d'aquesta revisió, el

diagnòstic passava a ser menys restringit, fet que va donar lloc a un notable increment en el diagnòstic d'autisme.

- Finalment, en 2013 va aparèixer el DSM-V que engloba el trastorn autista, la síndrome d'Asperger i el trastorn generalitzat del desenvolupament no especificat en un únic trastorn que va passar a anomenar-se Trastorn de l'Espectre Autista. Els criteris diagnòstics del Trastorn de l'Espectre Autista (TEA) també foren modificats.

3. CRITERIS DIAGNÒSTICS I CRITERIS DIFERENCIALS SEGONS EL DSM-V

A continuació es presenten els criteris diagnòstics del TEA segons DSM-V³:

A. Deficiències persistents en la comunicació social i en la interacció social en diversos contextos, manifestat pel següent, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):

1. Les deficiències en la reciprocitat socioemocional, varien, per exemple, des d'un acostament social anormal i fracàs de la conversa normal en tots dos sentits passant per la disminució en interessos, emocions o afectes compartits fins al fracàs a iniciar o respondre a interaccions socials.
2. Les deficiències en les conductes comunicatives no verbals utilitzades en la interacció social, varien, per exemple, des d'una comunicació verbal i no verbal poc integrada passant per anomalies del contacte visual i del llenguatge corporal o deficiències de la comprensió i l'ús de gestos, fins a una falta total d'expressió facial i de comunicació no verbal.
3. Les deficiències en el desenvolupament, manteniment i comprensió de les relacions, varien, per exemple, des de dificultats per a ajustar el comportament en diversos contextos socials passant per dificultats per a compartir jocs imaginatius o per a fer amics, fins a l'absència d'interès per altres persones.

Especificar la gravetat actual: La gravetat es basa en el deteriorament de la comunicació social i en patrons de comportament restringits i repetitius (vegeu la Taula 1).

B. Patrons restrictius i repetitius de comportament, interessos o activitats, que es manifesten en dues o més dels següents punts, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):

1. Moviments, ús d'objectes o parla estereotipats o repetitius (p. ex., estereotípies motores simples, alineació de les joguines o canvi de lloc dels objectes, ecolàlia, frases idiosincràtiques).
2. Insistència en la monotonia, excessiva inflexibilitat de rutines o patrons ritualitzats de comportament verbal o no verbal (p. ex., gran angoixa enfront de canvis petits, dificultats amb les transicions, patrons de pensament rígids, rituals de salutació, necessitat de prendre el mateix camí o de menjar els mateixos aliments cada dia).
3. Interessos molt restringits i fixos que són anormals quant a la seva intensitat o focus d'interès (p. ex., forta inclinació o preocupació per objectes inusuals, interessos excessivament circumscrits o perseverants).
4. Hiper- o hiporeactivitat als estímuls sensorials o interès inhabitual per aspectes sensorials de l'entorn (p. ex., indiferència aparent al dolor/temperatura, resposta adversa a sons o textures específics, ensumar o palpar excessivament objectes, fascinació visual per les llums o el moviment).

³ Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™*. Pàgs. 28-30.

Especificar la gravetat actual: La gravetat es basa en deterioracions de la comunicació social i en patrons de comportament restringits i repetitius (vegeu la Taula 1).

C. Els símptomes han de ser presents en les primeres fases del període de desenvolupament (però poden no manifestar-se totalment fins que la demanda social supera les capacitats limitades, o poden estar emmascarats per estratègies apreses en fases posteriors de la vida).

D. Els símptomes causen un deteriorament clínicament significatiu en l'àmbit social, laboral o altres àrees importants del funcionament habitual.

E. Aquestes alteracions no s'expliquen millor per la discapacitat intel·lectual (trastorn del desenvolupament intel·lectual) o pel retard global del desenvolupament. La discapacitat intel·lectual i el trastorn de l'espectre de l'autisme amb freqüència coincideixen; per fer diagnòstics de comorbiditat d'un trastorn de l'espectre de l'autisme i discapacitat intel·lectual, la comunicació social ha d'estar per sota del que es preveu per al nivell general de desenvolupament.

Nota: Als pacients amb un diagnòstic ben establert segons el DSM-IV de trastorn autista, malaltia d'Asperger o trastorn generalitzat del desenvolupament no especificat d'una altra manera, se'ls aplicarà el diagnòstic de trastorn de l'espectre de l'autisme. Els pacients amb deficiències notables de la comunicació social, però els símptomes de la qual no compleixen els criteris de trastorn de l'espectre de l'autisme, han de ser avaluats per a diagnosticar el trastorn de la comunicació social (pragmàtica).

El TEA acumula altres aspectes, afectacions i condicions associades que s'han de concretar en el diagnòstic per tal que aquest sigui el més complet possible. Gràcies a la precisió del document l'ajuda serà la més adequada per al pacient.

S'ha d'especificar si:

- Amb o sense dèficit intel·lectual acompanyant.
- Amb o sense deteriorament del llenguatge acompanyant.
- Associat a una afecció mèdica o genètica, o a un factor ambiental coneguts.
- Associat a un altre trastorn del desenvolupament neurològic, mental o del comportament.
- Amb catatonía.

Nivell de gravetat	Comunicació social	Comportaments restringits i repetitius
<p data-bbox="190 279 638 319">Grau 3</p> <p data-bbox="190 319 638 853">“Necessita ajuda molt notable”</p>	<p data-bbox="638 279 1377 853">Les deficiències greus de les aptituds de comunicació social verbal i no verbal causen alteracions greus del funcionament, inici molt limitat de les interaccions socials i resposta mínima a l'obertura social d'altres persones. Per exemple, una persona amb poques paraules intel·ligibles que rarament inicia interacció i que, quan ho fa, realitza estratègies inhabituals només per complir amb les necessitats i únicament respon a aproximacions socials molt directes.</p>	<p data-bbox="1377 279 2040 853">La inflexibilitat de comportament, l'extrema dificultat de fer front als canvis o altres comportaments restringits / repetitius interfereixen notablement amb el funcionament en tots els àmbits. Ansietat intensa/dificultat per a canviar el focus d'acció.</p>
<p data-bbox="190 853 638 893">Grau 2</p> <p data-bbox="190 893 638 1259">“Necessita ajuda notable”</p>	<p data-bbox="638 853 1377 1259">Deficiències notables de les aptituds de comunicació social verbal i no verbal; problemes socials aparents fins i tot amb ajuda in situ; inici limitat d'interaccions socials; i reducció de resposta o respostes no normals a l'obertura social d'altres persones. Per exemple, una persona que emet frases senzilles, la interacció de les quals es limita a interessos especials molt concrets i que té una comunicació no verbal molt excèntrica.</p>	<p data-bbox="1377 853 2040 1259">La inflexibilitat de comportament, la dificultat de fer front als canvis o altres comportaments restringits/ repetitius apareixen amb freqüència clarament a l'observador casual i interfereixen amb el funcionament en diversos contextos. Ansietat i/o dificultat per a canviar el focus d'acció.</p>

<p>Grau 1 "Necessita ajuda"</p>	<p>Sense ajuda in situ, les deficiències en la comunicació social causen problemes importants. Dificultat per iniciar interaccions socials i exemples clars de respostes atípiques o insatisfactòries a l'obertura social d'altres persones. Pot semblar que té poc interès en les interaccions socials. Per exemple, una persona que és capaç de parlar amb frases completes i que estableix comunicació però que la seva conversa àmplia amb altres persones falla i els intents de fer amics són excèntrics i habitualment sense èxit.</p>	<p>La inflexibilitat de comportament causa una interferència significativa amb el funcionament en un o més contextos. Dificultat per alternar activitats. Els problemes d'organització i de planificació dificulten l'autonomia.</p>
-------------------------------------	---	--

Taula 1: Nivells de gravetat del trastorn de l'espectre autista.- Asociación Americana de Psiquiatria. (2014). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™

4. TEORIES EXPLICATIVES

A continuació s'exposen de manera breu les teories explicatives més importants que al llarg dels anys han intentat donar resposta a l'origen i causes d'aquest trastorn.

4.1. Teoria de la ment

La teoria de la ment intenta explicar les deficiències persistents en la comunicació i la interacció social en diversos contextos de les persones amb TEA.

Els professionals descriuen aquesta teoria com la capacitat que tenen les persones neurotípiques (persones sense cap trastorn mental) d'entendre els estats mentals dels altres. (Asociación Sevillana de Síndrome de Asperger. *SINDROME DE ASPERGER: Guía práctica para la intervención en el ámbito escolar.*, 2013, 20) A més a més, l'habilitat de comprendre que cada individu té una ment i, per tant, propòsits, voluntats i idees pròpies. És a dir, la capacitat de preveure la conducta en terme d'intencions.

