

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Adaptación del aula de Primaria para alumnos con Trastorno del Espectro Autista.

Trabajo fin de grado presentado por: Nerea Gartzia Berasategi
Titulación: Grado Maestro en Educación Primaria
Línea de investigación: Propuesta de intervención
Director/a: Marta Beranuy Fargues

Ciudad: Leitza (Navarra)

Fecha: 27/06/2014

Firmado por: Nerea Gartzia Berasategi

CATEGORÍA TESAURO: **1.2.3 Niveles educativos** (Atención a las Necesidades Educativas especiales)

1.2.4 Planificación educativa

RESUMEN

Este trabajo está centrado en la intervención educativa de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), a la vez que el peso que tienen las rutinas en los niños que cuentan con éstas características definitorias.

El propósito de este trabajo es poder orientar a los docentes a cerca de algunas estrategias educativas para que la educación de las personas con TEA sea satisfactoria. El TEA según el reciente manual DSM-5 (APA, 2013) es un trastorno del desarrollo neurológico que afecta a las habilidades sociales y comunicativas. Guiados por la metodología TEACCH se presentan siete actividades para guiar a los docentes en el trabajo diario del aula: el cuerpo humano, la escritura, el conocimiento del medio, las formas geométricas, verduras y hortalizas, reglas ortográficas, salud y deporte y el cuento de Tomaxita. Se concluye que las actividades presentadas pueden ayudar a la integración del niño con tea en el aula ordinaria.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, TEACCH, aula ordinaria, inclusión, NEE.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1.1 Justificación | 4 |
| 1.2 Objetivos: | 4 |
| 2 MARCO TEÓRICO | 5 |
| 2.1 ¿Qué es el autismo? | 6 |
| 2.2 Etiología del autismo | 10 |
| 2.3 Cómo se detecta el autismo y la importancia de la detección temprana. | 11 |
| 2.4 Síntomas y tratamiento del autismo | 14 |
| 2.5 Características que definen la conducta autista..... | 16 |
| 2.6 Diagnóstico y clasificación del autismo | 18 |
| 2.7 Atención a la diversidad. ¿Cómo actúan los colegios ante un alumno autista? | 19 |
| 2.8 Como se relacionan escuela y familia de niños con TEA. | 21 |
| 2.9 Concepto de Necesidades Educativas Especiales. | 22 |
| 2.10 Normalización, integración, inclusión y atención a la diversidad educativa | 23 |
| 2.11 Transición de Educación Infantil a Primaria. El papel del docente. Orientaciones. | 25 |
| 2.12 La metodología TEACCH..... | 26 |
| 3 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL AULA DE PRIMARIA: ESTRUCTURACIÓN DE UN AULA DE EDUCACIÓN PRIMARIA CON ALUMNADO TEA | 28 |
| 3.1 Introducción | 28 |
| 3.2 Contextualización de la propuesta | 29 |
| 3.3 Objetivos de la propuesta..... | 30 |
| 3.4 Desarrollo de la propuesta de intervención..... | 30 |
| 4 CONCLUSIONES | 48 |
| 5 LIMITACIONES Y PROSPECTIVA | 49 |
| 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 50 |
| 7 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA | 53 |
| 8 ANEXOS | 54 |

CAPÍTULO I

1 INTRODUCCIÓN

Con el presente Trabajo Fin de Grado se presenta el desarrollo de una propuesta de intervención para adaptar el aula ordinaria de Primaria a los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). En él, se pretende orientar a los docentes a cerca de algunas estrategias educativas como el trabajo por “rincones” y así, facilitar la inclusión de los niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE) en el aula ordinaria y además, que la educación de éstos niños sea satisfactoria. Para ello, se va a utilizar la metodología TEACCH. En este trabajo se parte de la idea de que la educación es un pilar fundamental para la mejora de las habilidades sociales, aspecto necesario en las personas con TEA, y como docentes, debemos saber adecuar el aula a todo tipo de necesidades que nos surjan.

En este trabajo fin de grado se presenta qué es el TEA y qué pasos se deben dar para la inclusión de los mismos en un aula ordinaria. La educación es un derecho que todo ciudadano tiene y nosotros como docentes, debemos saber adaptarnos a las necesidades que surjan en el aula.

Se pretende dar a conocer cómo son los TEA y el enriquecimiento que supone la educación junto a sus iguales.

1.1 Justificación

La elección del tema para el desarrollo del trabajo fin de grado se debe a la opinión de la necesidad de introducir las NEE en el aula ordinaria.

Después de acabar el grado de magisterio y pasar a la práctica, nos encontramos con la dificultad del desconocimiento para adaptar el aula ordinaria a las diferentes NEE. En este caso, se ha creído importante trabajar con los niños con TEA, ya que su mayor trastorno se encuentra en las habilidades comunicativas y de esta forma, pueden ayudar a mejorarlos de manera muy notable.

1.2 Objetivos:

A continuación se van a exponer los objetivos generales y específicos que se persiguen en el presente trabajo.

1.2.1 - Generales:

Crear un plan de adaptación del aula de Primaria para un niño con trastorno del espectro autista (TEA).

1.2.2 - Específicos:

- Conocer los conceptos básicos sobre el TEA.
- Conocer los criterios y diagnósticos para evaluar a personas con TEA.
- Conocer la importancia de la detección precoz y de los cuestionarios.
- Saber cuáles son las Necesidades Educativas Especiales de los alumnos con Autismo.
- Recoger las dificultades que un alumno con TEA puede tener en el acceso al currículo en Primaria.
- Conocer y manejar diferentes técnicas y recurso didácticos para alumnos con TEA.
- Conocer la importancia de las rutinas en los niños con TEA a través de la estructuración del aula.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

En el desarrollo del marco teórico vamos a centrarnos en proporcionar aclaraciones terminológicas del Trastorno del Espectro Autista (TEA), las características que los definen y la unicidad de los mismos. Más tarde nos centraremos en su detección, diagnóstico y clasificación, puntos en los que ha habido grandes novedades gracias a las investigaciones.

“No sólo soy autista. También soy un niño, un adolescente o un adulto. Comparto muchas cosas de los niños, adolescentes o adultos a los que llamáis normales. Me gusta jugar y divertirme, quiero a mis padres y a las personas cercanas, me siento satisfecho cuando hago las cosas bien. Es más lo que compartimos que lo que nos separa”
Ángel Rivière (1996) ¿Qué nos diría una persona con autismo?

2.1 ¿Qué es el autismo?

El término autismo ha ido evolucionando con el paso del tiempo, pero aún hoy día, es difícil dar una definición del concepto puesto que los investigadores no se han puesto de acuerdo. Para poder entenderlo mejor, el profesor Ángel Rivière (1997) divide en tres etapas la evolución del concepto.

- La primera época del estudio (1913-1963)

El término autismo nace de la palabra griega eafismos cuyo significado es “encerrado en uno mismo” (Parrado, 2009, p.3). Fue el psiquiatra Eugen Bleuler de nacionalidad suiza quien introdujo el término en el campo de la psicopatología.

En 1913 utiliza la palabra autismo como síntoma, para referirse a uno de los síntomas de la esquizofrenia, según se lee en su libro *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* y cuya traducción al inglés se hizo en 1950. Bleuler más en su libro y en la definición, y desarrolla el concepto “pensamiento autista” que, según él, su origen está en la “fragmentación esquizofrénica de la mente” (Cuxart, 2000, p.8). Bleuler (1913 citado en Parrado, 2009, p.3) señala que de este modo, el sujeto percibe la realidad objetiva como alucinaciones y así, percibe su mundo de fantasía, como si fuese el mundo real.

Pasados 30 años desde los postulados de Bleuler, es con Leo Kanner en 1943 cuando aparece el autismo como un síndrome y cuyo rasgo esencial era “la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones” (Kanner, 1943, p.20). Este autor definió por vez primera el término autista y redactó unas características psicopatológicas comunes entre los sujetos (Mesibov y Howley, 2010):

- Aislamiento social
- Comunicación atípica
- Insistencia por las rutinas repetitivas y restringidas.

Además, Kanner fijó unas características comportamentales que poseían los sujetos autistas identificadas en cinco áreas diferentes (Wing, 1982, p.32):

- Una gran carencia de contacto afectivo hacia los demás. No muestran demasiadas ganas de relacionarse, no las miran y no demuestran emociones hacia las personas. Parecen aislados socialmente.

- Un afán obsesivo por mantener un ambiente sin cambios, tiene que estar todo igual.
- Exagerada fijación por algunos objetos en concreto.
- Carencias en la comunicación.
- Una gran potencia cognoscitiva hacia cosas que despiertan su interés.

En 1944, un médico vienés llamado doctor Hans Asperger publicó su trabajo llamado "*Die autistischen Psychopathen im Kindesalter*" en el que decía que "el trastorno fundamental de los autistas es la limitación de sus relaciones sociales. Toda la personalidad de estos niños está determinada por esta limitación" (Asperger, 1944, p.77). Asperger afirmaba que el autismo era un trastorno de la personalidad, por eso suponía un desafío muy complicado para la educación especial aunque esta consideración se conoció hasta 1991, cuando se traduce su artículo al inglés.

En esta etapa, predominaban las explicaciones psicodinámicas del autismo y se consideraba como un trastorno emocional, producido por factores afectivos o emocionales que eran transmitidos de forma inadecuada de padres a hijos. Por ello, en esta primera etapa, el tratamiento principal era la separación de los niños de éstos ambientes familiares de frialdad y que como consecuencia, generaban en los niños una respuesta de rechazo emocional.

- La segunda época del estudio (1963-1983)

En esta etapa, comenzaron a prevalecer las teorías que se basan en el conductismo. Se fue dejando de lado la teoría anterior en la que se culpabilizaba a los padres, ya que se iba demostrando la falta de coherencia de las mismas. Fue a mediados de los años 70 cuando cambió este pensamiento, pues comenzó a existir una hipótesis en la que se pensaba que en el autismo, existía una alteración cognitiva con la que se llegó a explicar las dificultades que tenían para relacionarse, en la adquisición del lenguaje, en la flexibilidad mental y en la comunicación.

El principal tratamiento del autismo pasaba a ser la educación y por ello, se desarrollaron procedimientos para poder modificar la conducta y así, poder ayudar en el desarrollo a las personas autistas. Además, se crearon centros exclusivos para personas autistas con la ayuda de la asociación de madres/padres y de familiares que tenían algún

miembro autista. La primera asociación de padres de niños autistas se creó en 1962, llamada “*National Society for Autistic Children*” del Reino Unido.

Lorna Wing y Judith Gould (1979) fueron quienes emplearon por primera vez el término Espectro Autista. En 1988 Lorna Wing expone que a las personas que se les diagnostica de espectro autista, presentan trastornos en las habilidades para comunicarse, en las relaciones sociales y cuentan con un repertorio limitado de comportamientos e intereses. Estas alteraciones se denominan como la “tríada de Wing” (Wing y Gould, 1979).

A finales de esta etapa, el autismo es considerado parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y su clasificación es incluida en el DSM-III (APA, 1980). En este manual, se comienza a hablar sobre Autismo Infantil y en la nueva revisión del año 1983, se incluye como Trastorno Autista.

- La tercera época del estudio

Se considera la etapa cognitivista-interaccionista y se caracteriza porque muchos investigadores se han dedicado a analizar cuáles de los procesos mentales que se desarrollan en la infancia, sufren la alteración que les lleva al trastorno autista.

Es en este periodo cuando el autor Simon-Baron-Cohen publica su artículo llamado “*¿Tienen los niños autistas teoría de la mente?*” y en él, se recogen las dificultades a gran escala que tienen las personas con autismo en todo lo relacionado con la Psicología Intuitiva.

Según Hobson (1995) no es nada fácil manifestar cómo son los niños con autismo. Hay que explicar la relación que se mantiene con el ser, que se llega a sentir cuando una persona “normal” intenta comunicarse o relacionarse con esa persona. En la interacción que se mantiene con los autistas, es cuando sientes que te mueves en un plano de vida distinto, que estamos ante una persona con la que no podemos establecer una buena comunicación.

Describir a los niños autistas es muy difícil. Parece que lo más sencillo es hacerlo desde la relación que se establece con ellos, desde los sentimientos que se despliegan al intentar comunicarse con ellos (Hobson, 1995). La interacción con una persona con trastorno autista se desarrolla en un plano diferente, es como si no pudiéramos conectar con ellos. En esta misma línea, Rivière (2000) describe a la persona autista desde ahí, desde la relación que establece con los demás. Según él, para un autista las demás

personas resultan opacas, impredecibles y ausentes, y se ve incapacitado para controlar y regular su comportamiento por medio de la comunicación.

En el manual diagnóstico DSM-IV-TR (APA, 2000) se recogen cinco categorías diagnósticas que son parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y son: el Trastorno Autista, el Trastorno de Rett, el Trastorno de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

- En la actualidad:

El TEA es una discapacidad que aún hoy día es relativamente desconocida, aunque Leo Kanner identificó y definió por primera vez el autismo en el año 1943.

No existe aún en ésta época una definición conjunta sobre el TEA, aunque autores como Peña (2004) y Frith y Hill (2004) están de acuerdo en que se trata de una discapacidad, un trastorno en el desarrollo cerebral, que se da desde la infancia y que provoca que los niños no se sociabilicen con normalidad, es decir, que sientan indiferencia ante las habilidades sociales y comunicativas.

