

**Universidad Internacional de La Rioja**  
**Facultad de Educación**

**Trabajo Fin de Máster**

# Propuesta de Intervención Psicopedagógica para un alumno con Trastorno del Espectro Autista

**Presentado por:** Ana Orenes Baño

**Tipo de TFM:** Intervención Psicopedagógica

**Director/a:** Gisela Cebrián Bernat

**Ciudad:** Murcia

**Fecha:** 05 de Febrero de 2016

## **RESUMEN**

Este Trabajo Fin de Máster (TFM) de Psicopedagogía, ofrece al lector la oportunidad de profundizar desde un enfoque teórico en el Trastorno del Espectro Autista (TEA), a través de información contrastada y actualizada que permite determinar los aspectos más relevantes, así como las características y las dificultades más significativas que poseen los alumnos con este trastorno. Se debe tener en cuenta que la detección de alumnos con TEA, es cada vez más frecuente, está presente según la Federación de Autismo de Andalucía (2005) en uno de cada ciento sesenta y seis sujetos, teniendo en cuenta todas las tipologías de TEA, y resulta por tanto necesario, la adecuada atención e intervención de estos sujetos desde la escuela, con el objetivo último de mejorar su calidad de vida y la de su familia. A partir del marco teórico desarrollado en este trabajo, se plantea una propuesta de intervención concreta para un alumno que presenta este trastorno. Dicha intervención está basada fundamentalmente en el modelo TEACCH (Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados), aunque también utiliza la aplicación de algunas otras prácticas basadas en la intervención. La decisión con respecto a la aplicación de dicho modelo de intervención se basa en un análisis de los diferentes modelos existentes de intervención para este trastorno, las distintas investigaciones y experiencias relacionadas, y las características propias del alumno en cuestión que determinará la utilización de este modelo. Este TFM se presenta como culminación al trabajo de todo un año de especialización y formación en Psicopedagogía, así como la experiencia de tipo más pragmático consolidada a través del período de prácticas.

**Palabras clave:** Trastorno del Espectro Autista, TEA, propuesta de intervención psicopedagógica, modelo TEACCH, educación infantil, escuela inclusiva, atención a la diversidad, necesidades educativas especiales.

## **ABSTRACT**

This Master's Thesis (MT) offers readers the opportunity of deepening from a theoretical approach in the autism spectrum disorder (ASD), through proven and updated information that determines the most relevant aspects, as well as the characteristics and the most significant difficulties that the students with this disorder have. It should consider that the detection of students with ASD is increasingly frequent, it is present according to the Autism Federation of Andalucía (2005) one in every hundred sixty six children taking into account all types of ASD, and it is therefore necessary a proper intervention of these children from school with the ultimate aim of improving their quality of life and that of his family. Based on the theoretical framework developed in this elaboration, it arises a specific proposal for intervention for a student who has this disorder. Such intervention is mainly based on the model TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children), but also uses the application of some other practices. The decision regarding the implementation of this intervention model is taken through an analysis of the different models of intervention for this disorder, the various investigations and related experiences, and the characteristics of the student in question will determine the use of this model. The MT is presented as the culmination of the work of a whole year of specialization in Psychology applied to Education, as well as more pragmatic experience consolidated through the practices period in a school.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder, ASD, proposal of pedagogy intervention, TEACCH model, early childhood education, inclusive school, attention to diversity, special educational needs.

## **ÍNDICE**

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1 Justificación y planteamiento del problema.....	2
1.2 Análisis del estado de la cuestión.....	4
1.2.1 La Educación Infantil y la escuela inclusiva.....	4
1.2.2 Atención a la diversidad y las necesidades educativas especiales.....	8
1.2.3 El Trastorno del Espectro Autista y sus aspectos básicos.....	12
1.2.4 Fundamentación teórica de la evaluación y de la intervención psicopedagógica en alumnos con Trastorno del Espectro Autista.....	19
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>28</b>
<b>3. Breve fundamentación de la metodología.....</b>	<b>29</b>
<b>4. Desarrollo de una propuesta de intervención psicopedagógica en un alumno con TEA.....</b>	<b>30</b>
4. 1 Descripción del caso.....	30
4. 2 Propuesta de intervención.....	35
<b>5. Análisis y resultados esperados de la intervención psicopedagógica.....</b>	<b>48</b>
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>49</b>
6.1 Líneas de investigación futuras.....	50
6.2 Limitaciones.....	51
<b>7. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>52</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>59</b>

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla I. Señales de alerta del TEA.....	15
---	----

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura I. Triada de Wing.....	13
Figura II. Algoritmo para la toma de decisiones para la detección de TEA.....	22
Figura III. Propuesta de intervención para AGN.....	38