També inclou estats mentals més profunds: pensar, creure, conèixer, somniar, enganyar, etc. Aquesta habilitat permet a l'individu preveure el comportament social de les persones que l'envolten.⁴

Moure's en el terreny de la ment és molt difícil per a les persones amb TEA, ja que les persones neurotípiques infereixen la informació que no és explícita, però per la persona amb TEA fer-ho comporta moltes dificultats. Les persones amb autisme necessiten desglossar les conductes socials per comprendre-les i aprendre de manera gradual.

Com a conseqüència, la comunicació i les relacions socials es tornen difícils de manejar, ja que comporta que s'han de posar constantment en la pell de l'altre de manera conscient i suposar-ho.

La capacitat d'atribuir estats mentals a l'altre implica:

1. Ser capaç de tenir creences sobre les creences dels altres. Això és, llegir la ment de l'altre, saber i anticipar què pensen.
2. Ser capaç de fer o preveure alguna funció de les creences atribuïdes. Això es refereix a reconèixer "per què" una altra persona té un pensament determinat.
3. Requereix d'unes habilitats que es solen desenvolupar en els nens neurotípics de manera natural, com ara:

⁴ Jodra Chuan, M. *Cognición temporal en personas adultas con autismo: Un análisis experimental.* 2015, Pàg. 39.

- L'atenció conjunta: és la capacitat d'atendre a un mateix estímul de manera sostinguda i apareix cap als 9 mesos d'edat.
- Empatia cognitiva i emocional: fa referència a la capacitat de posar-se al lloc de l'altre i apareix cap als 2 anys.

4.2. Teoria de la coherència central feble

La Teoria de la coherència central explica la capacitat que les persones tenim per a extreure allò que és essencial en una situació o història. Això ens permet obtenir una imatge de conjunt i entendre adequadament paraules que poden tenir més d'un significat, tenint en compte tot el context en el qual apareixen.

Les persones amb autisme presentarien una feble coherència central, que els portaria a fixar-se de manera persistent en parts dels objectes i no en l'objecte total. A més, tendrien a processar els detalls i perdrien el significat general. Per tant, es podria dir que tenen una percepció fragmentada de la realitat. (Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet; Subirà.A.M.; Pons, B.A., et alt. *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*, 2012, 41)

En l'àmbit social, les persones amb TEA tenen dificultats per elaborar interpretacions comprensives de les situacions mitjançant la lectura de les intencions dels participants, a partir dels moviments dels ulls, de les mans i de les pistes contextuais. Això implica que les persones amb TEA atenen més als petits detalls que les persones amb desenvolupament típic. A més, poden trigar més a percebre el context general a causa d'aquesta atenció en els detalls.

No obstant això, aquesta atenció pels aspectes parcials els faria molt bons en unes certes àrees (construir puzles, recordar detalls d'un carrer, pintar amb exactitud un determinat paisatge, reproduir fragments musicals complexos amb només escoltar-los una vegada...).

4.3. Teoria de la intersubjectivitat

La teoria de la intersubjectivitat primària apunta que els nens, des que neixen, tenen la capacitat per connectar amb l'expressió emocional dels altres i poden respondre naturalment amb sentiments als sentiments, expressions, gestos i accions dels altres. Aquesta capacitat psicobiològica per percebre de manera directa les emocions i actituds dels altres, ens permetria desenvolupar la comprensió que els altres són éssers separats

de nosaltres, amb els seus propis pensaments i sentiments i anar desenvolupant el concepte de "jo" i "un altre", com algú amb qui compartir, però que també pot pensar de manera diferent a nosaltres. (Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet; Subirà.A.M.; Pons, B.A., et alt. *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*, 2012, 29)

Precisament, una de les coses que succeeix en les persones amb autisme és que, sovint, no tenen una consciència diferenciada d'ells mateixos, ni tampoc perceben l'existència d'un altre i del món que els envolta com una realitat separada.

No poder llegir tota aquesta informació que constantment transmetem els humans, fa que, sovint, la resposta dels altres resulti imprevisible a les persones amb TEA, els generi ansietat i, al seu torn, no siguin capaces de regular ni el seu comportament ni les seves respostes en funció de l'estat emocional que els produeix l'entorn que no comprenen.

D'altra banda, això suposa que no puguin tenir l'experiència de l'altre com algú que pot reconfortar i contenir el seu malestar. Això contribueix al seu alt nivell d'ansietat i fa que per intentar calmar-la se centrin en sensacions que ells mateixos s'estimulen, s'aferrin a determinats objectes i realitzin moviments repetitius o estereotipats que els aporten una falsa seguretat, moviments que semblen tranquil·litzar-los i que els serveixen de descàrrega tensional.

Per això mateix, com diuen l'equip d'experts del Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (2012), la fallada de la intersubjectivitat es relaciona directament amb la tendència a l'autoestimulació provocada per la no tolerància a la frustració i una sensibilitat molt elevada que fa que qualsevol imprevist sigui viscut com una catàstrofe. Això els fa intolerants a canvis físics i psíquics, tot ha d'estar sempre igual i les seves necessitats han de satisfer-se immediatament, ja que no hi ha capacitat per esperar, per tolerar la frustració, ni per anticipar que la seva necessitat serà satisfeta amb posterioritat. La persona amb TEA tendeix a repetir les mateixes situacions i presenta una gran intolerància cap a tot el que és nou i desconegut, és a dir, cerca una falsa seguretat en la invariabilitat de l'entorn.

4.4. Teoria de la disfunció executiva

La teoria de la disfunció executiva intenta explicar els patrons de comportament, interessos i activitats restringits i estereotipats de les persones amb TEA.

Les funcions executives (FFEE) són un conjunt d'habilitats cognitives que es posen en pràctica per dur a terme activitats de manera autònoma mitjançant el control d'una acció

de moviment, atenció o pensament. Aquestes capacitats, també innates, ens permeten organitzar-nos, ser flexibles, anticipar, planificar, posar-nos objectius i metes, controlar els propis impulsos, etc. (Autisme la Garriga, *Teories explicatives del TEA: Teoria de la disfunció executiva*, 2021)

Existeixen diverses funcions neuropsicològiques de les FFEE⁵:

1. La inhibició de resposta. És la capacitat per inhibir (no respondre voluntàriament), respostes motrius i emocionals immediates a un estímul, esdeveniment o succés, posposant la satisfacció immediata per metes més importants a llarg termini. També forma part de la capacitat d'inhibició de resposta, una altra habilitat: la resistència a la distracció. Això ens permet evitar estímuls que puguin interferir en el seguiment d'un procés (distreure'ns).
2. La memòria de treball. La fem servir per emmagatzemar informació com a prerrequisit o eina per resoldre situacions futures. Els autors la divideixen en dos tipus; per una banda, trobem la Memòria de Treball Verbal (MTV) que és la parla autodirigida que permet regular el comportament autònomament, és a dir, donar-se autoinstruccions per seguir regles i dirigir el comportament cap alguna meta.
Per altra banda, trobem la Memòria de Treball No Verbal (MTNV), que és pensar en imatges visuals del passat per guiar-nos en un present. Per a poder desenvolupar la MTNV, necessitem tenir percepció retrospectiva, capacitat de previsió, consciència i domini del temps i capacitat d'imitació d'un comportament nou.
3. L'autoregulació de l'estat d'alerta, emocional i motivacional. És una altra capacitat que tenim les persones de canviar el nostre comportament (conducta) segons el context. Les persones no ens comportem de la mateixa manera quan estem en família que amb els companys de feina, tot i que seguim sent la mateixa persona.

Llavors, els nens amb TEA, segons aquesta teoria, tenen dificultat per controlar la seva funció executiva i desvien la seva atenció quan estan fent alguna cosa. És així que es poden explicar els moviments i conductes repetitives ja que, al no poder controlar i desviar la seva atenció amb la seva pròpia voluntat, és difícil que passin a altres activitats fàcilment. A més a més, l'absència de control de la funció executiva afecta a la seva habilitat per a la resolució de problemes.

⁵ Autisme la Garriga, *Teories explicatives del TEA*, 2021

5. INTERVENCIÓ

L'objectiu de qualsevol intervenció en persones amb TEA és afavorir la interrelació, la intersubjectivitat (atenció conjunta, empatia o comprensió dels estats emocionals de l'altra persona), el desenvolupament dels prerequisits de comunicació i del procés simbòlic, així com la capacitat executiva.