Contamos con manuales diagnósticos y en ellos también varía la definición, según optemos por DSM-IV-TR, en el DSM-5 o la CIE 10. En la siguiente tabla se recogen los cambios que se han dado en los manuales diagnósticos:

| DSM-IV-TR (APA, 2003) | CIE 10 (OMS, 2010) | DSM-V (APA, 2013) |
|--|---|--|
| DENTRO de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) : | DENTRO de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): | DENTRO de los Trastornos del desarrollo neurológico: |
| Trastorno Autista | Autismo atípico | Trastorno del Espectro Autista (TEA) |
| Trastorno de Asperger | Síndrome de Asperger | Trastorno de la Comunicación Social |
| Trastorno de Rett | Síndrome de Rett | |
| Trastorno Desintegrativo Infantil | Autismo en la niñez | |
| | Trastorno asociado a hiperactividad con retraso mental y movimientos estereotipados | |
| Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado | | |

Como se puede ver en esta tabla, en el DSM-5 (APA, 2013) han desaparecido algunas categorías diagnósticas y el grupo de TEA se han trasladado bajo el grupo de Trastornos del desarrollo neurológico. En realidad, la denominación de Trastorno del desarrollo Generalizado no es demasiado correcta ya que el desarrollo no está afectado de manera “generalizada” en las personas autistas (Instituto de Salud Carlos III, 2004).

2.2 Etiología del autismo

Con el paso de los años, el concepto de los TGD ha variado. Primeramente era considerado un trastorno emocional, causa de una inadecuada relación entre padres e hijos, surgiendo así el concepto de “padre/madre nevera”. Pero esta errónea teoría se dejó de lado y se pasó a la consideración de la presencia de algunos trastornos neurológicos. Es a partir de los años 80 cuando se acepta la “base genética del autismo que genera una alteración en el Sistema Nervioso Central” (Cuadrado y Valiente, 2005, p.26).

Los estudios más actuales muestran que el autismo tiene un origen multifactorial (Kanner 1943) complejo en el que interactúan diversos factores genéticos y ambientales. Según recoge el Instituto de Salud Carlos III (2004), de momento no se conoce qué elementos son y cómo actúan en la genética. Entre los elementos ambientales se recogen las infecciones creadas por virus, complicaciones en la gestación e ingesta de algunos productos en este periodo, la aplicación de las vacunas, intolerancias alimenticias, intoxicaciones, desajustes en el aparato digestivo, etc. Hasta el momento, no existe ninguna documentación científica que pruebe la causa de los factores ambientales en el autismo.

Se prueba que entre los síndromes neuropsiquiátricos, el TEA es el que mayor causa genética tiene. Como consecuencia se encuentra la “alteración de un conjunto de genes interdependientes, distribuidos en distintos puntos del genoma, siendo necesaria la participación de un mínimo número de genes, aunque no siempre coincidentes, para su desarrollo y aparición” (McInnes, 2002, p. 84).

Las investigaciones actuales apuntan que cerca de un 3% de los hermanos o mellizos de un niño que es diagnosticado de autismo cuenta también con el mismo trastorno y que entre un 6% al 9% presentan algún tipo de TEA o TGD (Instituto de Salud Carlos III, 2004).

El TEA afecta a 4 o 5 niños por cada 10.000 que nacen (Cuadrado y Valiente, 2005, p. 27) aunque hay que decir que la cifra va aumentando y se debe a que han mejorado los criterios diagnósticos de los mismos. Cabe añadir que el TEA tiene mayor frecuencia en niños que en niñas, en una proporción de 4 varones por mujer y que nada tienen que ver los grupos étnicos, la clase social o la nación a la que pertenecen.

2.3 Cómo se detecta el autismo y la importancia de la detección temprana.

Todos los niños no tienen porqué presentar los síntomas que se denominan clásicos, es decir, alteraciones en la “Tríada de Wing”. La ausencia de alguno de los síntomas no significa que el niño no tenga el TEA.

Los padres del autismo (Kanner, 1943; Asperger, 1944) decían que el autismo aparecía desde el principio de la vida, pero las últimas tendencias en investigación demuestran que en uno de cada cuatro casos que presentan autismo, se aprecian alteraciones durante el primer año. Lo frecuente es que a la edad de los 18 meses se manifiesten las alteraciones propias del TEA, aunque cabe que se pueda manifestar con posterioridad de los dos años.

En España, según se recoge en la Guía de buena práctica para la detección temprana de los TEA (Instituto de Salud Carlos III, 2005) la edad media de sospecha se sitúa en los 22-26 meses, que es cuando se realiza la primera consulta. Este retraso también influye en el primer diagnóstico específico que se recibe alrededor de los 52 meses de edad. Los canales de detección son el ámbito familiar, el sanitario, el educativo y el de los servicios sociales y éstas son al mismo tiempo, las barreras que provocan que el TEA se reconozca de forma tan tardía en España.

Los miembros del Grupo de Estudio consensuaron un proceso de seguimiento para garantizar la efectividad en la detección temprana. El proceso implica dos niveles: el nivel 1 que hace referencia a la vigilancia de desarrollo y el nivel 2, que se refiere a la detección específica. El proceso se completa con la existencia de un nivel 3, que supone la derivación a un servicio de diagnóstico especializado en TEA.

En el siguiente gráfico se puede ver el orden de actuación.



Figura 1. Proceso de detección y evaluación diagnóstica (extraído de Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista, Instituto de Salud Carlos III, 2005, p.239)

No cabe lugar a dudas de la conveniencia de la detección precoz, de las señales de alerta, ya que no existen pruebas médicas ni biológicas que ayuden en el diagnóstico o detección antes de los 18-24 meses. Los síntomas tempranos de alerta se detectan mediante la observación en cada una de las áreas y se pueden dar alteraciones semejantes pero en diferentes grados.

Como los TEA suponen una alteración de algunas habilidades concretas, la vigilancia pide que se valoren los datos que revelan el desarrollo socio-comunicativo y así, mostrar especial atención a los signos de alerta específicos en las siguientes edades:

- A los 9 meses de edad:
 - Dirige la mirada hacia lo que el cuidador señala y expresa
- A los 12 meses de edad:
 - A lo anterior y se le suma la ausencia del balbuceo, de gestos, que no reaccione cuando se le llama por su nombre y ausencia de la acción protoimperativa, es decir, que no tenga intención de pedir algo que quiere.

- A los 18-36 meses: Se recogen en la siguiente tabla (Rivière 2000):

| |
|---|
| 1. Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones. |
| 2. No "comparte focos de atención" con la mirada. |
| 3. Tiende a no mirar a los ojos. |
| 4. No mira a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan. |
| 5. No mira lo que hacen las personas. |
| 6. No suele mirar a las personas. |
| 7. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar. |
| 8. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones. |
| 9. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa. |
| 10. Las novedades le disgustan. |
| 11. Abiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de video. |
| 12. Coge rabieta en situaciones de cambio. |
| 13. Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional. |
| 14. Resulta difícil "compartir acciones" con él o ella. |
| 15. No señala con el dedo para compartir experiencias. |
| 16. No señala con el dedo para pedir. |
| 17. Frecuentemente "pasa por" las personas, como si no estuvieran. |
| 18. Parece que no comprende o que "comprende selectivamente" sólo lo que le interesa. |
| 19. Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano. |
| 20. No suele ser él quien inicia las interacciones con adultos. |
| 21. Para comunicarse con él hay que "saltar un muro": es decir, hace falta ponerse frente a frente y producir gestos claros y directivos. |
| 22. Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad. |
| 23. No "juega con" otros niños. |
| 24. No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, Episodios, etc. |
| 25. No da la impresión de "complicidad interna" con las personas que le rodean, aunque tenga afecto por ellas. |

Figura 2. Título (extraído de Rivière y Martos, 2000, p. 25)

El instrumento que mayormente se utiliza en el cribaje (*screening*) de los TEA en la edad que comprende de los 18 meses a los 24 es el M-CHAT. Es un cuestionario que contiene 23 ítems y que es rellenado por los padres del niño en cuestión. Para que el M-CHAT sea de resultado positivo, se debe de mostrar tres o más ítems fallados o dos o más ítems críticos fallados (anexo 2). El cuestionario se ha validado con 2.500 niños de 2 años y presenta una sensibilidad de 0,87, una especificidad de 0,99, un valor predictivo positivo de 0,8 y un valor predictivo negativo del 0,99. Por ello, los controles que se han realizado, demuestran que se puede recomendar como instrumento de cribaje.

Existen varios instrumentos recomendados en la detección de los TEA y se recogen en el anexo 2.

Cuando el niño muestra alguno de los siguientes signos, debería derivarse a un servicio de diagnóstico de TEA:

- A la edad de 12 meses: no balbucea, utilizar gestos como señalar o responder a su nombre.
- A la edad de 18 meses: no decir ninguna palabra.
- A la edad de 24 meses: no tiene la capacidad de pronunciar frases de dos palabras de propio impulso (ecolalia no espontánea).

Cualquier pérdida que se de en el lenguaje o en las destrezas sociales a la edad que sea.

2.4 Síntomas y tratamiento del autismo

Cuando decimos autismo, hacemos referencia a un conjunto de alteraciones semejantes, pero cuya manifestación es muy diferente, ya que depende de la persona. Por ello, cuando tomamos al autismo como un continuo espectro, hace que entendamos mejor que estamos hablando de personas muy diferentes.

Según el Instituto de Salud Carlos III (2004), los síntomas más frecuentes son:

- Alteraciones cualitativas en la capacidad de interacción social.

El principal síntoma del autismo son las alteraciones sociales. Las personas con autismo no entienden las normas sociales y las convenciones y por ello, les es difícil ajustar su comportamiento al resto. Tienen problemas para expresar lo que piensan, lo que sienten y que intereses poseen.

No les es fácil hacer amigos, apreciar las interacciones de los demás y desarrollar juegos. Como consecuencia, no les resulta fácil el mundo social y en la mayoría de las ocasiones no muestran interés y se aíslan. Estas limitaciones se marcan en la infancia y se van suavizando lentamente con el transcurso del tiempo, ya que aumenta el interés social de los mismos de forma espontánea y por ello mejora la adquisición de nuevas competencias.

- Alteraciones cualitativas de la comunicación

Según recogen algunos estudios, un 50% de las personas que presentan autismo carecen de la adquisición del habla y no lo logran en su vida. También se dan casos en los que adquieren el habla pero después, el lenguaje se pierde.

Con frecuencia, las personas que desarrollan el habla tienen unas características peculiares como la ecolalia, perseveración, entonación anormal, etc. La característica más destacada es que el uso del lenguaje no es social ni tiene fines de comunicar vivencias o experiencias y, además, carece de comunicación no verbal.

- Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades.

Las personas con autismo sienten especial interés por objetos que a esa edad, no es frecuente su uso y el interés que les ha despertado el material, no lo comparten con el resto.

Pueden aparecer movimientos del cuerpo estereotipados (aleteo, balanceo, giros sobre uno mismo, etc.). El juego es repetitivo y de poca imaginación (fascinación por contar y repetir, hacer hileras, etc.). Hay personas que en los cambios de rutina o entorno, presentan ansiedad (cambios de horarios, objetos, etc.). Normalmente no se interesan en compartir su conocimiento de forma recíproca con el resto.

Cabe decir que en el DSM-5, esta “triada de Wing” referente a los síntomas que se recogen en el autismo, ha cambiado y se reducen en el nuevo manual a dos grupos:

- Grupo 1: comportamientos, intereses y actividades repetitivos y restringidos.
- Grupo 2: Alteraciones sociales combinadas con alteraciones en la comunicación.

Por tanto, se elimina el retraso de adquisición del lenguaje ya que se considera no demasiado específico y son englobados en el Grupo 1 dentro del diagnóstico las alteraciones sensoriales. (Moreno, 2013).

En la actualidad, los TEA no tienen cura pero con una detección precoz y una atención temprana especializada e intensiva, se mejora de forma notable el desarrollo y la calidad de vida de la persona con TEA, así como la de su familia. Gracias a una detección precoz y una eficaz intervención, se pueden reducir de forma significativa las conductas inadaptadas, mejorar la comunicación, la inflexibilidad y en algunos casos poder desarrollar un lenguaje funcional.

Es aconsejable tener en cuenta que un mismo tratamiento no aporta los mismos resultados para todos los casos y por ello, se debe considerar a cada persona de forma particular y plantear un tratamiento conforme a sus posibilidades. El tratamiento conocido como Modificación de Conducta, es en la actualidad el más aceptado y el que ha dado mejores resultados en cuanto a la posibilidad de dar instrucciones al niño y poder centrar su atención. Cabe destacar que se consiguen mejores resultados con la aplicación de diferentes tratamientos. Algunos de los tratamientos son (Garza, 1997, p.19) son:

- **Terapia Conductual:** Es conocido también por el método Lovaas. Se basa en el conductismo con la enseñanza de habilidades mediante premios y castigos.
- **TEACCH:** Se basa en el uso de las imágenes y de los símbolos en los que se enseñan palabras o conceptos. Es una comunicación mayormente visual. Este método se creó en 1966 por Eric Schopler y resulta buena opción para llevar a cabo con niños que fijan su atención y están bajo control instruccional.
- **Fármaco y/o químico:** Es el tratamiento de ingesta de medicamentos. Existen ciertos niños que tienen la necesidad de ingerir medicamentos debido a disfunciones como la epilepsia. El neurólogo pediatra es el que decidirá si procede su administración.
- **Dieta libre de Gluten y Caseína:** Se trata de la restricción de los alimentos que contienen dichos compuestos. Principalmente presentes en alimentos que contienen trigo y lácteos.
- **Vitaminosis:** Existen estudios que demuestran la carencia de algunas vitaminas en los niños con TEA y por ello, se recomienda su ingesta. Las carencias más frecuentes son las vitaminas del complejo B (B⁶ y B¹²).
- **Música Terapia:** Se busca el vínculo con el niño mediante la música y el ritmo.
- **Delfino Terapia, Equino Terapia, etc.:** Se trata de un tratamiento con la ayuda de delfines, caballos, etc.