## **1. INTRODUCCIÓN.**

La educación es un proceso permanente dirigido a la optimización de la persona en el ser, el conocer, el hacer y el convivir. Es una acción humana necesaria y constante sobre sí mismo, generada e impulsada a través de la permanente acción de otros agentes que conviven con él (García, Ruiz & García, 2009). En otras palabras, la educación se basa en cuatro pilares o competencias fundamentales: aprender a ser, con el fin de obtener lo mejor de nuestra personalidad y ser personas capaces de ejercer con autonomía, juicio y responsabilidad personal, aprender a conocer, combinando una base de cultura general extensa con una especialización en algunas materias, aprender a hacer, capacitando a la persona para afrontar las situaciones propias de la vida y para trabajar en equipo, y por último aprender a convivir, siendo capaces de comprender y respetar a los demás, así como de resolver conflictos de forma pacífica (Delors, 1996).

Ahora bien, en la tarea de educar se asume que el proceso de enseñanza aprendizaje debe ser individualizado y adaptado a las características del sujeto que recibe la educación, no obstante, dicho término se debe considerar desde su acción colectiva y social. Ahora bien, si cualquier sujeto con un desarrollo y unas condiciones ambientales y escolares normalizadas necesita de una enseñanza adaptada a sus necesidades, en consecuencia con sus características cognitivas, físicas, sociales y emocionales, si hablamos de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE), este proceso de adaptación, flexibilización e intervención específica de la enseñanza se intensifica, teniendo en cuenta las particulares y variadas características que presenta este alumnado, así como las mayores dificultades que pueden presentar debido a su discapacidad o trastorno (Guerrero, 2001).

Los alumnos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) son uno de los casos de alumnos con necesidades educativas especiales que se pueden encontrar en los centros escolares, bien sean de escolarización ordinaria, o por el contrario, centros de educación especial, dependiendo de factores como el tipo o el grado de afectación.

El presente trabajo supone para el lector un acercamiento al TEA, en un primer momento desde un enfoque global y teórico, hasta finalmente una ejemplificación concreta de intervención de un alumno con el citado trastorno, desde una perspectiva funcional y pragmática.

Previamente a la profundización en el tema, cabe señalar en líneas generales que el TEA es un cúmulo o agrupación de dificultades relacionadas fundamentalmente con el neurodesarrollo, cuya expresión más frecuente se da en el ámbito cognitivo y del comportamiento de la persona, y que produce importantes limitaciones en la autonomía personal del sujeto afectado. La existencia y

manifestación de afecciones cualitativas en torno a la interacción social, el aspecto comunicativo y la restricción y estereotipación de una serie de actividades, intereses y conductas, son las principales expresiones clínicas de este grupo de individuos, aunque en muchos casos, como se verá posteriormente se vincula a un retraso mental u otros trastornos del desarrollo psicomotor, sensorial, emocional o conductual (Cabanyes & García, 2004).

Se debe destacar que el reconocimiento y evaluación precoz de este tipo de niños, supone un punto de partida altamente beneficioso, por la iniciación temprana de la terapia e intervención en el ámbito de la medicina y la psicopedagogía, y por la posibilidad que ofrece de planificación y previsión del proceso, lo que deriva en una mejor consecución de los logros y resultados deseados (Cabanyes & García, 2004).

La profundización desde el marco teórico, comienza estableciendo las características propias de la Educación Infantil y de la escuela inclusiva, el tratamiento de la atención a la diversidad y de las necesidades educativas especiales en este período, por la pertenencia de dicho alumno a esta etapa; posteriormente y centrándonos en el TEA, realizaremos su conceptualización, sus orígenes, su sintomatología y señales de alerta, su prevalencia, su etiología, la asociación a otras enfermedades y su tipología, y se constituirá cuáles son los instrumentos y técnicas más adecuados para la evaluación psicopedagógica de los casos de TEA, así como los modelos más eficaces para su intervención y tratamiento desde una perspectiva teórica. Por último, desde un ámbito más práctico, se establecerán las características y necesidades específicas de un caso con TEA de un niño de tres años de edad, que va a ser escolarizado en un centro docente ordinario, y una vez evaluado y diagnosticado se procederá al establecimiento de una intervención lo más eficaz y adecuada posible a este alumno, planteándonos como objetivo prioritario el desarrollo de su autonomía personal y el progreso óptimo de sus diferentes habilidades y competencias. Por último, se establecerán los resultados esperados a partir de la intervención propuesta para el caso, así como una serie de conclusiones obtenidas.