Aquesta intervenció és aplicada en ambients naturals, especialment en la primera infància, es continua al llarg de tota la vida i ha d'incloure tractaments en l'àrea escolar, familiar, individual i grupal i, posteriorment, ajudes en la formació i incorporació laboral, habitatge i temps lliure.

Les diverses fonts bibliogràfiques consultades coincideixen que, malgrat que existeixi unanimitat en afirmar que la teràpia s'ha d'iniciar de forma primerenca, no hi ha un acord en quin és el millor mètode d'intervenció.

Algunes de les dificultats per la interpretació i generalització dels resultats sobre l'eficàcia dels diferents mètodes existents són les següents⁶:

- Els TEA representen un diagnòstic complex, que aglutina un conjunt de símptomes ampli, de manera que cada intervenció posa l'accent a millorar uns símptomes en concret, deixant de banda altres. Per tant, cal estar atent a les característiques de la població estudiada i als resultats mesurats.
- Les intervencions en nens amb TEA, per la seva naturalesa, són complexes i variades, sovint implementades de maneres diferents, per personal i ambients diversos. Això fa difícil la generalització dels resultats.
- Les variacions en els resultats poden sorgir del diferent temps de seguiment, per la qual cosa aquest ha de ser adequat i valorar el manteniment de la intervenció a llarg termini.
- Els resultats han de valorar-se en funció de la qualitat metodològica dels treballs.

⁶ Martínez, *Trastorn de l'espectre autista en l'educació infantil. Models d'intervenció*, 2015-2016, Pàg. 16.

Elements bàsics de la intervenció segons els Pla d'atenció integral a les persones amb trastorn de l'espectre autista de la Generalitat⁷:

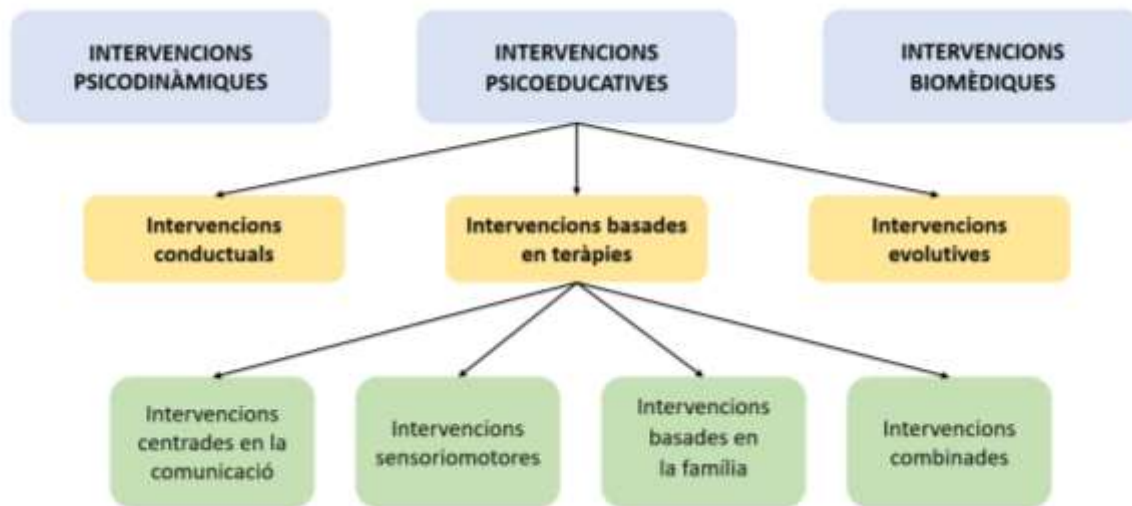
- **Individualització:** la intervenció ha de partir d'un coneixement i una comprensió adequats de l'infant, la família, l'escola i l'entorn social, de les seves capacitats, dificultats, necessitats i funcionament mental i adaptatiu. La intervenció està basada en un diagnòstic simptomàtic i funcional de l'infant i el seu entorn. Els programes educatius i terapèutics han d'estar adaptats a l'edat, el nivell funcional de l'infant, la severitat dels símptomes i les característiques de la família i/o l'escola.
- **Equips professionals multidisciplinaris:** amb professionals de l'àmbit clínic, educatiu i social que elaboren un projecte individualitzat amb objectius comuns i intervencions complementàries.
- **Precoc:** la intervenció s'inicia en el moment de la detecció i el diagnòstic, tenint en compte que en els infants n'hi pot haver prou amb un diagnòstic de presumpció.
- **Estructurada:** implica l'adaptació de l'entorn a les necessitats de predictibilitat i estabilitat que les persones amb TEA necessiten per comprendre les diverses situacions. Inclou l'ús de reforços positius, comunicació amb imatges, organització de l'espai, ús d'horaris, etc., de manera que puguin comprendre i anticipar què passa al seu voltant de la manera més natural i vivencial possible.
- **Generalitzada:** els objectius del pla individualitzat han de guiar les intervencions en tots els contextos naturals on viu l'infant i en tots els moments, de manera que es pugui produir una generalització dels aprenentatges.
- **Continuada:** basada en una aplicació continuada del programa terapèutic i educatiu, els professionals i les persones que conviuen amb l'infant, com els pares, o els professors, que han d'estar formats adequadament, han de seguir el pla d'objectius comuns. Els objectius terapèutics i educatius canviaran segons l'edat i l'evolució, però la intervenció durarà tota la vida.
- **Integral:** focalitzada en totes les necessitats evolutives, educatives, mèdiques, psicològiques, familiars i socials de la persona amb TEA.
- **Flexible:** la intervenció s'ha d'adaptar a cada infant en funció de cada moment i cada situació de l'entorn.
- **Coordinació interdisciplinària i existència d'un o una professional de referència:** la coordinació és imprescindible entre tots els que intervenen en l'atenció de l'infant i també hi ha d'haver un o una professional que coordini i afavoreixi la implementació d'intervencions.

⁷ Barcelona: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, Generalitat de Catalunya. *Pla director de salut mental i addiccions. Pla d'atenció integral a les persones amb trastorn de l'espectre autista (TEA)*. 2012, Pàgs. 34-35.

- **Avaluada:** una avaluació periòdica amb la utilització d'indicadors anteriors i posteriors a la intervenció que indiquin l'eficàcia de la intervenció i orientin cap a àrees terapèutiques i educatives que necessiten posar-se en pràctica.

5.1. Classificació dels models d'intervenció

Dintre de la gran diversitat de models d'intervenció podem seguir la següent classificació:



Il·lustració 1: Classificació dels models d'intervenció. El·laboració pròpia.

A continuació es presenten els models d'intervenció⁸:

5.1.1. Intervencions psicodinàmiques

Pràcticament no s'usen avui dia, ja que parteixen d'una interpretació obsoleta de l'autisme, com a mal emocional secundari a la falta de desenvolupament d'un vincle estret del nen amb els progenitors, especialment amb la mare.

No existeix evidència que l'autisme tingui una causa psicològica i els tractaments psicoanalítics no han demostrat evidència en estudis rigorosos de recerca.

5.1.2. Intervencions biomèdiques

S'han fet diversos intents per tractar els símptomes nuclears de l'autisme a través de medicacions o modificacions en la dieta, en un intent de poder arribar a 'curar' l'autisme. Fins avui cap d'aquests tractaments ha demostrat cap eficàcia de manera científica.

⁸ Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. Rev Neurol 2010; 50 (Supl 3): S77-84. Pàgs. 3-5.

– **Medicació**

No existeix un tractament mèdic per a les manifestacions nuclears de l'autisme, encara que algunes medicacions tracten els símptomes i les malalties que solen associar els nens amb TEA, com l'epilèpsia, els trastorns de conducta o les alteracions del somni.

– **Medicina complementària i alternativa**

Les dietes d'exclusió (lliures de glúten o caseïna), els tractaments antimicòtics o amb quelants, l'evitació de la vacuna triple vírica o els suplementes dietètics o vitamínics no han demostrat eficàcia, i fins i tot alguns poden resultar potencialment nocius.

5.1.3. Intervencions psicoeducatives

– **Intervencions conductuals**

Es basen a ensenyar als nens nous comportaments i habilitats, usant tècniques especialitzades i estructurades:

- Programa Lovaas: el Dr. Lovaas, en la Universitat de Califòrnia-Los Angeles, va desenvolupar el Young Autism Project, proposant un entrenament exhaustiu i altament estructurat. Malgrat obtenir millores en habilitats com l'atenció, l'obediència, la imitació o la discriminació, ha estat criticat pels problemes en la generalització de les conductes apreses per a un ús en un ambient natural espontani.
- Anàlisi aplicada de la conducta (ABA) contemporani: es basa a promoure conductes mitjançant reforços positius i extingir les no desitjades eliminant conseqüències positives, buscant un mecanisme d'extinció.