2.5 Características que definen la conducta autista

Las características o síntomas de las personas autistas son muchas y muy variadas. Como ocurre con las definiciones y las causas, tampoco existe acuerdo en este apartado. Si observamos los siguientes síntomas que se van a recoger, nos vamos a dar cuenta de que los autistas se parecen mucho a los “normales” y podemos llegar a pensar que todos poseemos rasgos autistas, por lo que no deben ser tan rechazados ni modificados, como se les ha estado haciendo hasta ahora.

Para conocer las características exclusivas y únicas que tienen las personas con TEA, haremos referencia a Kanner (1943) ya que propone unas características comunes a todos los niños que pudo observar:

1. Extrema soledad autista: la relación de los niños con las personas no es de forma normal, sobre todo con los niños.
2. Deseo obsesivo de invarianza ambiental: Los niños se molestaban exageradamente si se producían cambios en sus rutinas o en los objetos que les rodeaban. Debían mantener el ambiente sin cambios.
3. Memoria excelente: los niños eran capaces de memorizar grandes cantidades de material sin ningún sentido práctico.
4. Expresión inteligente: contaban con un buen potencial cognitivo y ausencia de rasgos físicos.
5. Hipersensibilidad a los estímulos: los niños que observó Kanner, mostraban una reacción intensa a algunos ruidos y objetos.
6. Mutismo o lenguaje sin intención comunicativa real: había niños que carecían del habla pero también había otros que solo utilizaban la ecolalia (repetición mecánica del habla de otras personas).
7. Limitaciones en la variedad de la actividad espontánea: se observaron contrastes entre la correcta manipulación de los objetos y el uso que hacían los niños con ellos.

Estas características son la base de la descripción del comportamiento autista pero es importante saber que no todas las personas con autismo presentan el total de las mismas y no se puede generalizar.

Según el manual diagnóstico DSM-5, el TEA “se caracteriza por el déficit en la comunicación y la interacción social a través de múltiples contextos, incluyendo el déficit en la reciprocidad social, conductas comunicativas no verbales de interacción social, y los conocimientos en el desarrollo, mantenimiento y entendimiento de las relaciones” (APA, 2013, p.32).

2.6 Diagnóstico y clasificación del autismo

El diagnóstico del TEA se realiza por profesionales especializados, para poder disponer un programa acorde de apoyos individualizados y que implique una evaluación directa de la persona con TEA, así como una entrevista a la familia, con pruebas específicas para la evaluación. El proceso de evaluación tiene que estar centrado en determinar las limitaciones, así como destacar los puntos fuertes que ayuden a establecer apoyos adecuados.

Existen dos sistemas de clasificación de las patologías, la CIE-10 de la OMS y el DSM-5 americano. En España de momento se continúa con el manual DSM-IV TR para los criterios de diagnóstico y clasificación del TEA, pero el 18 de mayo de 2013 se presentó en San Francisco (EE.UU) la quinta edición del manual. En él, se incluyen cambios que afectan de forma notable a la clasificación del TEA y son los siguientes:

- El autismo toma como nombre Trastorno del Espectro Autista y deja atrás la denominación del DSM-IV-TR que hacía referencia a “Trastorno Generalizado del Desarrollo”.
- En el nuevo manual se eliminan todas las categorías diagnósticas que en el DSM-IV-TR eran el Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno Autista, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado y pasan a formar parte de la dimensión del Trastorno del Espectro Autista. El Síndrome de Rett es el único que desaparece, ya que los síntomas que presentan los niños autistas con este síndrome, cuentan con un periodo de duración limitado.
- Se establece un baremo de severidad de los síntomas y la afectación, y así establecer el nivel de competencias del niño en cada uno de las dos dimensiones (A y B) y poder conocer el grado de apoyo que el niño necesita.
- En los criterios diagnósticos, se unen las alteraciones sociales con las comunicativas y se mantiene el que hace referencia a la rigidez mental y de comportamiento. Es decir, la “tríada de wing” pasa a ser “díada” ya que se funden las alteraciones comunicativas con los problemas de sociabilización.
- Y por último, también incluye cambios que se asocian a la organización de los trastornos ya que pasan a ser primero los trastornos del desarrollo y después los neurocognitivos.

Una vez expuestos los cambios, falta mencionar que el TEA se sitúa dentro del Trastorno del desarrollo neurológico, es decir, que hacen referencia a los trastornos cuyo comienzo tienen en la infancia y según el DSM-5, en su clasificación se debe especificar lo siguiente:

- si está asociado a una infección médica, genética o ambiental;
- si está asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento;
- cuál es la gravedad de los criterios A y B;
- si cursa con déficit intelectual, deterioro del lenguaje o catatonía.

El TEA es un trastorno complejo del neurodesarrollo, de origen neurobiológico (Rivière, 2001). Se detecta en los primeros 30 meses de vida, por lo que es un trastorno del desarrollo infantil. Afecta al desarrollo normal del cerebro en cuanto a las habilidades sociales y de comunicación.

El diagnóstico del Autismo se lleva a cabo en la mayoría de los países a través de los criterios que se recogen en el reciente DSM-5 y el CIE-10 (se espera modificación para el 2015 con la CIE-11). En el actual DSM-5 publicado en 2013 la versión en inglés y en 2014 la versión en español, es necesario especificar qué criterios diagnósticos cumplen. Palomo (sin fecha), ha publicado una traducción de los últimos criterios de la APA (2013). En este trabajo se han copiado en el anexo 1 para su consulta.

2.7 Atención a la diversidad. ¿Cómo actúan los colegios ante un alumno autista?

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra, establece que la atención a la diversidad es un principio que debe regir toda la enseñanza básica para proporcionar a todo el alumnado un educación adecuada a sus características y necesidades.

Según se recogen en la Orden Foral 93/2008, de 13 de Junio en el artículo 12 por la que se regula la atención a la diversidad recoge que *“el alumno que presenta necesidades educativas especiales es aquel que requiere, por un periodo de escolarización o a lo largo*

de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas especiales derivadas de discapacidad física, psíquica, sensorial, o trastornos graves de conducta”.

El alumno con NEE será evaluado por el orientador u orientadora del centro donde se ha preinscrito, junto con la conformidad de la Comisión de Escolarización y se decidirá el tipo de escolarización que varía en función de las características específicas que presente el alumno en cuestión. Según recoge el artículo 13, el alumnado se escolarizará en función de sus características y podrá ser en grupos ordinarios o programas específicos de centros ordinarios, o en centros de adecuada escolarización (Orden Foral 93/2008).

El primer paso que se da en el centro escolar es la detección del problema y para ello, es el tutor el que debe darse cuenta de que existe algún problema con el alumno en cuestión. Procede a ponerse en contacto con el orientador del centro y rellena la hoja de petición correspondiente para que el orientador proceda a su valoración. El orientador hace la observación y la recogida de información correspondiente junto al tutor y a la familia, ya que es necesario contar con el consentimiento familiar para iniciar la observación y a las pruebas que se correspondan por parte del orientador.

Una vez aquí, el orientador es quien se reúne con el resto de profesores que imparten materia con el alumno y en el caso de que las pruebas apunten a un supuesto TEA, se deriva al médico pediatra. El pediatra es quien lo deriva a un neurólogo pediatra para que lo valore y poder obtener un diagnóstico oficial.

El centro escolar y el neurólogo pediatra mantienen contacto durante el proceso y una vez diagnosticadas y especificadas cuales son las características específicas del alumno, se procede a elaborar una adaptación curricular acorde a sus necesidades.

Como el diagnóstico oficial puede tardar mucho tiempo y la persona afectada necesita que se adapte el material y lo necesario en su educación lo antes posible, se solicita al neurólogo pediatra un diagnóstico temporal, para así poder mejorar el ámbito educativo, el ámbito de la estimulación y el de los recursos y ayudas. Existe en Navarra un centro llamado CREENA (Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra). Los miembros de este centro acuden al aula ordinaria del colegio y comienzan a valorar al alumno para determinar el tipo de apoyo que necesita mediante la evaluación psicopedagógica y/o Informe de Escolarización.

La LOMCE en sus artículos del 71 hasta el 79, ambos inclusive, hace referencia a los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo y con Necesidades Educativas Especiales (NEE). En la concreción de su escolarización requiere la garantía de una

atención educativa que sea de calidad de acuerdo a los recursos personales, materiales y organizativos que cuentan en el centro, teniendo como finalidad la adquisición de los objetivos acordes a la etapa. En definitiva, para obtener una buena educación deberemos buscar el equilibrio entre la inclusión del alumnado al aula ordinaria de forma normalizada y una educación que se adapte a las necesidades que requiera el alumno, es decir, que la educación especial satisfaga las necesidades que presente el alumno para así, lograr los objetivos planteados que están relacionados con los aprendizajes escolares.

En Navarra, según la Orden Foral 93/2008, existen dos modalidades de escolarización que corresponden a diferentes grados de adaptación curricular en función de las adaptaciones que se van a llevar a cabo, ayudas y condiciones extraordinarias que va a requerir el alumno. Las modalidades son el centro ordinario y el centro de educación especial. La modalidad de centro ordinario propondrá la escolarización en los mismos cuando las NEE del alumno queden atendidas con los recursos ordinarios y sectoriales que tiene el centro escolar y el asesoramiento de CREENA.

2.8 Como se relacionan escuela y familia de niños con TEA.

Según Torró y García (2007), tener un niño con TEA aborda un desafío para cualquier familia. Normalmente son los padres los primeros en la detección de la existencia de un problema y tras lo cual, deben procurar un diagnóstico, que la mayoría de las veces, cuesta tiempo obtener. Tienen que hacer una búsqueda activa en cuanto a las opciones terapéuticas eficaces, y cuando dan con ellas, deben ser miembros activos del equipo de intervención.

Uno de los objetivos de la integración escolar es mejorar la calidad de vida de las personas. Así, la escuela tiene un papel importante en la preparación de los niños para la vida, alcanzando este objetivo mediante la aportación de los apoyos necesarios y manteniendo una relación fluida y bidireccional entre la familia y los docentes. Este es un factor fundamental para lograr el éxito.

Los padres del alumno con TEA son la fuente principal para la obtención de información acerca de su hijo, y pueden facilitar al docente valiosa orientación en cuanto a las características personales, el comportamiento, y las actividades cotidianas del individuo, para que les puedan servir como guía. Además, los padres ya están

familiarizados con los patrones de aprendizaje de sus hijos y conocen la forma de ayudarles en la adquisición de nuevos comportamientos.

Es necesario que el tutor llame a los padres a una entrevista antes del inicio de curso escolar para permitir la fijación de un marco de trabajo y en el que será necesaria la continuidad de las reuniones, para el seguimiento del alumno, que ayuden en la integración y se permita el intercambio de información referente a su progreso, así como los posibles problemas que se puedan dar. Así, los padres y docentes comprenderán de forma clara las posibles necesidades, y de forma adecuada, podrán generar y coordinar estrategias y apoyos. Es indispensable unificar criterios de actuación y colaboración entre la familia y el entorno escolar para garantizar el éxito de las intervenciones que se han planificado. La intervención de los padres se centra en la motivación y ayuda en la organización del tiempo de estudio y ocio del hijo en el hogar.

Es necesario que se empleen los mismos patrones en el hogar y en la escuela, para facilitar un programa educativo trabajado desde dos vías pero en una misma dirección.

Las singularidades de cada alumno con TEA reflejan la medida y el grado en que necesitarán ser ayudados, ya que estos alumnos requerirán que las personas que organizan su ambiente, conozcan y lleven a cabo respuestas adecuadas para mejorar su evolución. Según Ainscow (1995), aprender representa un cambio y por ello, los adultos somos los que debemos de preocuparnos por mantener el equilibrio apropiado que cada niño necesita.

2.9 Concepto de Necesidades Educativas Especiales.

En los años 60-70 comienza a introducirse un cambio notable en el concepto de educación especial y las NEE en diferentes países. El Informe Warnock de 1978 que fue elaborado por el Comité de Educación de Inglaterra, Escocia y Gales, presidida por Mary Warnock, fue un informe que marcó un antes y un después en la educación especial. Dicho informe introduce por primera vez el término NEE que hace referencia a las personas que necesitan ayuda o deficientes, tal y como eran etiquetados con anterioridad.