– **Intervencions evolutives**

Ajuden al nen a desenvolupar relacions positives i significatives amb altres persones. Se centren en ensenyar tècniques socials i de comunicació, en ambients estructurats, així com a desenvolupar habilitats funcionals i motores per a la vida diària.

Alguns exemples serien:

- Floor Time (temps sòl) DIR (Developmental Individual-Difference, Relationship-Based Model).
- Responsive Teaching (RT).
- Relationship Development Intervention (RDI).

– Intervencions basades en teràpies

Se centren en treballar dificultats específiques, generalment centrant-se en el desenvolupament d'habilitats socials i de comunicació (patologia del llenguatge) o en el desenvolupament sensoriomotor (teràpia ocupacional):

- **Intervencions centrades en la comunicació:** estratègies visuals i instrucció amb pistes visuals, llenguatge de signes, sistema de comunicació per intercanvi d'imatges (PECS), històries socials (social stories), dispositius generadors de llenguatge (SGDs), comunicació facilitada (FC), i entrenament en comunicació funcional (FCT).
- **Intervencions sensoriomotors:** entrenament en integració auditiva (AIT) i integració sensorial.
- **Intervencions basades en la família:** el seu fonament es basa a emfatitzar la idea que la inclusió de la família en el tractament és fonamental per a les necessitats del nen. Aporten entrenament, informació i suport a tots els membres de la família. Són el programa PBS i el programa Hanen.
- **Intervencions combinades:** algunes intervencions combinen elements de mètodes conductuals i evolutius, per la qual cosa generalment resulten més eficaços: el model SCERTS, el model TEACCH, el model Denver i el model LEAP.

6. EPIDEMIOLOGIA

"S'estima que a tot el món un de cada 160 nens té TEA." (Organització Mundial de la Salut, 2021) Aquesta xifra es basa en una mitjana estimada, s'ha de tenir en compte que la prevalença varia substancialment segons l'estudi que es prengui com a referent. No obstant això, hi ha estudis ben controlats que informen d'un percentatge de casos més elevat. Per altra banda, s'ha de tenir en compte que les dades són, en la seva majoria, de països del primer món, ja que del segon i el tercer es desconeix la prevalença del TEA.

Que els diferents estudis donin resultats diferents pot ser causa de factors metodològics, culturals i ambientals. Conseqüentment, comparar els resultats de la prevalença del TEA i la incidència pot ser complicat pel fet que no s'han dut a terme de manera homogènia.

A Catalunya, l'estudi més recent és "Temporal and Geographical Variability of Prevalence and Incidence of Autism Spectrum Disorder Diagnoses in Children in

Catalonia, Spain" del 2019⁹. Aquest va estudiar una població total de nens que va ser definida com el nombre de nens de 2 a 17 anys el 2017, i la població total de nens en risc com el nombre de nens de 2 a 17 anys que, malgrat que no tenien diagnòstic, encara estaven en risc de ser diagnosticats de TEA.

Aquests dos grups foren objecte d'estudi entre el 2009 i el 2017 i es va fer servir la població l'1 de gener de cada any. Tots dos denominadors basats en la població es van estratificar per sexe, grup d'edat i àrees d'atenció sanitària.

Els resultats estan plasmats a continuació en els diferents gràfics i mapes:

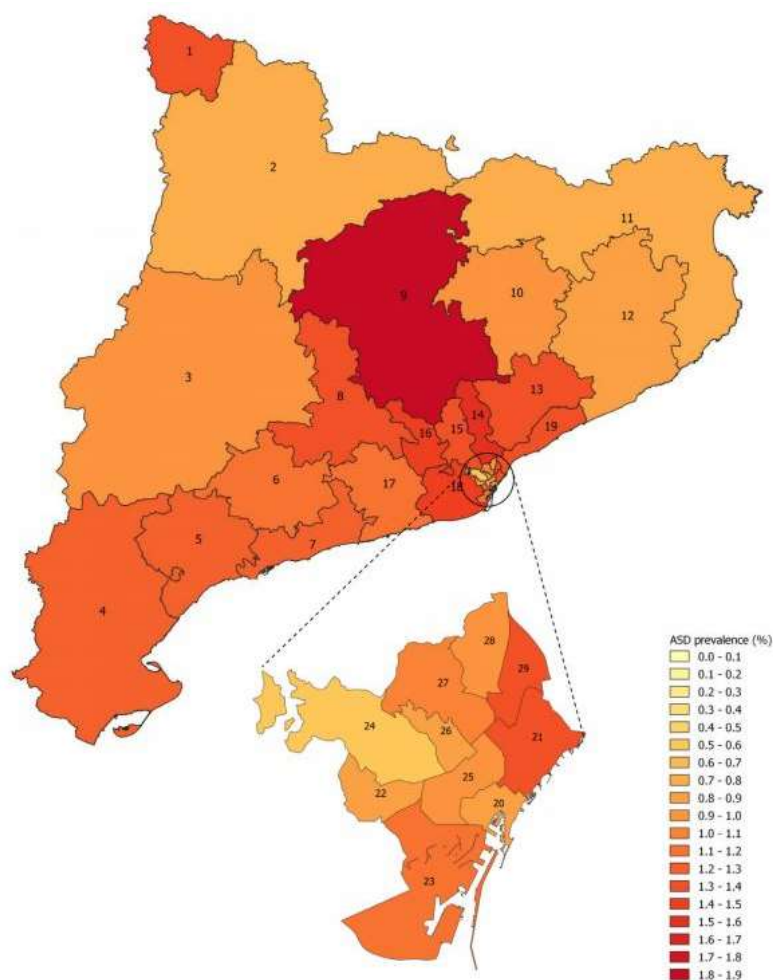


Figure 1. Autism spectrum disorders prevalence rate (%) among children from 2 to 17 years old in 2017 stratified by healthcare areas of Catalonia region, Spain. **1:** Aran; **2:** Alt Pirineu; **3:** Lleida; **4:** Terres de l'Ebre; **5:** Baix Camp–Priorat; **6:** Alt Camp–Conca de Barberà; **7:** Tarragonès–Baix Penedès; **8:** Anoia; **9:** Solsonès–Bages–Berguedà; **10:** Osona; **11:** Girona Nord; **12:** Girona Sud; **13:** Vallès Oriental; **14:** Vallès Occidental Est; **15:** Vallès Occidental Oest; **16:** Baix Llobregat Nord; **17:** Alt Penedès–Garraf; **18:** Baix Llobregat Centre-Litoral i L'Hospitalet de Llobregat; **19:** Barcelonès Nord i Maresme; **20:** Barcelona Ciutat Vella; **21:** Barcelona Sant Martí; **22:** Barcelona les Corts; **23:** Barcelona Sants–Montjuïc; **24:** Barcelona Sarrià–Sant Gervasi; **25:** Barcelona Eixample; **26:** Barcelona Gràcia; **27:** Barcelona Horta–Guinardó; **28:** Barcelona Nou Barris; **29:** Barcelona Sant Andreu. Abbreviation: ASD, autism spectrum disorders.

Figura 1: Índex de prevalença del Trastorn de l'espectre autista (%) entre nens des dels 2 als 17 anys en el 2017 estratificat per les àrees de salut de Catalunya, Espanya.-Pérez-Crespo, L., Prats-Uribe, A., Tobias, A., Duran-Tauleria, E., Coronado, R., Hervás, A., & Guxens, M. (2019). Temporal and geographical variability of prevalence and incidence of autism spectrum disorder diagnoses in children in Catalonia, Spain. *Autism Research*. Pàg. 5.

⁹ Laura Pérez-Crespo Albert Prats-Uribe Aurelio Tobias Enric Duran-Tauleria Ricard Coronado Amaia Hervás Mònica Guxens; Temporal and Geographical Variability of Prevalence and Incidence of Autism Spectrum Disorder Diagnoses in Children in Catalonia, Spain, 2019.

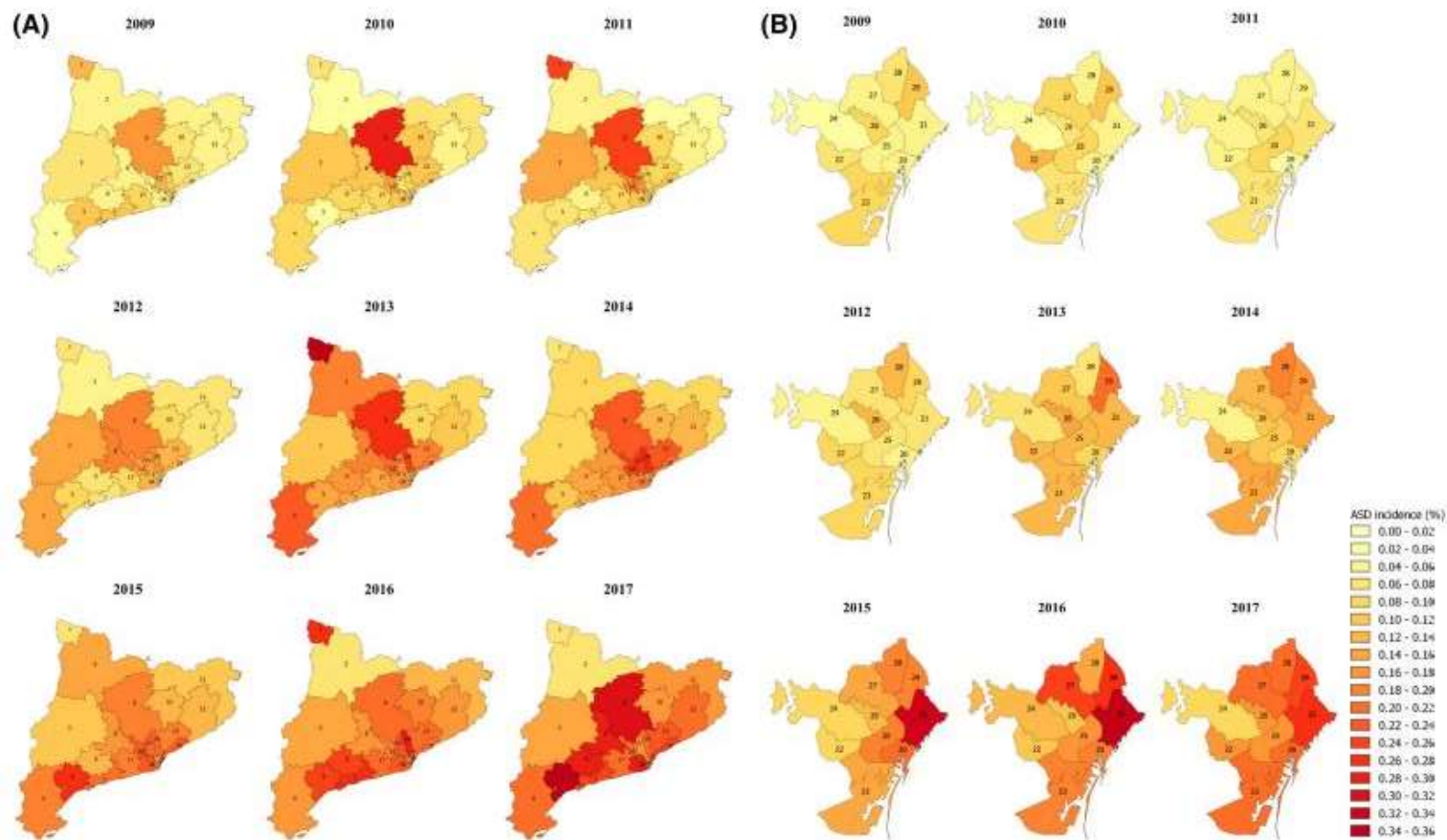


Figure 3. Autism spectrum disorders diagnosis incidence rate (%) among children from 2 to 17 years old between 2009 and 2017 stratified by healthcare areas of Catalonia region, Spain. **(A)** Healthcare areas of Catalonia (excluding Barcelona city). **(B)** Healthcare areas of Barcelona city. 1: Aran; 2: Alt Pirineu; 3: Lleida; 4: Terres de l'Ebre; 5: Baix Camp-Priorat; 6: Alt Camp-Conca de Barberà; 7: Tarragonès-Baix Penedès; 8: Anoia; 9: Solsonès-Bages-Berguedà; 10: Osona; 11: Girona Nord; 12: Girona Sud; 13: Vallès Oriental; 14: Vallès Occidental Est; 15: Vallès Occidental Oest; 16: Baix Llobregat Nord; 17: Alt Penedès-Garraf; 18: Baix Llobregat Centre-Litoral i L'Hospitalet de Llobregat; 19: Barcelonès Nord

Figura 2: Índex de diagnòstic del Trastorn de l'espectre autista (%) entre nens des dels 2 als 17 anys entre el 2009 i el 2017 estratificat per les àrees de salut de Catalunya, Espanya.-Pérez-Crespo, L., Prats-Urbe, A., Tobias, A., Duran-Tauleria, E., Coronado, R., Hervás, A., & Guxens, M. (2019). Temporal and geographical variability of prevalence and incidence of autism spectrum disorder diagnoses in children in Catalonia, Spain. Autism Research. Pàg. 7.

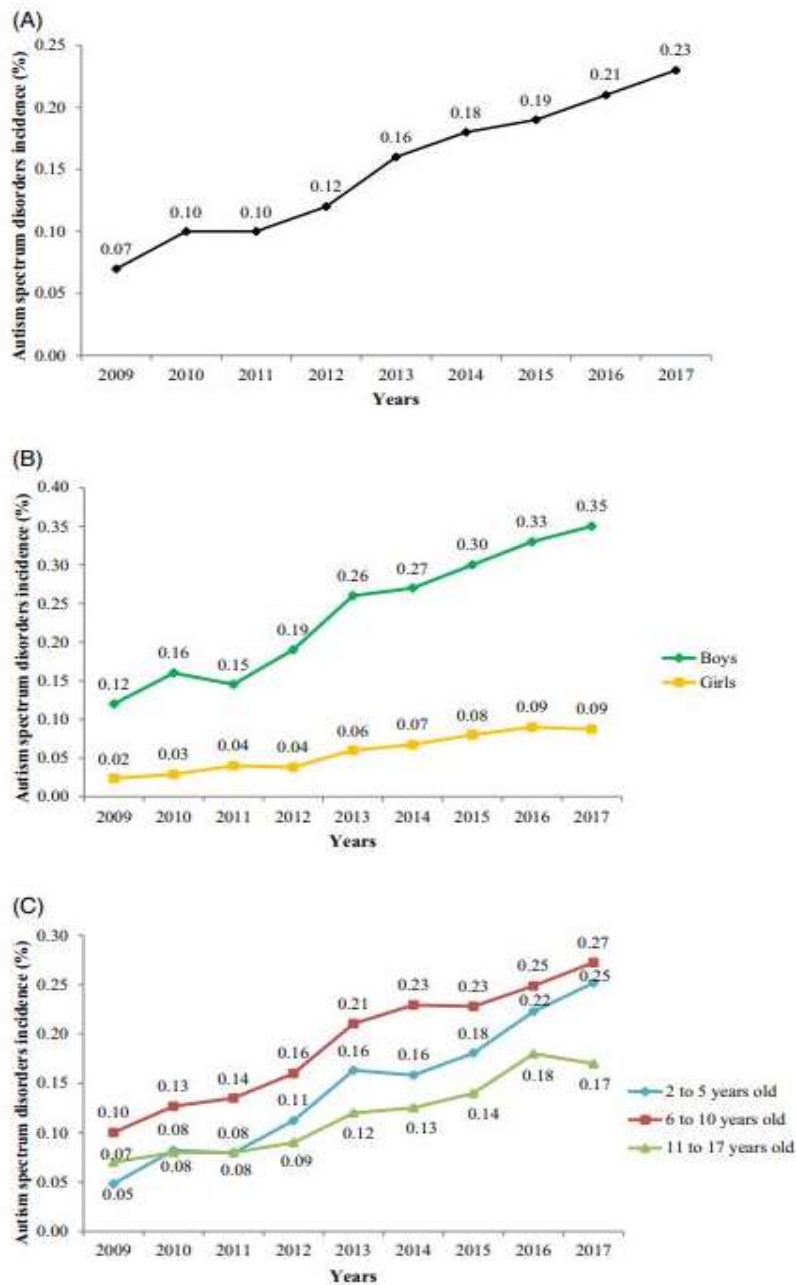


Figure 2. Autism spectrum disorders diagnosis incidence rate (%) among children from 2 to 17 years old between 2009 and 2017 in Catalonia region, Spain. **(A)** Overall autism spectrum disorders diagnosis incidence rate (%). **(B)** Autism spectrum disorders diagnosis incidence rate (%) stratified by sex. **(C)** Autism spectrum disorders diagnosis incidence rate (%) stratified by age group at diagnosis.