Entre las concepciones generales para la integración escolar y social de las personas con discapacidad en las que se sustenta el informe, las que más destacan son (Informe Warnock, 1978):

- Todo niño puede ser educado

- A la educación tienen derecho todos y cuenta con los mismos fines para todos.
- La educación especial debe cubrir las necesidades educativas
- Las Necesidades Educativas Especiales son iguales para todos.
- Los grupos de niños que adquieren educación ya no se diferenciarán entre discapacitados y los no discapacitados.
- Se utilizará dificultad de aprendizaje para referirse a los niños que requieran ayuda especial.

En este Informe también se desarrolla el principio de Sectorización que hace referencia a que los alumnos que presenten NEE, deben recibir las atenciones y apoyos suficientes dentro del aula ordinaria, y se coordinarán por el correspondiente equipo multidisciplinar.

Según recoge Blanco (1999), las NEE son aquellas que para su atención adecuada necesitan de:

- Medios de acceso al currículo. Se refiere a la inexistencia de barreras arquitectónicas.
- Adaptaciones curriculares. Ajustes o modificaciones en los contenidos, en los objetivos, en la metodología y en los criterios para evaluar.
- Cambios en el entorno educativo, es decir, en la organización de la enseñanza y en las interacciones que suceden en el aula escolar.

En España, el concepto de Educación Especial se plantea por vez primera en la Ley General de Educación de 1970 (LGE) y en el que se recoge que “todo alumno que tenga alguna deficiencia, debe estar presente en los centros ordinarios”. Aquí es donde comienza el cambio en la concepción de la educación pero que aún, no se reflejaba en la realidad educativa. Es en 1990 cuando entra en vigor la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) cuando se reconoce en España el concepto de NEE influenciado por el Informe Warnock.

2.10 Normalización, integración, inclusión y atención a la diversidad educativa.

La legislación actual que se ha publicado en el Boletín Oficial del Estado la Ley Orgánica De Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), el 10 de diciembre de 2013,

establece que la escolarización de los alumnos con NEE será regido por los principios de normalización e inclusión y asegura su no discriminación y la igualdad efectiva referido al acceso y la permanencia en el sistema educativo.

El concepto de normalización fue tratado por primera vez por N.Bank-Mikkelsen (1995) y se recogió en una normativa danesa del año 1959. Dicha normativa habla de los medios que dispone la persona con deficiencia mental para poder llevar a cabo una vida normal. Así, no se trata de la conversión del alumno con Necesidades Educativas Especiales a “normal”, si no que se trata de conseguir el proceso de adaptación de los mismos. Para Mikkelsen este “proceso de normalización es el objetivo que se debe conseguir y la integración es el método para lograrlo” (Ibáñez, 2002, p.154).

Tal y como se puede leer en el RD 334/1985, la aplicación de la normalización en España se denomina integración escolar.

La integración es un movimiento que se da desde la Educación Especial ya que la cultura de la integración comienza en el derecho a ser diferente. La integración es un derecho que tienen todas las personas con discapacidades, las que sean, a participar de la sociedad con los soportes necesarios (Blanco, 1995). Así, con la integración se persigue una educación de calidad, en la que todos tengan igualdad de oportunidades en la obtención del éxito y de participación. De esta forma, se fomenta y aprueba que los alumnos con NEE puedan acceder al currículo de la escuela ordinaria, en la que la enseñanza sea flexible y permita que los alumnos trabajen de forma conjunta. En el Informe Warnock (1978) se recoge que todo niño cuenta con el derecho de ir a la escuela que esté en su localidad, sin recibir negación a dicha posibilidad.

El concepto de inclusión se acuña en los noventa y busca suplir al de integración. Se basa en la necesidad de hacer modificaciones en el sistema escolar para adaptarlo a las necesidades de los alumnos y que no tengan que ser los niños los que deban adaptarse a él, facilitando así la integración.

La educación inclusiva se muestra como un derecho de todos los niños y niñas, no sólo de los que tienen NEE. Esta educación supone un modelo de escuela en el que los docentes, los alumnos y los padres, participan y desarrollan una comunidad, tengan o no discapacidades, sean de una raza, cultura o religión diferente.

La escuela inclusiva supone la aceptación de todos y cada uno de los alumnos y exige la transmisión de nuevos valores, implicando de forma activa a los alumnos y disminuyendo los de procesos de exclusión. Este tipo de escuela, supone la creación de un contexto de aprendizaje inclusivo mediante el desarrollo de un currículo común.

Requiere una reestructuración escolar abordada desde una perspectiva institucional y entiende la educación como un proceso en constante cambio, inacabado.

En definitiva, la inclusión educativa pretende ir más allá de la integración, ya que supone un adelanto más en la normalización plena del alumnado con NEE. Se trata de ofrecer los derechos que siempre han merecido y que durante mucho tiempo han carecido, impulsando los pilares que hagan una sociedad y un sistema educativo más flexible, justo y positivo para llegar al logro del bienestar de estas personas y la igualdad de oportunidades.

2.11 Transición de Educación Infantil a Primaria. El papel del docente. Orientaciones.

El paso de Educación Infantil a Primaria supone un cambio significativo para todos los alumnos, y en mayor medida, para los alumnos con TEA. Para que estos cambios afecten lo menos posible a los alumnos con TEA, es necesaria la coordinación entre los docentes de los dos ciclos. Para ello, se pueden utilizar las siguientes pautas establecidas:

- Visitas previas a la nueva aula de Primaria y presentación del nuevo tutor.
- Introducir la agenda como material escolar para organizar las tareas que se deben realizar en el hogar fomentando la autonomía en el alumno.
- Familiarización con el nuevo sistema de recreo prestando especial atención a la salida de los mismos, ya que supone un momento de mucho ruido y desorientación para los autistas.
- Proporcionar espacios específicos donde los alumnos se sientan seguros y tranquilos con la presencia del personal de apoyo.
- Promover como tutor un círculo de amistades que ayuden en la integración.

El “nuevo” docente debe comprender que es el TEA y a la vez, las características que presenta el alumno que tiene en clase, ya que el principal objetivo del tutor, es dar una respuesta eficiente a las necesidades que presenta el alumno. Ante todo, el docente debe ser flexible y receptivo, ya que mediante la observación, podrá percibir los cambios que se producen, así como conocer los diferentes niveles y estados del alumno, pudiendo valorar los objetivos a trabajar en cada momento.

Para ello, el docente debe ser capaz de conocer las dificultades de comunicación, ya que pueden provocar que el alumno se porte mal cuando se sienta confundido o tenga miedo, tratar las conductas problemáticas con el refuerzo de las conductas positivas, atender las necesidades emocionales incluso haciendo uso de la aplicación del método “tiempo fuera” (salir de clase) y conocer a qué estímulos sensoriales es especialmente sensible el alumno, para evitarlos en la medida de lo posible. Además, gracias al mantenimiento de un ambiente estructurado y predecible, es decir, seguimiento de una rutina, el alumno con TEA se va a sentir más seguro y en el caso de existir algún cambio, conviene avisarle de los mismos con anterioridad.

La enseñanza deberá contar con material gráfico de apoyo, imágenes o dibujos, que faciliten y ayuden a la comprensión. Las nuevas tecnologías en el aula pueden ayudar al docente a personalizar y adaptar el material.

Es recomendable utilizar el aprendizaje sin error, es decir, no atender a los errores e intentar que la posibilidad de los mismos sea la más mínima. Además se hace necesaria la descomposición máxima de los objetivos educativos y el hecho de poder adaptarlos al nivel evolutivo del niño.

El uso de la agenda puede ser de gran ayuda para la organización de las tareas que se deben de realizar en el hogar, a la vez que favorecerán la coordinación entre el tutor y la familia.

En definitiva, la actitud de los educadores del centro escolar debe ser tolerante, flexible, estructurada y firme, con el fin de crear un clima acogedor y un ambiente en el que el niño se encuentre seguro y pueda sentirse tranquilo. Como dice Frith (1989), lo que todo docente debe de tener en cuenta es que tenemos distintos pensamientos, distintas formas de aprender y de enseñar, es decir, distintas mentes.

2.12 La metodología TEACCH.

Los alumnos con TEA necesitan una estructuración ambiental y temporal adecuada con el fin de propiciar un contexto escolar apropiado y para ello, el recurso educativo más utilizado es la metodología TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children Mesibov y Howley, 2010, p.9. Eric Schopler, fundador de TEACCH*). Cabe destacar que la metodología TEACCH es un programa educativo cuyo objetivo es ayudar a los alumnos con TEA y sus familias.

Entre las principales preferencias del programa se encuentran las siguientes:

- Permitir de forma positiva, autónoma y productiva el correcto desenvolvimiento dentro de sus comunidades.
- Ofertar servicios de calidad tanto a familias, como a los alumnos con TEA así como a las personas que trabajan con ellos.

Un pilar esencial de la metodología TEACCH es la Enseñanza Estructurada, un sistema de organización del aula ordinaria que se ha diseñado para tratar las principales diferencias neurológicas que se dan en el TEA.

La Enseñanza Estructurada trata de aumentar el grado de autonomía y el control sobre la conducta ya que se centra en las habilidades cognitivas, las necesidades y los intereses de las personas con TEA y ajustar el entorno en consecuencia.

Es una manera de adecuar la práctica educativa a las diferentes formas de pensar, entender y aprender de las personas con TEA.

Los objetivos que se logran con los alumnos con TEA en la utilización de éste tipo de enseñanza son:

- Ayudar en la comprensión de situaciones y expectativas.
- Ayudar a permanecer tranquilos.
- Utilizar el canal visual para aprender mejor.
- Ayudar a ser independientes y a generalizar lo aprendido en contextos diferentes.
- Reducir los problemas de conducta y de enfrentamientos personales.

La individualización es un concepto importante en los programas educativos del TEACCH. La enseñanza estructurada resulta adecuada para trabajar con alumnos autistas ya que nos proporciona un sistema de organización del aula y hace que los procesos y estilos de enseñanza sean más fáciles para los alumnos con TEA.

CAPITULO III

3 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL AULA DE PRIMARIA: ESTRUCTURACIÓN DE UN AULA DE EDUCACIÓN PRIMARIA CON ALUMNADO TEA

3.1 Introducción

En la siguiente propuesta de intervención, vamos a centrarnos en la explicación de cómo puede ser la estructuración espacio-temporal de una aula ordinaria en Educación Primaria en la que contamos con un niño con TEA.

La metodología que vamos a utilizar en esta propuesta se basa en “rincones” dentro de la propia aula ordinaria. Utilizaremos cada uno de estos rincones para la realización de rutinas determinadas y así, el objetivo será que nuestro alumno trabaje de forma autónoma.

Se pretende el enriquecimiento del aula ordinaria, en la que el alumno con TEA continuará con sus compañeros, prestándole la atención educativa necesaria, con la adaptación curricular acorde a sus necesidades.

Con la integración se propone que el alumno pueda adquirir habilidades para la interacción y comunicación con sus iguales. El resto de alumnos de la clase comprenderá las NEE que el alumno con TEA necesita y deberán adaptar la manera de relacionarse con él. En todo esto, el docente jugará un papel importante promoviendo una educación en valores.

Con esta propuesta, el alumno contará con un trabajo más individualizado y mediante el mismo, se pretende que el comportamiento del alumno con TEA sea más estimulado. Asimismo, como su ambiente va a permanecer más estructurado, se intentará aumentar la motivación.

Como objetivo principal de la propuesta, se pretende orientar a los docentes en el trabajo diario del aula. Para ello, se dan unos ejemplos de cómo pueden integrar a los alumnos con TEA y se puedan organizar de forma que todos los alumnos tengan la atención necesaria. Además, cuanto más organizada esté la clase y más predecible sea lo que va a ocurrir, mejor para todos: especialmente los alumnos con TEA, y de una forma general, todos los demás, ya que, se benefician de un cierto grado de rutina y orden.

3.2 Contextualización de la propuesta

La propuesta está basada para llevarse a cabo en el Colegio Público Erleta de Leitza, Navarra. Se trata de un centro ordinario en el que se imparte el modelo D, es decir, todas las materias son impartidas en Euskera. Está diseñado para 1º curso de Primaria en el que existen dos aulas. La propuesta se puede poner en práctica en el aula A, aula donde se encuentra el alumno con TEA.

Dicha aula se compone de 18 alumnos y entre ellos, contamos con un niño diagnosticado de TEA. Según los criterios diagnósticos basados en el DSM-5 (APA, 2013), el alumno cuenta con el Nivel 1 de severidad. Las características específicas del niño son:

- Presenta dificultades en las habilidades sociales. No sabe cómo comenzar a relacionarse con sus iguales. Muchas veces se le acercan los amigos pero él prefiere estar solo. Hay veces en la que es capaz de jugar con ellos pero ha de ser durante un corto periodo de tiempo. Cuenta con intereses diferentes a los demás y no entiende los juegos de sus compañeros.
- Prefiere no tener la iniciativa a la hora de iniciar los juegos y en las actividades en grupo, y aunque tiene adquirido el lenguaje, utiliza las frases que ha escuchado en la televisión, en la escuela o en casa de forma repetitiva, a veces dentro del contexto y otras fuera de él, cuando está solo (ecolalia). Hace uso de los gestos que ha aprendido. Tiene intención de comunicación cuando quiere conseguir algo.
- Tiene obsesión por el agua. El tiempo del recreo se pasa junto a la fuente, presionando el botón para que salga agua.
- Las rutinas le dan seguridad. Acepta los cambios que se puedan dar pero se muestra más cómodo en un ambiente previsible y donde reine el orden.
- El tiempo de concentración es limitado y por ello, se debe de aprovechar al máximo. La mejor manera para trabajar con él es realizando actividades de corta duración, evitando la pérdida de interés. A veces, nos da la sensación de que no nos hace caso pero cuando menos nos lo esperamos, nos demuestra que ya sabe hacer lo que se le pide.
- Conoce los números del 0 al 40 y las formas geométricas.
- Conoce el alfabeto.
- La lectura es buena si se ayuda con pictogramas
- Sabe copiar las palabras

- Conoce la mayoría de las grafías y fonemas.
- No tiene la capacidad de escribir una palabra que le pidas.
- Le encanta el cuento en general, pero el que más le gusta es “El patito feo”. Es capaz de contárselo a los demás compañeros, cosa que al resto de alumnos les gusta.
- Si se obsesiona con un tema, las preguntas, los dibujos y todo lo que haga se relaciona con el mismo. Por ello, es importante cambiar de tema sin que él se de cuenta,
- Es un alumno muy visual. La vista es el sentido que más desarrollado tiene.
- Juntar las dos manos y apretarlas fuerte una contra la otra es su comportamiento estereotipado.