Figura 3: Índex de diagnòs del Trastorn de l'espectre autista (%) entre nens des dels 2 als 17 anys entre el 2009 i el 2017 estratificat per les àrees de salut de Catalunya, Espanya.-Pérez-Crespo, L., Prats-Urbe, A., Tobias, A., Duran-Tauleria, E., Coronado, R., Hervás, A., & Guxens, M. (2019). Temporal and geographical variability of prevalence and incidence of autism spectrum disorder diagnoses in children in Catalonia, Spain. *Autism Research*. Pàg. 4.

Table 1. Autism Spectrum Disorders Prevalence Rate (%) in 2017 and Diagnosis Incidence Rates (%) Between 2009 and 2017 by Sex and Age Group

		Sex				Age group ^b		
		Total	Boys	Girls	Sex-ratio ^a	2-5 years old	6-10 years old	11-17 years old
Prevalence								
2017	<i>N</i>	15,466	12,647	2,819	4.5	869	4,937	9,660
	Prevalence rate (95% CI)	1.23 (1.21; 1.25)	1.95 (1.92; 1.99)	0.46 (0.44; 0.48)		0.29 (0.26; 0.32)	1.18 (1.14; 1.21)	1.80 (1.76; 1.83)
Incidence								
2009	<i>N</i>	919	768	151	5.1	168	390	361
	Incidence rate (95% CI)	0.07 (0.06; 0.09)	0.12 (0.10; 0.14)	0.02 (0.00; 0.05)		0.05 (0.02; 0.08)	0.10 (0.07; 0.13)	0.07 (0.05; 0.10)
2010	<i>N</i>	1198	1014	184	5.5	284	499	415
	Incidence rate (95% CI)	0.10 (0.08; 0.11)	0.16 (0.14; 0.18)	0.03 (0.01; 0.06)		0.08 (0.05; 0.11)	0.13 (0.10; 0.16)	0.08 (0.06; 0.11)
2011	<i>N</i>	1225	1004	221	4.5	282	548	395
	Incidence rate (95% CI)	0.10 (0.08; 0.11)	0.15 (0.13; 0.18)	0.04 (0.01; 0.06)		0.08 (0.05; 0.11)	0.14 (0.11; 0.16)	0.08 (0.05; 0.10)
2012	<i>N</i>	1485	1238	247	5.0	398	635	452
	Incidence rate (95% CI)	0.12 (0.10; 0.13)	0.19 (0.17; 0.21)	0.04 (0.02; 0.07)		0.11 (0.08; 0.14)	0.16 (0.13; 0.18)	0.09 (0.06; 0.12)
2013	<i>N</i>	2029	1674	355	4.7	570	871	588
	Incidence rate (95% CI)	0.16 (0.14; 0.18)	0.26 (0.24; 0.28)	0.06 (0.03; 0.08)		0.16 (0.13; 0.19)	0.21 (0.18; 0.24)	0.12 (0.09; 0.14)
2014	<i>N</i>	2227	1791	436	4.1	541	961	725
	Incidence rate (95% CI)	0.18 (0.16; 0.19)	0.27 (0.25; 0.29)	0.07 (0.05; 0.10)		0.16 (0.13; 0.19)	0.23 (0.20; 0.26)	0.13 (0.10; 0.15)
2015	<i>N</i>	2393	1933	460	4.2	587	962	844
	Incidence rate (95% CI)	0.19 (0.17; 0.21)	0.30 (0.28; 0.32)	0.08 (0.05; 0.10)		0.18 (0.15; 0.21)	0.23 (0.20; 0.26)	0.14 (0.12; 0.17)
2016	<i>N</i>	2668	2144	524	4.1	695	1055	918
	Incidence rate (95% CI)	0.21 (0.20; 0.23)	0.33 (0.31; 0.35)	0.09 (0.06; 0.11)		0.22 (0.19; 0.25)	0.25 (0.22; 0.28)	0.18 (0.15; 0.20)
2017	<i>N</i>	2833	2272	561	4.1	756	1144	933
	Incidence rate (95% CI)	0.23 (0.21; 0.24)	0.35 (0.33; 0.37)	0.09 (0.07; 0.12)		0.25 (0.22; 0.28)	0.27 (0.25; 0.30)	0.17 (0.15; 0.20)

^aBoys versus girls.

^bAge groups based on child's age in 2017 for ASD prevalence and age groups at diagnosis for ASD incidence.

Abbreviations: CI, confidence interval; *N*, number of children with autism spectrum disorders.

Taula 1 Prevalença del Transtorn de l'Espectre Autista (%) en el 2017 i índex de diagnòstics (%) entre 2009 i 2017 per sexe i grups d'edat.-Pérez-Crespo, L., Prats-Urbe, A., Tobias, A., Duran-Tauleria, E., Coronado, R., Hervás, A., & Guxens, M. (2019). Temporal and geographical variability of prevalence and incidence of autism spectrum disorder diagnoses in children in Catalonia, Spain. *Autism Research*. Pàg. 4.

D'aquesta manera es pot veure l'increment de casos i l'evolució de la prevalença de TEA en la regió de Catalunya. El resultat de prevalença és de l'1,23% o 1 de cada 81 en global, i al voltant de l'1,8% en la franja dels 11 als 17 anys. S'ha establert que la ràtio entre nens i nenes és del 4,5 més alta en nens (12.647 nens versus 2.819 nenes).

Per altra banda, es representa que els darrers anys s'ha registrat un increment de persones afectades per TEA. Aquest augment de casos es pot explicar tant per la millora de diagnòstic, que ha fet que es diagnosticuin casos no diagnosticats amb anterioritat, com per un possible augment de casos i els canvis en els criteris diagnòstics del DSM-V.

III. PART PRÀCTICA

A continuació es presenta la part pràctica del treball duta a terme després de la documentació i recopilació d'informació. Aquest apartat consta de tres grans parts; l'anàlisi de dos llibres i l'entrevista a l'autora d'un d'aquests, dues entrevistes a dos joves amb diagnòstic d'autisme i l'anàlisi d'un cas observat.

1. ANÀLISI DE DOS LLIBRES I ENTREVISTA A UNA AUTORA

En aquest apartat de la part pràctica, es presenten les anàlisis de dos llibres titulats "Per què salto?" i "Mamá, dícame que si" i l'entrevista de l'autora de l'últim llibre mencionat, amb l'objectiu de constatar en casos reals com es manifesten els criteris del DSM-V per diagnosticar les persones amb TEA.

Per l'anàlisi de cada un dels llibres s'han confeccionat taules corresponents als criteris "A" i "B" del DSM-V. En aquestes, s'hi classifiquen cites extretes dels llibres que plasmen la realitat dels casos estudiats i corroboren els comportaments assenyalats com a característics dels casos de TEA.

Dins de les taules es recull la informació de la cita entre cometes i la pàgina on es troba entre parèntesi per facilitar la cerca en les fonts si així es desitja. Es vol aclarir que hi ha cites repetides perquè exemplifiquen clarament més d'un criteri diagnòstic.

1.1. Anàlisi del llibre “Per què salto?”

El llibre “Per què salto?” fou escrit per Naoki Higashida, un noi japonès nascut el 1992 i diagnosticat amb autisme als 5 anys. A l’edat de 13, escriu el llibre analitzat a continuació que intenta donar una resposta clara a algunes qüestions comunes del TEA, alhora que explica la seva experiència i les dificultats associades al seu diagnòstic.

Cal dir que ell supera els dèficits que té en la comunicació mitjançant l’ús d’una taula alfabètica on lletreja les paraules i missatges que vol comunicar a tercers.

TAULES DELS CRITERIS “A” SEGONS EL DSM-V

A. Deficiències persistents en la comunicació social i en la interacció social en diversos contextos, manifestat pel següent, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):	
1. Les deficiències en la reciprocitat socioemocional, varien, per exemple: des d’un acostament social anormal i fracàs de la conversa normal en tots dos sentits passant per la disminució en interessos, emocions o afectes compartits fins al fracàs a iniciar o respondre a interaccions socials.	
	Cites
Acostament social anormal	“Tan aviat com provo de parlar amb algú les meves paraules simplement desapareixen [...] de vegades me les arreglo per dir-ne unes quantes però fins i tot així pot ser que signifiquin tot el contrari del que volia dir!” (21)
Fracàs de la conversa normal	“Els nostres sentiments són els mateixos que els de qualsevol altre, però no aconseguim trobar la manera d’expressar-los” (40) “Tan aviat com provo de parlar amb algú les meves paraules simplement desapareixen [...] de vegades me les arreglo per dir-ne unes quantes però fins i tot així pot ser que signifiquin tot el contrari del que volia dir!” (21) “Primer m’escanejo la memòria per trobar una experiència tan propera com pugui al que passa ara mateix. Quan he localitzat una coincidència prou bona, el meu pas següent és intentar recordar que vaig dir en aquella ocasió. Si tinc sort, hauré identificat una experiència útil i tot anirà bé. Si no en tinc, em sentiré derrotat per la mateixa sensació d’ansietat que vaig tenir el primer cop i no seré capaç de contestar la pregunta que m’han fet.” (30)

Disminució en interessos	“Quan es produeix un desajust entre el que penso i el que dic, això es perquè les paraules que em surten de la boca són les úniques a les quals puc accedir en aquell moment. I estan disponibles perquè són les que utilitzo sempre o perquè em van produir una impressió duradora en algun moment del passat.” (35)
Disminució en emocions	“Les persones autistes reaccionen físicament als sentiments d’alegria i tristor. I, per això, quan passa alguna cosa m’afecta emocionalment, el cos se m’engarrota com si li hagués caigut un llamp al damunt.” (71)
Disminució en afectes compartits	No s’han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica
Fracàs a iniciar o respondre a interaccions socials.	No s’han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica

Taula 2: Resum de les deficiències en la reciprocitat socioemocional. Font: El-laboració pròpia.

A. Deficiències persistents en la comunicació social i en la interacció social en diversos contextos, manifestat pel següent, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):	
2. Les deficiències en les conductes comunicatives no verbals utilitzades en la interacció social, varien, per exemple, des d’una comunicació verbal i no verbal poc integrada passant per anomalies del contacte visual i del llenguatge corporal o deficiències de la comprensió i l’ús de gestos, fins a una falta total d’expressió facial i de comunicació no verbal.	
	Cites
Comunicació verbal poc integrada	<p>“Sovint la gent comenta que quan parlo per mi mateix la meua veu és massa forta, encara que no sigui capaç d’expressar les meves necessitats, i encara que en altres moments sigui fins i tot massa fluixa.” (26)</p> <p>“De vegades la gent amb autisme parla amb una entonació estranya, o utilitza el llenguatge d’una manera diferent. [...] Però en el nostre cas les paraules que volem dir i les que podem dir no sempre lliguen així de bé. Suposo que és per això que el nostre discurs pot sonar una mica estrany” (35)</p>

Comunicació no verbal poc integrada	“Perquè no miren als ulls quan parlen: “el que fem realment és mirar la veu de l’altre. Les veus no són coses visibles, però nosaltres intentem escoltar a l’altre amb tots els nostres òrgans sensorials.” (44)
Anomalies del contacte visual	No s'han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica
Anomalies del llenguatge corporal	“Senzillament ens bloquegem i ens tornem incapaços de mostrar cap mena d’emoció en absolut [...] quan no hem de pensar en els altres i ni en res més; és aleshores quan apareixen les nostres expressions naturals”. (51)
Deficiències de la comprensió i l’ús de gestos	“Imitar moviments és molt difícil per les persones autistes.... bellugar aquelles que poden seguir amb la vista és el nostre primer pas cap a una imitació raonablement correcta”. (54)
Falta total d’expressió facial i de comunicació no verbal	No s'han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica

Taula 3: Resum de les deficiències en les conductes comunicatives no verbals utilitzades en la interacció social. Font: El-laboració pròpia.

A. Deficiències persistents en la comunicació social i en la interacció social en diversos contextos, manifestat pel següent, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):	
3. Les deficiències en el desenvolupament, manteniment i comprensió de les relacions, varien, per exemple, des de dificultats per a ajustar el comportament en diversos contextos socials passant per dificultats per a compartir jocs imaginatius o per a fer amics, fins a l'absència d'interès per altres persones.	
	Cites
Dificultats per a ajustar el comportament en diversos contextos socials	“I un altre motiu que explicar per què les curses no se'm donen bé és que en realitat no li trobo cap plaer en això de guanyar a altres persones” (110)
Dificultats per a compartir jocs imaginatius	“Els altres nois i noies sembla que gaudeixen molt dels jocs de simulació i dels de fantasia, però jo, com a persona amb autisme, no els he acabat de veure mai la gràcia.” (96)
Dificultats per a fer amics	No s'han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica
Absència d'interès per altres persones.	No s'han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica

Taula 4: Resum de les deficiències en el desenvolupament, manteniment i comprensió de les relacions. Font: El·laboració pròpia.

TAULES DELS CRITERIS “B” SEGONS EL DSM-V

B. Patrons restrictius i repetitius de comportament, interessos o activitats, que es manifesten en dues o més dels següents punts, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):	
1. Moviments, ús d'objectes o parla estereotipats o repetitius (p. ex., estereotípies motores simples, alineació de les joguines o canvi de lloc dels objectes, ecolàlia, frases idiosincràtiques).	
	Cites
Moviments estereotipats o repetitius	<p>“Repetint l’acció que sigui que fem, ens tranquil·litzem una mica i ens calmem” (129)</p> <p>“Quan no em moc em fa l’efecte que l’ànima se m’està separant del cos, i això m’espanta i m’acovardeix tant que no puc quedar-me on sóc. Estic sempre en alerta buscant una sortida.” (135)</p> <p>“La repetició no prové del nostre lliure arbitri. És més com si el cervell ens anés enviant sempre la mateixa ordre sense parar. I un cop ens posem a repetir i repetir l’acció comencem a sentir-nos bé de debò i increïblement reconfortats” (126)</p> <p>“En el meu cas les escric per ratificar el que vull recordar. Mentre escric, vaig recordant el que he vist; no com a escenes sinó com a lletres, signes i símbols. Aquestes lletres, signes i símbols són els meus millors aliats perquè no canvien mai. Es mantenen sempre iguals, impresos en la meva memòria. I cada vegada que ens sentim feliços o solitaris, convoquem les nostres lletres.” (73)</p>
Ús estereotipat o repetitiu d'objectes	“Arrenglar coses és el més divertit que hi ha.” “El que m’interessa [...], és l’ordre en què apareixen les coses i les maneres d’arrenglar-les. En realitat el que ens agrada de debò són els perfils i les superfícies de les coses.” (96)
Parla estereotipada o repetitiva	“Jugar amb les paraules (una altra raó per preguntar): repetir paraules i frases familiars és divertit/ repetir preguntes de les que sabem les respostes pot ser un plaer”. (28)
Estereotípies motores simples	“Per a la gent que tenim autisme els detalls ens assalten en primer lloc i només després, de manera gradual, detall a detall, la imatge sencera comença a prendre forma” (85)

Taula 5: Resum de moviments, ús d'objectes o parla estereotipats o repetitius. Font: El·laboració pròpia.

B. Patrons restrictius i repetitius de comportament, interessos o activitats, que es manifesten en dues o més dels següents punts, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):	
2. Insistència en la monotonia, excessiva inflexibilitat de rutines o patrons ritualitzats de comportament verbal o no verbal (p. ex., gran angoixa enfront de canvis petits, dificultats amb les transicions, patrons de pensament rígids, rituals de salutació, necessitat de prendre el mateix camí o de menjar els mateixos aliments cada dia).	
	Cites
Excessiva inflexibilitat de rutines	<p>“Quan m’adono que he comés un error el cervell se’m tanca en banda. Ploro, xisclo i en faig un daltabaix; i ja no puc pensar en res més amb claredat. Tant se val com en sigui de petit, l’error, per a mi es una qüestió immensa.” (59)</p> <p>Procés per dur a terme accions: “Hi ha moments en què no puc fer el que vull, o el que he de fer. Això no vol dir que no vulgui fer-ho. És només que no em puc organitzar de cap de les maneres. [...]Jo he de procedir d’aquesta manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penso en el que estic a punt de fer 2. Visualitzo com ho faré 3. M’animo a mi mateix per començar” (62) <p>“Alguns autistes es ceneixen a una dieta a una dieta molt limitada [...] per a algunes persones haver de menjar coses diferents en cada àpat pot ser un mal de cap considerable.” “Cada tipus d’aliment té el seu gust, la seva forma i el seu color característics. Normalment, aquestes diferències són les que fan que menjar sigui un plaer, però per a algunes persones amb autisme només aquells comestibles que ells ja han classificat prèviament com a menjar tenen algun gust” (83)</p> <p>“Les persones que tenen autisme a vegades són incapaces de passar a fer una altra cosa sense una indicació verbal.[...] No començarem a veure fins que algú ens digui “Bon profit” o Endavant”. [...] Però la veritat és que posar-se a fer el que sigui sense que t’ho indiquin pot arribar a ser realment dur. [...]Jo no puc “Connectar-me” amb l’acció següent fins que el meu cervell rep la indicació adequada. Fer qualsevol cosa a continuació sense obeir “la regla de la indicació” és terrorífic”. (133)</p> <p>“Ja entenc que qualsevol pla és només un pla, i que mai no és definitiu, però simplement no puc suportar que un pla ja fixat no es desenvolupi d’acord amb l’horari del full. Entenc que els canvis no sempre es poden evitar, però el meu cervell crida: “De cap manera, això no és acceptable”.” (136)</p>