3.3 Objetivos de la propuesta

- Orientar a los docentes en la transición de Infantil a Primaria para alumnos con TEA
- Aplicar la metodología TEACCH en un aula de Primaria.
- Diseñar y adaptar un aula de Primaria para niños con TEA
- Elaborar actividades educativas que permitan la inclusión de un alumno con TEA en un aula ordinaria.
- Desarrollar un método de evaluación para poder analizar, una vez se ponga en marcha la propuesta, los resultados de su aplicación.

3.4 Desarrollo de la propuesta de intervención.

En la propuesta vamos a trabajar con el programa TEACCH. Con el uso de ésta metodología, se obtiene una mejor adaptación de los alumnos con TEA a las tareas propuestas utilizando la educación visual y facilitando la autonomía. El principal objetivo de la metodología TEACCH es aumentar la independencia y el control de las conductas de los alumnos con TEA, adaptando el ambiente a las habilidades cognitivas que presenta el niño. Por eso, es muy importante conocer las características específicas del alumno con el que vamos a trabajar, al igual que sus necesidades e intereses.

Son cuatro los componentes de la Enseñanza Estructurada que podemos introducir en cualquier programa educativo: estructuración física, horarios, sistemas de trabajo y estructura e información visuales.

3.4.1 Estructuración espacial del aula

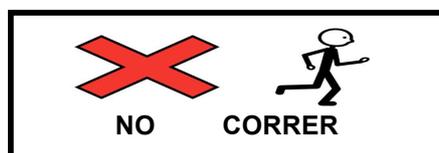
Según la metodología TEACCH, para conseguir que el aula sea clara, interesante y accesible para nuestro alumno con TEA, se debe de adaptar la estructuración física y la temporal del aula. El objetivo es que se puedan centrar en los aspectos más significativos e importantes de sus tareas.

Para ello, se debe de tener en cuenta las siguientes pautas:

- Planificar la disposición física del aula teniendo en cuenta las necesidades individuales y así, poder evitar las distracciones y fomentar un trabajo más coherente y efectivo.
- Contar con materiales marcados claramente y acordes al nivel de comprensión de nuestro alumno.
- Establecer diferentes áreas de trabajo asociándoles un lugar físico específico. En nuestro caso será a través de “rincones” con el fin de que el alumno sepa dónde se realiza cada actividad y dónde se guardan los materiales.

Para la realización de cada actividad, haremos uso de diferentes rincones representados por su pictograma correspondiente. Los pictogramas tienen gran importancia en la metodología TEACCH ya que la mayoría de los niños con TEA no utilizan el lenguaje verbal para comunicarse, sino que lo hacen mediante imágenes.

Los pictogramas son imágenes, iconos o signos de los que se hace uso para la comunicación. Esta palabra proviene del latín, “picto” significa imagen y “grama” palabra. Para mejor comprensión nos puede servir la siguiente imagen.



• **Para el trabajo colectivo:**

1. Agenda de clase: Este rincón se destina a la comunicación diaria, en el que se encuentran estructuradas y secuenciadas todas las actividades que se van a realizar en el

día. Para ello, contamos con un tablero en forma de tren con velcros para poder pegar las diferentes actividades representadas con pictogramas que se llevarán a cabo en ese día. En la locomotora se pondrá la foto del niño que será el maquinista y cuya responsabilidad recae en especificar el día de la semana, el mes, y el tiempo que hace. Posteriormente, el docente pondrá el orden de las actividades que se van a trabajar en su vagón correspondiente.

Las emociones también se tendrán en cuenta en este rincón y cada alumno pegará en el vagón el pictograma que hace referencia a como se siente.

2. De juego: En este rincón se encuentran los juguetes ordenados en cajas de plástico para que los alumnos, cojan el material que necesiten en ese momento. Pueden hacer uso de la colchoneta para jugar en el suelo con ellos. Se utiliza de forma dirigida pero también como tiempo libre.

• Para el trabajo individual:

3. De lectura: Se puede hacer uso de este rincón para el uso independiente durante cortos periodos de tiempo o contando con la presencia del docente para potenciar la lectura de forma oral con todos los alumnos.

4. De pintura: Contamos con una mesa de gran tamaño en la que se sitúan diferentes materiales como barro, agua, papel, ceras, rotuladores, maché... y realizarán manualidades.

5. De ordenador: Contamos con un ordenador que está situado en un rincón. Con él se trabajarán diferentes destrezas como el juego, la lectura... haciendo uso de las Tic's.

No olvidaremos adaptar los diferentes espacios con los que cuenta el centro escolar con pictogramas ya que forman parte de la estructuración espacial del centro. Entre ellos están los aseos, el comedor, el patio, el aula de educación física y el aula de logopedia.

3.4.2 Estructuración temporal del aula (horario y sistemas de trabajo)

Es importante organizar el espacio para que cada vez sean más independientes, pero para ello, se debe de estructurar el tiempo. Así, estableceremos en el aula rutinas que realizaremos con actividades y que se repetirán en el siguiente orden y a diario, es decir, seguirán este sistema de trabajo:

- La entrada: Tras la llegada a clase, los alumnos proceden a dejar la mochila y los abrigos en las perchas. Están identificadas con una fotografía del alumno al que pertenecen y también un pictograma de “dejar mochila”.

- Agenda: Esta rutina se lleva a cabo nada más lleguen los alumnos a clase y en ella, anticipamos lo que se va a acontecer en la mañana. Nos situamos temporalmente en el día y la semana que estamos y se dan a conocer el orden de las actividades que se van a realizar desde la primera hora hasta el momento de irse a casa.

- Trabajo en la mesa: Se trata del momento del trabajo individual. Se corresponde a las actividades que tienen que realizar hasta el momento del desayuno. Se ofrece información visual con la combinación de pictogramas y fotografías para que conozcan dónde empieza y dónde acaba cada actividad y qué se pide en ella.

- Almuerzo: Encontrarán la imagen de un bocadillo situado al final de su mesa de trabajo. Cuando lleguen a esta imagen, van a por su almuerzo y podrán ir al patio.

- Trabajo en mesa: Volvemos al trabajo individual. No sólo vamos a trabajar habilidades cognitivas o de motricidad fina, ya que también se trabajan las competencias comunicativas a través del seguimiento de órdenes, elección de actividades, utilización de diferentes técnicas y la realización de actividades específicas que fomentan el lenguaje.

- Hora de comer: Es el momento de dirigirse a casa o al comedor del centro escolar. Para ello, los alumnos cogerán los abrigos del perchero y se pondrán en fila india ordenados alfabéticamente. A continuación y tras el profesor, saldrán del aula.

- Actividad central del día: Cada día de la semana tiene asignado una actividad y un signo. Se mantendrá durante todo el curso escolar.

- Lunes: Psicomotricidad. Los alumnos se desplazarán al gimnasio escolar y una vez allí, se trabajará la coordinación, el equilibrio... mediante los juegos.
- Martes: Iremos al aula de informática para continuar allí las actividades relacionadas con la unidad que se está trabajando. Se trata de un recurso que motiva mucho a los alumnos y haremos uso del mismo para que trabajen el tiempo de espera, porque todos quieren utilizarlo a la vez.
- Miércoles: Visualizaremos un vídeo acorde a la unidad que estemos trabajando y ayudaremos al alumno con TEA en su comprensión.
- Jueves: Taller del cuento. El tutor contará un cuento a todos los alumnos incorporando fotografías y pictogramas que ayuden en su comprensión. Serán los alumnos quienes decidan entre dos libros cuál quieren que sea leído. Trabajaremos la socialización.
- Viernes: Teatro. Procederemos a la escenificación del cuento que escucharon el día anterior. Con ello, pretendemos enseñar las habilidades sociales, comunicativas y de autorregulación. Permite al alumno el desarrollo de la imaginación, la expresión corporal y el lenguaje.

- Despedida: Los alumnos recogen el material de su pupitre al sitio que les corresponde. Una vez terminado, cogen los abrigos y la mochila de los percheros y se sitúan en fila india por orden alfabético. Cuando todos los alumnos estén dispuestos, se procederá a la salida.

Las rutinas que se han explicado con anterioridad se van a llevar a cabo de forma diaria y ordenada. Para indicar el comienzo y el final de tiempo de las actividades utilizaremos un pictograma junto a una palmada. Así, el alumno sabe en todo momento qué hacer, cuánto hacer, cuándo terminar y qué hacer cuando termine. El pasar de una actividad a otra le resulta difícil a nuestro alumno con TEA y por ello, con este modo de trabajo, reduciremos la ansiedad que ello le origina.

Los sistemas de trabajo serán diferentes ya que dependerán del alumno que los va a utilizar. En los sistemas de trabajo escritos, se acompañará de imágenes para que todos puedan comprender la información, ya que no todos los alumnos saben leer en esta etapa.

3.4.3 Actividades propuestas (estructura e informaciones visuales)

Una vez que ya hemos realizado la estructuración espacial y temporal, vamos a proceder a la indicación de las actividades que vamos a realizar con nuestro alumno con TEA durante la clase y a la vez, los objetivos que se pretenden con las mismas.

Para conseguir resultados positivos con las actividades que se van a proponer, tendremos en cuenta los siguientes aspectos:

- Claridad visual: Cada actividad estará estructurada y organizada de forma visual. Así, reduciremos la ansiedad ya que daremos importancia a la claridad, la comprensión y los intereses.

- Organización visual: Nuestro alumno necesita que la distribución y la estabilidad de los materiales que va a utilizar estén cuidadosamente organizados y sean estables para evitar así la distracción. Además, marcaremos el espacio donde va a trabajar para que no se sienta invadido.

- Instrucciones visuales: Con este tipo de instrucciones que se adaptan al nivel de comprensión de los alumnos, explicaremos de forma clara y exacta lo que se ha de realizar para esa actividad utilizando una plantilla con representaciones visuales para ello.

Los sistemas de trabajo serán diferentes ya que dependerán del alumno que los utilice. En los sistemas de trabajo escritos, serán acompañados de imágenes para que todos puedan comprender la información, ya que no todos los alumnos saben leer.

- **Actividades:**

Las actividades que se proponen a continuación, están adaptadas con pictogramas para el alumno con TEA pero también sirven para el resto de compañeros de aula.

1. Así es mi cuerpo:

Con esta actividad pretendemos alcanzar los siguientes objetivos:

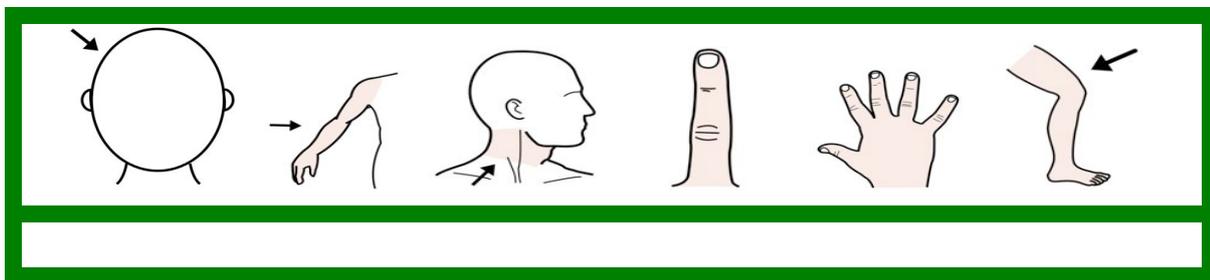
- Identificar las diferentes partes del cuerpo
- Progresar la motricidad-fina.

Para la realización de esta actividad, contamos con unas fichas de elaboración propia. En la primera ficha se explica con pictogramas, las partes del cuerpo.



Imágenes extraídas de ARASAAC (Palao, S, sin fecha)

En la segunda ficha, los alumnos deben de recortar y pegar la palabra acorde a la parte del cuerpo que visualizan.



Imágenes extraídas de ARASAAC (Palao, S, sin fecha)



En la tercera ficha tendrán que dibujar la parte correspondiente a la palabra que leen.