	<p>“Algunes persones amb autisme es vesteixen amb el mateix tipus de roba durant tot l’any.” “La roba és com una mena d’extensió del nostre cos, com una pell externa, i és per això que a aquesta gent li resulta tranquil·litzador aferrar-se al mateix conjunt” (87)</p>
<p>Patrons ritualitzats de comportament verbal</p>	<p>No s'han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica</p>
<p>Patrons ritualitzats de comportament no verbal</p>	<p>“En el meu cas les escric per ratificar el que vull recordar. Mentre escric, vaig recordant el que he vist; no com a escenes sinó com a lletres, signes i símbols. Aquestes lletres, signes i símbols són els meus millors aliats perquè no canvien mai. Es mantenen sempre iguals, impresos en la meua memòria. I cada vegada que ens sentim feliços o solitaris, convoquem les nostres lletres.” (73)</p>

Taula 6: Resum de la insistència en la monotonia, excessiva inflexibilitat de rutines o patrons ritualitzats de comportament verbal o no verbal. Font: El-laboració pròpia.

B. Patrons restrictius i repetitius de comportament, interessos o activitats, que es manifesten en dues o més dels següents punts, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):	
3. Interessos molt restringits i fixos que són anormals quant a la seva intensitat o focus d'interès (p. ex., forta inclinació o preocupació per objectes inusuals, interessos excessivament circumscrits o perseverants).	
	Cites
Interessos molt restringits i fixos que són anormals quant a la seva intensitat	<p>“Els recordem molt bé perquè els posen molt sovint i sí, és cert, ens precipitem cap a la tele cada cop que sona un anunci familiar. Ens ho passem molt bé veient anuncis que ja coneixem” (99)</p> <p>“[...] la nostra afecció a les coses suaus, boniques i amables, però si tendim a preferir a les històries més simples i més directes no és per infantilisme, sinó perquè podem endevinar amb més facilitat el que passarà a continuació. [...]Les persones amb autisme flipem bastant amb repetició” (101)</p>
Interessos molt restringits i fixos que són anormals quant al seu focus d'interès	<p>“Ens encanta la verdor de la naturalesa [...] la nostra devoció per la naturalesa és una mica diferent de la que puguin tenir els altres. [...]la natura és tan important com la nostra pròpia vida. La raó és que quan ens la mirem rebem una mena de permès per viure en aquests món i tot el cos se'ns recarrega.” (112)</p> <p>“Els pots entendre tots seguint el mateix conjunt de normes. Els horaris i els calendaris són entre les nostres coses preferides, perquè podem memoritzar-los amb tanta facilitat com si se'ns fiquessin directament al cap.” (106)</p>

Taula 7: Resum dels interessos molt restringits i fixos que són anormals quant a la seva intensitat o focus d'interès. Font: El·laboració pròpia.

<p>B. Patrons restrictius i repetitius de comportament, interessos o activitats, que es manifesten en dues o més dels següents punts, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):</p>	
<p>4. Hiper- o hiporeactivitat als estímuls sensorials o interès inhabitual per aspectes sensorials de l'entorn (p. ex., indiferència aparent al dolor/temperatura, resposta adversa a sons o textures específics, ensumar o palpar excessivament objectes, fascinació visual per les llums o el moviment).</p>	
	<p>Cites</p>
<p>Hiper-reactivitat als estímuls sensorials</p>	<p>“Per una persona autista, que la toquin vulgui dir que algú exerceix un control sobre un cos que ni el seu propietari pot controlar bé”. “També hi ha la por que si ens toquen els nostres pensaments es faran visibles”. (53)</p> <p>“Hi ha certs sorolls que vosaltres ni tan sols sentiu, però que a nosaltres ens afecten de debò.[...] No és tant que aquests sorolls ens crispin els nervis, sinó que té més a veure amb la por que si els continuem escoltant acabarem perdent la consciència del lloc on som.” “Així que tapar-nos les orelles és una mesura per protegir-nos i per recuperar el control del lloc on ens trobem” (75)</p> <p>“No crec que això tinguin a veure només amb els nervis i les terminacions nervioses, sinó que és més una qüestió de “dolor intern” que s’expressa a través del cos. [...] En el cas d’aquells de nosaltres que es trabsalen quan els tallen els cabells o les ungles, és possible que els seus records negatius hi estiguin connectats d’alguna manera.” (81)</p> <p>“Però quan salto es com si les meves sensacions arribessin fins al cel. [...] I quan salto també puc sentir-me realment bé les diferents parts del cos: les cames que no paren de botar i les mans que piquen. I això fa que em trobi molt i molt bé”(71)</p> <p>“A nosaltres, les persones amb autisme, ens agrada girar sobre nosaltres mateixos sense parar amb freqüència. De fet, ens ho passem bé fent girar qualsevol cosa que ens cau a les mans. [...] Només veure com giren les coses ens omplim d’una mena de joia perpètua.” (94)</p> <p>“A l’aigua s’hi està molt tranquil i jo m’hi sento realment lliure i feliç. A l’aigua no hi ha res que m’empipi, i és com si tinguéssim tot el temps del món. Tant si ens estem quiets en un lloc com si ens posem a nedar, quan som a l’aigua podem bategar de debò conjuntament amb el temps. Fora de l’aigua sempre hi ha massa estímuls per als nostres ulls i les nostres orelles.” (97)</p>

	<p>“Els retrospectius són sempre dolents, i de no res passo a estar increïblement angoixat, arrenco a plorar o m’espanto d’allò més. No hi fa res que sigui un record de fa anys, perquè em desborda el mateix sentiment d’indefensió que vaig tenir aleshores.” (58)</p> <p>“La llum directa “sense filtrar”, sembla com si punxés els globus oculars de les persones autistes en forma de línies rectes i esmolades, i acabem veient massa punts de llum.” (95)</p>
Hipo-reactivitat als estímuls sensorials	No s'han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica
Interès inhabitual per aspectes sensorials de l'entorn	No s'han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica

Taula 8: Resum de la hiper- o hiporeactivitat als estímuls sensorials o interès inhabitual per aspectes sensorials de l'entorn. Font: El-laboració pròpia.

1.2. Anàlisi del llibre “Mamá, dícame que sí”

El llibre “Mamá, dícame que sí” fou escrit per Herminia Touzón Quiroga, la mare d'un nen diagnosticat amb autisme. Publicat el 2017, el llibre conté una sèrie de relats que plasmen la seva experiència i les opinions que sorgeixen sobre el tracte amb persones amb autisme. Analitza el comportament del seu fill amb l'objectiu d'ajudar amb les seves explicacions a totes aquelles persones que tracten amb autistes i normalitzar i fer visible aquesta realitat.

TAULES DELS CRITERIS “A” SEGONS EL DSM-V

A. Deficiències persistents en la comunicació social i en la interacció social en diversos contextos, manifestat pel següent, actualment o pels antecedents (els exemples són il·lustratius però no exhaustius):	
1. Les deficiències en la reciprocitat socioemocional, varien, per exemple, des d'un acostament social anormal i fracàs de la conversa normal en tots dos sentits passant per la disminució en interessos, emocions o afectes compartits fins al fracàs a iniciar o respondre a interaccions socials.	
	Cites
Acostament social anormal	No s'han constatat exemples per aquesta característica diagnòstica
Fracàs de la conversa normal	“Dejo de hablar; no encontraba ninguna motivación para hacerlo, decía lo justo, y si le exigías, todavía menos, entraba en crisis o se ausentaba” (47) “A mi niño le costaba hablar de las cosas que le preocupaban; de hecho, no podía expresar lo que le pasaba, ni porqué se sentía enfadado o triste.” (109) “He optado por mantener monólogos, en los que yo me pregunto y me contesto, y luego le doy la opción de decirme si he acertado sí o no. Y aunque pueda pasar por loca, en ocasiones funciona. Otras veces defino como se encuentra, para que él identifique la situación, le digo: "estas nervioso, pero si nos ponemos tranquilos, estaremos contentos" Y alguna vez me ha sorprendido diciendo: "Estoy nervioso y me tengo que poner tranquilo" Entonces intento buscar con él la causa, y entro en mis soliloquios, que dicen y contestan las posibles causas, hasta que él identifica cual es, y asiente con la cabeza.” (60)