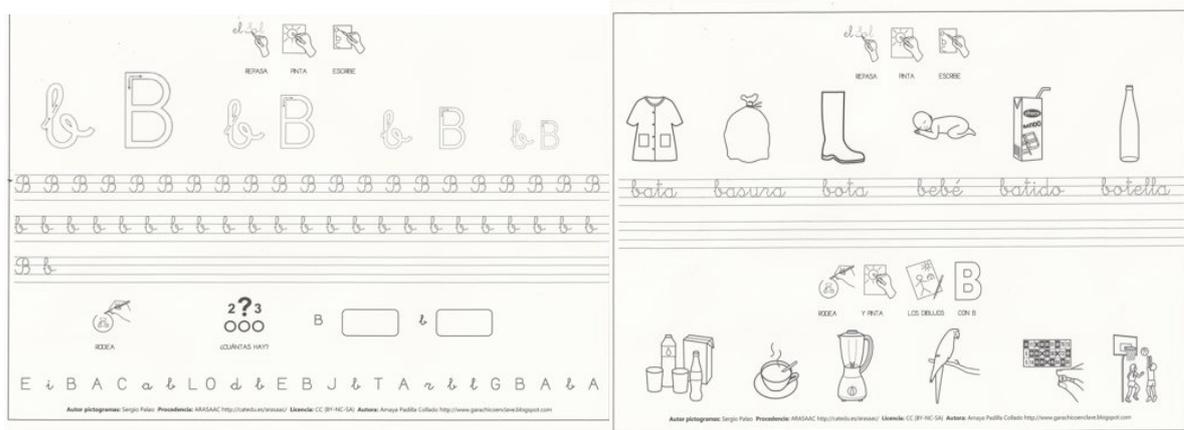


2. Escritura:

Objetivos a alcanzar:

- Mejorar la caligrafía.
- Conocer el vocabulario.
- Afianzar habilidades grafo-motoras.

Con esta actividad se pretenden trabajar las habilidades grafo-manuales y a la vez, mejorar la caligrafía. Comenzaremos trabajando con la letra B. Para ello, contamos con unas plantillas en las que se presenta la letra minúscula y mayúscula y los alumnos, deben repasar, pintar y escribir la letra. En la misma ficha, tienen que rodear las B mayúsculas con un color y las b minúsculas con otro, para después decir cuántos hay de cada.



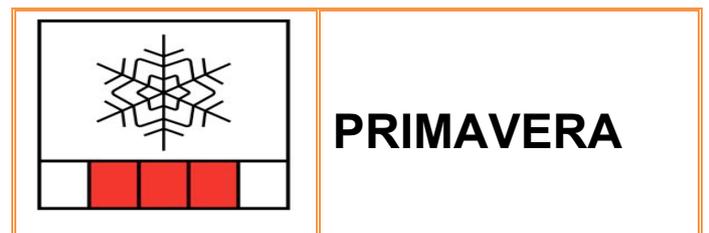
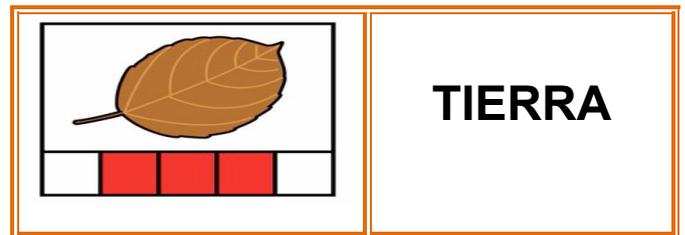
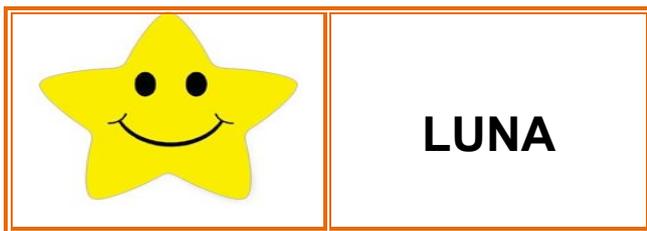
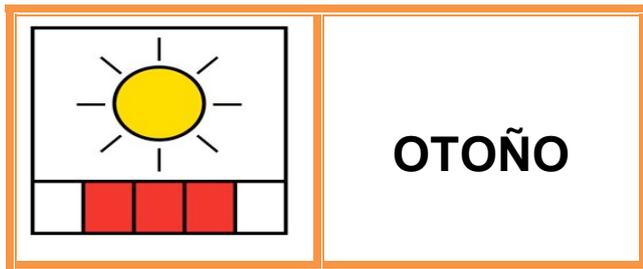
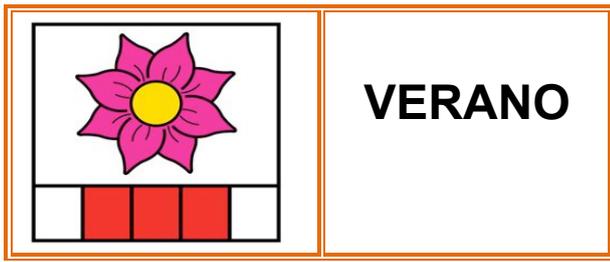
Extraído de ARASAAC (Padilla, A, 2011)

3. Conocimiento del medio:

Objetivos:

- Conocer las estaciones.
- Identificar el sol, la luna y la tierra.
- Ordenar la imagen y el nombre en el dominó.

En esta actividad los alumnos deben de trabajar los conceptos que pertenecen al tema mediante el juego. En él, se utilizará el dominó que debe ser ordenado de forma que se corresponda la imagen con la letra escrita.



Imágenes extraídas de ARASAAC (Palao, S, sin fecha)

4. Formas geométricas:

Objetivos de la actividad:

- Conocer las diferentes formas geométricas
- Trabajar el conteo.
- Identificar los colores.

En esta actividad los alumnos deben de diferenciar las formas y los colores que visualizan. En cada punto tendrán que contestar a una pregunta y para su resolución, se podrán ayudar por los colores o por las formas. Son actividades de elaboración propia.

¿CUÁNTOS CÍRCULOS HAY?



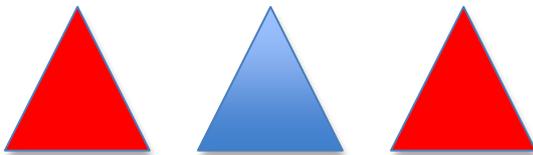
1 2 3 4 5

¿CUÁNTOS CUADRADOS HAY?



1 2 3 4 5

¿CUÁNTOS TRIÁNGULOS HAY?



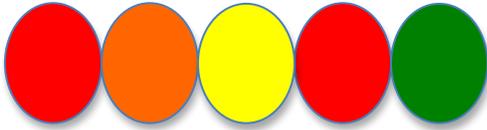
1 2 3 4 5

¿CUÁNTOS RECTÁNGULOS HAY?



1 2 3 4 5

¿CUÁNTOS CÍRCULOS ROJOS HAY?



1 2 3 4 5

¿CUÁNTOS TRIÁNGULOS AZULES HAY?



1 2 3 4 5

¿CUÁNTOS RECTÁNGULOS VERDES HAY?



1 2 3 4 5

De propia elaboración.

5. Verduras y hortalizas:

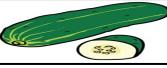
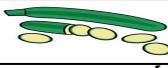
Objetivos:

- Conocer e identificar las diferentes verdura y hortalizas
- Escribir el nombre de las mismas.

En la primera ficha encontrarán una imagen de las verduras y hortalizas y debajo el nombre con la que se conocen las mismas. Los alumnos deben de leer los nombres y aprender a que hacen referencia. Después, procederán a la realización de la segunda ficha en la que se ve la imagen y tienen que completar las palabras.



APRENDE

| | | | |
|---|---|--|---|
|  |  |  |  |
| AJO | CEBOLLA | PATATA | TOMATE |
|  |  |  |  |
| PEPINO | PEPINILLOS | CALABACÍN | CALABAZA |
|  |  |  |  |
| BERENJENA | PIMIENTO ROJO | PIMIENTO VERDE | ZANAHORIA |

Imágenes extraídas de ARASAAC (Palao, S, sin fecha)



PIENSA Y ESCRIBE



za.....



a.....



ca.....



ce.....



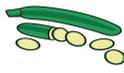
pa.....



pu.....



to.....



cal.....



ber.....



pi... ve....



pi..... ro.....



pe.....

Imágenes extraídas de ARASAAC (Palao, S, sin fecha)

6. Reglas ortográficas.

Objetivos a alcanzar:

- Saber escribir las palabras de forma correcta.
- Mejorar la grafo-motricidad.
- Diferenciar la g y la j.

Con esta actividad se va a trabajar la letra j y la g para que los alumnos aprendan cuándo se utiliza la g y cuándo la j. Para ello, leerán las instrucciones de la primera ficha de la actividad y una vez entendido, completarán las palabras que aparecen debajo de los dibujos correspondientes. Una vez terminado, deberán de clasificar en dos cuadros, dependiendo de si la palabra tiene g o j.

El sonido j ¿j o g?

Sonido fuerte

Se escribe con j delante de a, o, u: ja, jo, ju.

Delante de e y de i se puede escribir

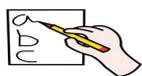
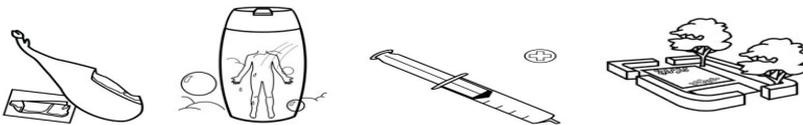
con g: colegio, genio

con j: jirafa, jersey

Extraído de ARASAAC (Fernández, L, 2013)

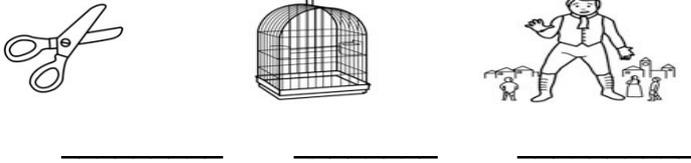


PIENSA. ¿Qué nombres tienen se escriben con j ?



ESCRIBE





Imágenes extraídas de ARASAAC. (Palao, S, sin fecha)

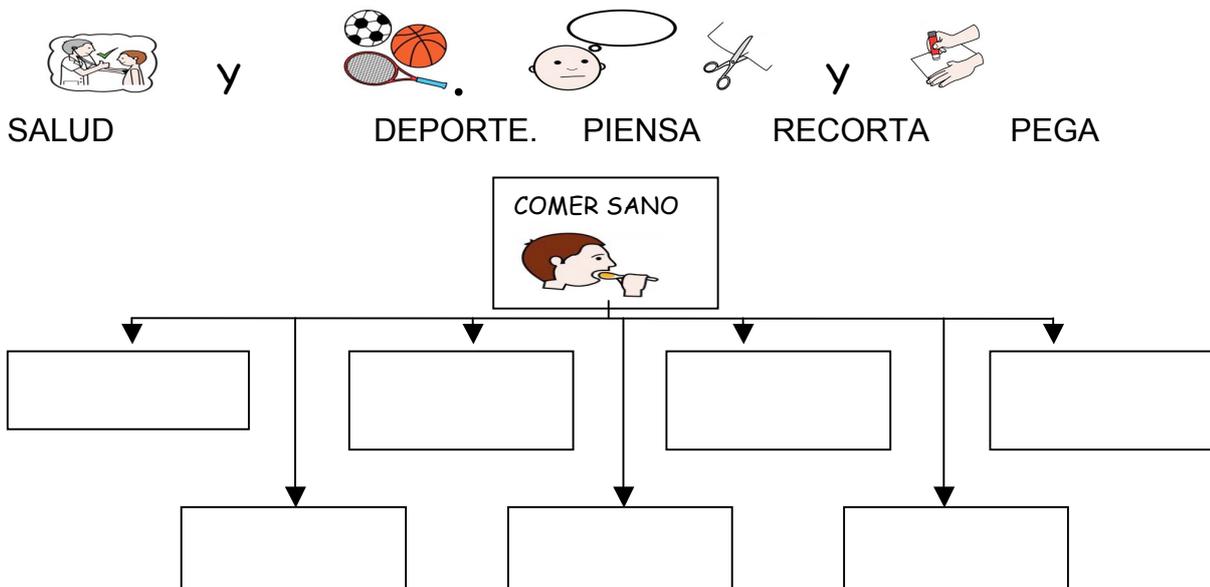
7. Quiero un cuerpo sano:

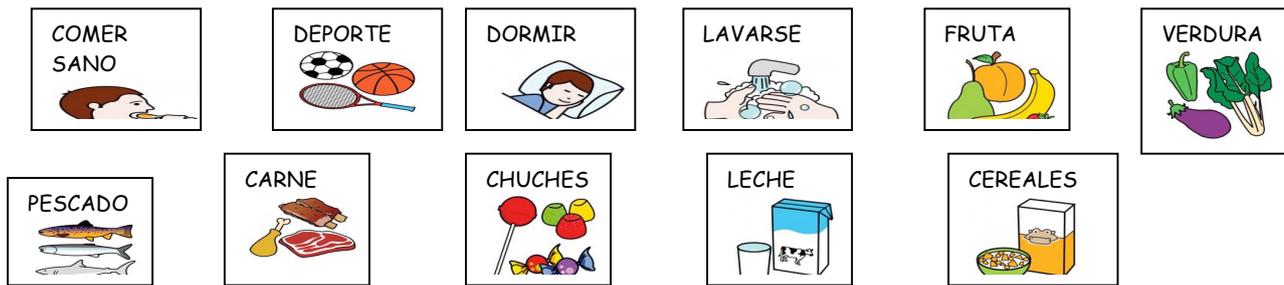
Objetivos a alcanzar:

- Conocer los hábitos saludables
- Trabajar la motricidad fina y la coordinación grafo-manual

Para la realización de esta actividad, contamos con unas fichas. En la primera ficha se explica con pictogramas lo que se debe hacer para tener buena salud.

En la siguiente ficha (anexo) se debe unir la imagen que ven con su correspondiente pictograma. El alumno debe tomarse el tiempo que necesite para comprender e interiorizar los mismos ya que en la realización de la ficha 3 (anexo) deberá recortar las imágenes y pegarlas en el mapa conceptual.





Imágenes extraídas de ARASAAC (Palao, S. Sin fecha)

ACTIVIDAD CENTRAL DEL DÍA:

Lectura: La casita de Tomaxita

Objetivos a alcanzar:

- Promover la integración a través del cuento
- Aumentar la capacidad de atención
- Crear situaciones de actos comunicativos.
- Mejorar la sociabilización compartiendo espacio físico y el momento.
- Mejorar la habilidad lectora.
- Conocer las partes de un cuento.

Primeramente comenzaremos con la lectura del cuento “La casita de Tomaxita” que es de creación propia. La lectura será en voz alta y el alumno con TEA cuenta con imágenes, letras y pictogramas para facilitar la comprensión. Una vez terminada, se deben de realizar dos actividades relacionadas para conocer el nivel de comprensión del mismo.

Como primera actividad se propone identificar a los personajes con su nombre. Después, ya en la segunda actividad, deben de ordenar las secuencias del cuento en el orden que ocurre el mismo. Para ello, recortarán las imágenes y las pegarán en la plantilla teniendo en cuenta su orden correspondiente.





De elaboración propia.

El cuento está escrito en euskera, pero se incluye la traducción al castellano, para facilitar su comprensión:

Estos son Tomaxita y su gato. Tomaxita tiene una casa pequeña, pero es muy dura. Joanikote Tripox, su amigo, la ha visitado y Tomaxita le ha preparado una habitación. Después la han visitado tres gatos, y Tomaxita les ha preparado otra habitación.

Tomaxita tiene muchos amigos y de todo tipo, y esta vez, la han visitado Maluixa y su oveja. No van a ser menos, y Tomaxita les ha preparado otra habitación.

Tomaxita y su gato miran la casa y ¡qué sorpresa! ¡No caben todos en casa!

Como les quiere a todos por igual, Tomaxita con la ayuda de sus amigos, ha construido otra casa. ¡Aquí sí que vivirán genial!

3.4.4 Evaluación de las actividades

La evaluación no solo es un registro de datos. Implica un estudio valorativo que permite emitir una conclusión sobre el problema identificado y las causas que originan el problema. El empleo de instrumentos facilitará la búsqueda de la información necesaria.

- Técnicas e instrumentos de evaluación:

Las principales técnicas para evaluar son la observación directa dentro y fuera del aula así como la observación indirecta que se han llevado de forma sistemática.

Los instrumentos que son útiles en la evaluación del proceso son:

- Observación durante el proceso de aprendizaje realizado de forma sistemática y precisando en cada momento lo que interesa ser evaluado.
- Diarios de clase ya que permiten recoger información de la actividad cotidiana y valorar los progresos.
- Recogida de los aspectos más llamativos que suceden durante la realización de las actividades.
- Resultados obtenidos tras la valoración de las resolución de actividades.

Se prestará especial atención a los acercamientos sociales, expresión de deseos y sentimientos y a las habilidades comunicativas del niño con TEA y para ello, haremos uso de los registros de comunicación en los que se marcarán los siguientes aspectos:

- Vocabulario que dispone el alumno
- Nivel de espontaneidad
- Modalidad que el alumno emplea para la comunicación (pictogramas, fotografías, objetos reales...)
- Funciones pragmáticas que emplea (intenciones comunicativas)
- Incidencia de los resultados del registro de comunicación en la conducta del alumno
- Informes previos del alumno con TEA para valorar si existen cambios o no
- Comunicación con la familia para el intercambio de información y poder afianzar conceptos en casa
- Evaluación del proceso de enseñanza:

No debemos olvidar la evaluación del proceso de enseñanza ya que con él, obtendremos información sobre la validez de la programación de las actividades, tiempos y espacios previstos, recursos materiales y personales, la agrupación de los alumnos y la propia actuación del profesor. En dicha evaluación, estarán implicados todos los profesionales que están en el centro y que atienden al alumno. Los cuestionarios facilitarán la información y las preguntas que se harán en ellas serán cerradas, es decir, de una sola respuesta a escoger entre “nunca”, “muy pocas veces”, “a veces”, “muchas veces” y “siempre”. El cuestionario 1 está

destinado a los alumnos y consta de 10 preguntas. El siguiente cuestionario el número 1, está dirigido a la tutora del aula.

Estos formularios son de elaboración propia y tienen como finalidad evaluar el grado de adecuación del sistema para la inclusión del alumno TEA que se ha propuesto.

| CUESTIONARIO 1 | | Casi Nunca | A veces | Casi Siempre |
|-----------------------|--|-----------------------|----------------|-------------------------|
| | | | | |
| 1º | ¿Has sido capaz de empatizar con los demás? | | | |
| 2º | ¿Has podido vivir emociones diferentes? | | | |
| 3º | ¿Opinas que la inclusión es necesaria? | | | |
| 4º | ¿Han aumentado tus conocimientos sobre TEA? | | | |
| 5º | ¿El ambiente ha sido de respeto y colaboración? | | | |
| 6º | ¿Has vivido algún conflicto durante la realización de actividades? | | | |
| 7º | ¿Has disfrutado en la realización de las actividades en rincones? | | | |
| 8º | ¿Con que frecuencia crees que te has implicado? | | | |
| 9º | ¿Has sido capaz de realizar las actividades sin ayuda? | | | |
| 10º | ¿Te ha gustado leer el cuento con pictogramas? | | | |

| CUESTIONARIO 2 | | Casi Nunca | A veces | Casi Siempre |
|-----------------------|---|-----------------------|----------------|-------------------------|
| | | | | |
| 1º | Ha mostrado respeto. | | | |
| 2º | La relación con los compañeros ha sido correcta. | | | |
| 3º | Ha escuchado las explicaciones atento. | | | |
| 4º | Ha colaborado con sus iguales. | | | |
| 5º | Ha mostrado respeto en las diferencias que caracterizan a los alumnos con TEA | | | |
| 6º | Ha mostrado interés en las actividades | | | |
| 7º | La organización del tiempo ha sido adecuada a sus necesidades. | | | |
| 8º | Ha facilitado la inclusión en el aula ordinaria. | | | |
| 9º | Ha desarrollado la empatía. | | | |

4 CONCLUSIONES.

Para finalizar con el trabajo de fin de grado, decir que se espera que la propuesta planteada y detallada pueda contribuir a la mejora de la inclusión de las personas con TEA en el aula ordinaria. Como propuesta de intervención se ha elaborado una adaptación del aula ordinaria de Primaria, acompañado de actividades que en un día de clase se pueden trabajar con los alumnos que presenten NEE y los que no. Podemos decir que la mayoría de los objetivos se han cumplido y vamos a proceder a su repaso detallado.

En primer lugar, el objetivo general que se ha planteado “crear un plan de adaptación del aula de Primaria para un niño con TEA” se ha logrado, ya que se ha podido recaudar la documentación necesaria para ello y así, se ha podido presentar un modelo de adaptación a nivel de aula.

Centrados ya en los objetivos específicos, el primero que se ha planteado “conocer los conceptos básicos del TEA” se ha logrado gracias al marco teórico. En la realización del mismo, se ha podido explicar de forma detallada, gracias a los distintos apartados que se han trabajado. Así, hemos podido conocer qué es el TEA y que cambios ha sufrido desde su primera definición hasta la actualidad. A la vez, hemos cumplido con el segundo objetivo “conocer los criterios diagnósticos para evaluar a personas con TEA” ya que se han podido conocer los diferentes manuales diagnósticos que existen hasta ahora, el reciente DSM-5 y qué cambios se han dado en los mismos.

El tercer objetivo “la importancia de la detección precoz y de los cuestionarios” se consiguió gracias a la información recopilada en la elaboración del capítulo I, es decir, el marco teórico.

El cuarto objetivo hace referencia a “cuáles son las NEE de los alumnos con TEA” y es su adquisición, se han podido conocer las necesidades y además, la importancia del Informe Warnock de 1978 en la integración escolar y social de las personas con discapacidad. Se ha conocido también la ley que introdujo por primera vez las NEE en España además de los cambios que ha sufrido hasta la actual LOMCE.

A continuación vamos a referirnos al quinto objetivo, “Recoger las dificultades que un alumno con TEA puede tener en el acceso al currículo de Primaria”. Este también se ha podido conseguir ya que hemos hecho un recorrido partiendo desde la actuación escolar en la detección de un alumno con TEA, la relación que mantiene el centro con la familia y los cambios que se deben de dar en el centro para acoger a una persona que presenta las características propias del TEA. También nos hemos dado cuenta de la importancia

que presenta el tutor del aula y el trabajo previo que debe hacer para incluir a un alumno así en su aula, adaptando el material con la ayuda de pictogramas y organizando la estructura del aula.

El sexto objetivo “Conocer y manejar diferentes técnicas y recurso didácticos para alumnos con TEA” se ha logrado. Para su obtención hemos hablado de la metodología TEACCH y los beneficios que aporta el mismo a la hora de trabajar con los niños con TEA.

El último objetivo “conocer la importancia de las rutinas en los alumnos con TEA a través de la estructuración del aula” también se ha podido conseguir. En el marco teórico, en el apartado que hace referencia a las características de los TEA, se ha hecho mención a la importancia de las rutinas en éstos niños. Por ello, en la propuesta presentada se han especificado las rutinas diarias y que pasos se deben dar si se ven afectadas dichas rutinas. Además, se hace mención a este objetivo en la metodología que se emplea, es decir, en el TEACCH.

Como conclusión final podemos decir que todos los objetivos se han cumplido.

5 LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

La principal limitación que hemos tenido ha sido la puesta en práctica. Los maestros opinan que ellos no deben de llevar a cabo tareas correspondientes a la de los Pedagogos Terapéuticos y por ello, no se ha tenido opción de realizarla. Tras la negación, nos pusimos en contacto con ANA, la Asociación Navarra de Autismo pero ellos tampoco han podido influir en la decisión. Debido a ello, no hemos podido ajustar todo lo necesario a la realidad, aunque se ha hecho todo lo posible, gracias a la experiencia adquirida en el prácticum.

Otra dificultad con la que nos hemos encontrado ha sido el cambio del manual diagnóstico DSM-IV-TR y DSM-5. Hasta el momento, en España sigue vigente el DSM-IV ya que la reciente publicación del DSM-5 en 2013, no ha dado tiempo para traducir en su totalidad al español. Nos hemos basado en una Guía que han anticipado y el resto, lo hemos tenido que buscar en su versión inglesa.

Añadimos también a las dificultades en la definición el hecho de que los expertos no se ponen de acuerdo para dar una definición conjunta y por ello, se ha tenido que optar por los más destacados investigadores.

Para finalizar, vamos a recordar que el principal objetivo era demostrar que gracias a la adaptación del aula en el centro escolar ordinario, los alumnos con TEA pueden ser educados con sus iguales, y así, poder hacer real la inclusión. Para líneas futuras de investigación, proponemos la puesta en práctica real de la propuesta, durante todo un curso escolar, para así poder introducir las modificaciones que deriva su acción y concretar los beneficios que ha tenido para la integración.

Tras realizar el presente TFG, hemos tomado la decisión de continuar con la formación docente personal y lo haremos gracias a la mención de Pedagogía Terapéutica (PT). Así, podré mejorar mis conocimientos sobre la educación con personas que presentan NEE y llegar a ofrecer una educación para todos y junto a todos.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, L.A. (1991) Informe Warnock. *Cuadernos de pedagogía*, 197, 62-64
- Ainscow, M (1996). *Necesidades Especiales en el Aula: Guía para la formación del profesorado*. Madrid: UNESCO/NARCEA.
- Alonso Peña, J. (2004). *Autismo y Síndrome de Asperger. Guía para familiares, amigos y profesionales*. En J. Alonso Peña. Salamanca: Amarú Ediciones.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Recuperado el día 23/06/14 de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- APA. DSM-5. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. (A. P. Publishing, Ed., y D. R. Restrepo, Trad.) San Francisco, EE.UU. Recuperado el día 23/03/14 de https://mega.co.nz/#!YpU1ICwL!VInX69EEKpKFXr4h5B1XuAHH8S_9UyxzxZSCTXs4UR4
- APA. DSM-IV-TR. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Recuperado el día 23/06/14 de www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf
- Asperger, H. (1944). Die autistischen Psychopathem im Kindesalter. *Arch Psychiatr Nervenkr*, 117, p.76-136.
- Bank Mikkelsen, N (1975). El principio de normalización. *Revista Siglo Cero*, 37, 16-21. Consultado el 23 de junio de 2014 de

<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/Portadas/24may2004.htm>

- Blanco, R. (1999). *Hacia una escuela para todos y con todos. Boletín del Proyecto Principal de Educación para América Latina y Caribe*. Santiago de Chile: OREALC/UNESCO.
- Blanco, R. (2006) *La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la escuela de hoy, Ed.Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficiencia y Cambio en Educación*. (REICE) Vol.4. No.3
- Confederación Autismo España. Recuperado el 23 de junio de 2014, de http://www.autismo.org.es/AE/autismo/queesautismo/Que_son_los_Tastornos_del_Espectro_Autista.htm
- Cuadrado, P., y Valiente, S. (2005). *Niños con autismo y TGD (Trastornos Generalizados de Desarrollo). ¿Cómo puedo ayudarles?*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Cuadrado, P., y Valiente, S. (2005). *Niños con autismo y TGD (Trastornos Generalizados de Desarrollo). ¿Cómo puedo ayudarles?*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Cuxart, F, (2000). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga. Aljibe.
- Fernández, L. (2013). Cuadernillo textos con dificultad ortográfica. Recuperado el 23/06/2014 de <http://dificultadeslectoras.blogspot.com.es>
- Frith, U y Hill, E (2004). *Autism, mind and brain*. Oxford: Oxford University Press.
- Garza, F.J. (2010). *Autismo. Manual avanzado para padres*. Colombia: PSICOM Editores.
- Grupo de estudio de trastornos del espectro autista. *Instituto de investigación de enfermedades raras. Instituto de salud Juan Carlos III (2004). Trastornos del Espectro Autista*. Recuperado el 2 de mayo de 2014 de http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_16ra.pdf
- Kanner, Leo. (1943). *Los trastornos autistas del contacto afectivo*, 3º edición. Editorial La mano, México 2011.
- LOE (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE 4 de mayo de 2006.
- LOGSE (1990). Ley Orgánica General del Sistema Educativo. Ley de 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE de 4 de octubre de 1990.

- LOMCE (2013). La Ley Orgánica para la Mejora de Calidad Educativa. Propuesta de reforma de la Ley Orgánica de Educación (2/2006, de 3 de mayo). Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/sistema-educativo/lomce.html>
- Mcinnes I., A. (2002). *Una revisión de la genética del autismo*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.*, 22 p 84.
- Mesibov, G., y Howley, M. (2010). *El acceso al currículo por alumnos con trastorno del espectro del autismo: uso del Programa TEACCH para favorecer la inclusión*. Avila, España: Autismo Ávila.
- Moreno, C. (2013). Ponencia sobre Autismo. IV Jornada Autismo y Sanidad, Madrid, 19/06/2013. Consultada a día 9/06/2014 <http://www.autismomadrid.es/federacion-autismo-madrid-blog/el-nuevo-dsm5/>
- Orden Foral. 93/2008, de 13 de junio, artículo 12 y 12.
- Padilla, A (2011). Programa de escritura. Consultado el 23/06/2014 de <http://www.catedu.es/arasaac/>
- Palao, S. (Sin fecha). Imágenes recuperadas de ARASAAC el día 23/06/2014 de <http://www.catedu.es/arasaac/>
- Palomo, R. (sin fecha). *Traducción de los Criterios Diagnósticos del TEA (DSM-5)*. Federación Autismo de Andalucía. Recuperado el día 23/04/2014 de http://www.autismoandalucia.org/images/stories/pdf/DSM5_traducidos.pdf.
- Parrado, M.E. (2009). Una visión diferente: Autismo. *Revista digital: Innovación y experiencias educativas*, N° 15, pág. 1-12
- Peña, J. R. A. (2004). *Autismo y síndrome de asperger: guía para familiares, amigos y profesionales*. Amarú.
- Rivière, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Editorial Trotta.
- Rivière, A. Y Martos, J. (1997). *Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: IMSERSO.
- Torró, S. y García, V. (2007). Autismo en el siglo XXI, recomendaciones educativas basadas en la evidencia. *Siglo Cero*, 38.
- Wing, L y Gould, J. (2011). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Madrid: Paidós.

7 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alonso Peña, J. (2004). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Guía para familiares, amigos y profesionales. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Autism-Europe, A. (2013). *Autism-Europe*. Recuperado el día 23/05/14 de www.autismoeurope.org
- Braunschweig D, A. P. (2008). *Autism: Maternally derived antibodies specific for fetal brain proteins. NeuroToxicology*, p 29.
- Burack et. Al. (2011). *Informe "El tiempo de los derechos"*. La educación inclusiva en España. Universidad Carlos III. Madrid: Instituto de derechos humanos Bartolomé de las Casas. Recuperado de www.tiempodelosderechos.es/docs/ene13/num_29.pdf
- Confederación Autismo España (Sin fecha). Recuperado el 27 de Mayo de 2014, de http://www.autismo.org.es/AE/autismo/queesautismo/Que_son_los_Tastornos_del_Espectro_Autista.htm
- CREENA. (2014) Modalidades de escolarización. Recuperado el día 26/06/2014 de http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fcreena.educacion.navarra.es%2Fdocs%2Fdocumento_modalidades_escolarizacion_2013_14.pdf&ei=pbyWU83XOMWb0wWs_oGoAw&usg=AFQjCNH316KuwZ8xR-hzzITx3errV7H0AA&bvm=bv.68445247,d.d2k
- Diagnóstico Temprano (Sin fecha), Instituto de Salud Carlos III. Consultado el 28/05/2014 de http://iier.isciii.es/autismo/prv/doc/aut_gbpdt.doc
- Dirección General de Renovación Pedagógica del Ministerio de Educación y Ciencia, 1990
- Gallego, M. M. (2012). Guía para la integración del alumnado con TEA en Educación Primaria. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad- INICO. Salamanca.
- Nicolás, F.T. (2004). *Intervención educativa en el alumnado con Trastorno del Espectro Autista*. Recuperado el día 06/06/2014 de <http://orientamur.murciadiversidad.org/gestion/documentos/un>
- Nuñez, Mª Teresa. (2008). *De segregación a inclusión educativa*. Bertamiráns: Laivento.
- Rodgla, E. y Miravalls, M. (s.f.). *Guía para la práctica educativa con Autismo y Trastornos Generalizados del Desarrollo: currículum y materiales didácticos*. Recuperado el 23/06/2014 de <http://www.adaptacionescurriculares.com/Autismo%206%20GUIA%20EDUCADORES.pdf>.
- Rubio, F. (2009). Principios de Normalización, integración e inclusión. *Revista digital Innovación y Experiencias Educativas*, 19. Recuperado de www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_19/Francisco_Rubio_Jurad_002.pdf
- Velasco, C. (s.f.). Estructuración espacio-temporal en un aula de autismo. Recuperado el 23/06/2014 de http://ardilladigital.com/tecnologia_educativa.htm#2

8 ANEXOS

ANEXO 1: Palomo, R. (2014). Recuperado el 23/06/2014 de:

<http://www.autismoandalucia.org/index.php/en/noticias/148-traduccion-de-los-criterios-de-diagnostico-tea-dsm-v>

Trastorno del espectro del autismo 299.00 (F84.0)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer

- los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo

neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 65–66). (**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

Tabla 2. Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

| Nivel de Gravedad | Comunicación Social | Comportamientos restringidos y repetitivos |
|---|---|--|
| Grado 3 “Necesita ayuda muy notable” | Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas. | La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción. |
| Grado 2 “Necesita ayuda notable” | Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica. | La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción. |
| Grado 1 “Necesita ayuda” | Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito. | La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía. |

Extraído de Palomo (2014).

Procedimientos de registro

Para el trastorno del espectro del autismo que está asociado a una afección médica o

genética conocida, a un factor ambiental o a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental, o del comportamiento, se registrará el trastorno del espectro del autismo asociado a (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno del espectro de autismo asociado al síndrome de Rett). La gravedad se registrará de acuerdo con el grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios psicopatológicos de la Tabla 2 (p. ej., “necesita apoyo muy notable para deficiencias en la comunicación social y apoyo notable para comportamientos restringidos y repetitivos”). A continuación, se debe especificar “con deterioro intelectual acompañante” o “sin deterioro intelectual acompañante”. Después se hará constar la especificación de la deterioro del lenguaje. Si existe un deterioro del lenguaje acompañante, se registrará el grado actual de funcionamiento verbal (p. ej., “con deterioro del lenguaje acompañante-habla no inteligible” o “con deterioro del lenguaje acompañante-habla con frases”). Si existe catatonía, se registrará por separado “catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo.”

Extraído de Palomo, Rubén: <http://www.autismoandalucia.org/index.php/en/noticias/148-traduccion-de-los-criterios-de-diagnostico-tea-dsm>

ANEXO 2

M-Chat (2014) Extraído de FESPAU el 12/04/2014: www.fespau.es/autismo-tea/M-CHAT.pdf

| | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...? | Si | No |
| 2. ¿Muestra su hijo interés por otros niños? | Si | No |
| 3. ¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, como p.ej. las escaleras? | Si | No |
| 4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite? | Si | No |
| 5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar las muñecas o imagina cosas? | Si | No |
| 6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo? | Si | No |
| 7. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando interés en algo? | Si | No |
| 8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente? | Si | No |
| 9. ¿Le acerca a su hijo alguna vez objetos para enseñárselos? | Si | No |
| 10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos? | Si | No |
| 11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. Tapándose los oídos) | Si | No |
| 12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa? | Si | No |
| 13. ¿Le imita su hijo? (ej. Poner una cara que su hijo imita) | Si | No |
| 14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre? | Si | No |
| 15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira? | Si | No |
| 16. ¿Anda su hijo? | Si | No |
| 17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando? | Si | No |
| 18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara? | Si | No |
| 19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad? | Si | No |
| 20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo? | Si | No |
| 21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente? | Si | No |
| 22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún | Si | No |

| | | |
|--|----|----|
| propósito? | | |
| 23. ¿Mira su hijo a su cara para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido? | Si | No |

Instrucciones de corrección del M-CHAT

Un niño puntúa negativamente en el cuestionario cuando no pasa 2 o más ítems críticos o cuando no pasa 3 ítems cualquiera. A continuación se listan las respuestas que puntúan negativamente para cada uno de los ítems del M-CHAT. Las respuestas en negrita y mayúscula son los ítems críticos.

No todos los niños que puntúan negativamente en el cuestionario cumplen los criterios diagnósticos del espectro autista. Sin embargo, los niños que lo hacen deben ser evaluados de una forma más profunda por un especialista.

| | | | | |
|--------------|--------------|---------------|--------|--------|
| 1. No | 6. No | 11. Sí | 16. No | 21. No |
| 2. NO | 7. NO | 12. No | 17. No | 22. Sí |
| 3. No | 8. No | 13. NO | 18. Sí | 23. No |
| 4. No | 9. NO | 14. NO | 19. No | |
| 5. No | 10. No | 15. NO | 20. Sí | |

Extraído de <http://www.fespau.es/autismo-tea.html#esc>

ANEXO 3: Descripción de los instrumentos recomendados en la detección de los trastornos del espectro autista Instituto de Salud Carlos III)

| Nombre/referencias | Descripción |
|--|---|
| CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) Baron-Cohen et al [16] | Instrumento de cribado diseñado para detectar rasgos de autismo desde los 18 meses que se administra a través de preguntas y de exploración del niño. Ofrece señales de alerta que indicarían la necesidad de una evaluación por expertos |
| M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) Robin et al [17] | Versión ampliada del CHAT que los padres de niños de 24 meses rellenan por escrito en la sala de espera. Tiene seis elementos clave y con la familia de cualquier niño que falle dos o más se contacta posteriormente por teléfono, a fin de determinar la indicación de una exploración especializada |
| PDDST (Pervasive Developmental Disorder Screening Test) Siegel [27] (instrumento no publicado en una revista que exige revisión por pares, peer review) | Se administra en tres etapas. La primera corresponde al ámbito de la atención pediátrica ambulatoria y sirve para detectar señales de alerta que orientarían al niño a la siguiente etapa donde se evalúan trastornos del desarrollo en general y podrían detectarse señales de autismo. La tercera etapa se aplica en un contexto clínico especializado en diagnósticos de autismo |
| ASIEP-2 (Autism Screening Instrument for Educational Planning, 2 ed.) Krug et al [28] | Puede aplicarse desde los 18 meses hasta la edad adulta, recoge datos sobre la conducta lingüística, la comunicación, interacción social y el nivel educativo. Proporciona información en cinco áreas sobre aspectos relevantes para la intervención educativa |
| ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire for Asperger and other high functioning autism conditions) Ehlers et al [24] | Aunque no permite una diferenciación clara entre autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger, es una de las pocas escalas que dispone de estudios de validez (aunque limitados). No está traducida al castellano |
| CAST (Childhood Asperger Syndrome Test) Scott et al [22] | Cuestionario de 37 ítems que se administra a las familias. Está basado en descripciones de comportamientos contemplados en el CIE-10 y en el DSM-IV como característicos del espectro autista. Algunos de sus ítems ya aparecen en otras dos herramientas diagnósticas: el PDD-Q [23] y el ASSQ [24] |
| ASDI (Asperger Syndrome Diagnostic Interview) Gilberg et al [23] | Aunque no permite una diferenciación clara entre autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger, es una de las pocas escalas que dispone de estudios de validez (aunque limitados) |