## **1.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El crecimiento continuo en la detección de niños con TEA, debido a la evolución en el diagnóstico de estos casos, apunta el esfuerzo que debe realizar la sociedad en general, y de forma más concreta los profesionales de la docencia, la psicopedagogía, la medicina, la psiquiatría, y la neurología, entre otras disciplinas que puedan tener relación en la intervención de estos trastornos,

para mejorar la calidad de vida de los sujetos pertenecientes a este colectivo, favoreciendo y potenciando su autonomía personal, y estableciendo una educación inclusiva basada en la necesidad de formar sujetos y en consecuencia, ciudadanos competentes en la participación y la integración en la sociedad; siempre desde el marco de sus posibilidades y desde todos los ámbitos posibles, ya sea laboral, educativo, emocional, social y cultural (Echeita y Sandoval, 2002). Acerca de la escuela inclusiva, aunque será posteriormente cuando se profundizará en sus principales características, podemos destacar que se fundamenta en la integración en una única aula de todos los alumnos, tengan o no necesidades educativas especiales, siendo desde esta perspectiva las diferencias entendidas de forma positiva y enriquecedora para todo el alumnado (Grau, 1998).

La necesidad de atención a este tipo de alumnado y el requerimiento de nuevos avances y medidas que permitan la integración en la sociedad y el máximo desarrollo de todas las capacidades de estos niños y niñas, ha llevado al planteamiento de la realización de este trabajo, con la finalidad de aportar “un grano de arena” en este gran proyecto, que supone formas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento en casos de TEA a través de la puesta en marcha de una acción coordinada de carácter multidisciplinario. Como en muchos, por no decir todos los trastornos y enfermedades, en el estudio del TEA aún queda mucho por hacer, y más teniendo en cuenta que se trata de un trastorno identificado más o menos de forma reciente (Díez- Cuervo et al, 2005). Pese a que se ha avanzado mucho durante estos últimos años, es necesario investigar y profundizar en investigaciones innovadoras que permitan conclusiones relevantes y funcionales sobre diversos aspectos de este trastorno, que favorezcan procesos de intervención médicos, psicopedagógicos y educativos más adecuados y eficientes, orientados a obtener unos resultados óptimos en el desarrollo de todas las capacidades de estos sujetos (Díez- Cuervo et al, 2005).

Primeramente, se debe considerar que el TEA afecta de forma muy distinta a cada persona, y pueden localizarse desde casos muy leves, con algunos rasgos autísticos, hasta sujetos realmente afectados en todas o casi todas las áreas de desarrollo, de forma muy grave (López, Rivas & Taboada, 2009). No obstante, este trastorno afecta principalmente a tres ámbitos o áreas de desarrollo de la persona: habilidades para la comunicación, habilidades para las relaciones sociales, y a la flexibilidad e imaginación; así también se singulariza por la presencia de estereotipias (Rapin, 2002). Teniendo en cuenta que se trata de un trastorno vinculado a los procesos neurobiológicos, se mantiene la esperanza de que en un futuro se desarrollen intervenciones médicas que disminuyan de forma directa las dificultades presentadas por estos sujetos. No obstante, es necesario que ante su ausencia actual, busquemos alternativas y distintas formas de favorecer el bienestar máximo de

estos sujetos y de sus familias, y establecer los cambios necesarios que favorezcan su desarrollo y autonomía (Salvadó et al, 2012).

El caso concreto que se va a plantear en este trabajo, será el eje fundamental sobre el giren todos los demás apartados que se incluyen en él. La situación sugerida es un alumno de tres años de edad, que acaba de ser escolarizado en un Colegio Público de España, concretamente ubicado en la Región de Murcia, de enseñanza ordinaria. Este alumno ha sido evaluado previamente por un Equipo de Orientación Psicopedagógica externo al centro, especializado en la Atención Temprana, que ha determinado que se trata de un alumno con TEA. El objetivo de este trabajo será por tanto, establecer las principales necesidades del caso propuesto, y posteriormente el diseño de un programa de intervención adecuado a éstas, con la finalidad de que el alumno se desenvuelva en el medio de la forma más autónoma posible, desarrollando todas sus habilidades físicas, afectivas, sociales y cognitivas. Para la consecución de este objetivo es necesaria la adaptación del proceso de enseñanza aprendizaje a sus características particulares, permitiendo así que este niño tenga acceso al conocimiento en igualdad de oportunidades, y apostando por la calidad del progreso educativo.

Para lograr una buena intervención en este caso propuesto, será necesario considerar los aspectos teóricos que se irán manifestando y expresando durante los diferentes apartados de este trabajo, así como basarnos en las estrategias y modelos que se propondrán en la fundamentación teórica del mismo, teniendo en cuenta las características específicas de nuestro alumno concreto para la elección del modelo y estrategias más adecuados.

## **1.2 ANÁLISIS DEL ESTADO DE LA CUESTIÓN**

### **1.2.1) La Educación Infantil y la escuela inclusiva**

Según establece la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación (LOE) (Ministerio de Educación, 2006), en sus principios generales, la Educación Infantil es la primera etapa educativa que da respuesta a alumnos desde que nacen hasta los seis años. Es un período opcional y su finalidad principal es la contribución al desarrollo físico, emocional, social y cognitivo de los niños y niñas. Además también alude a la necesidad de los centros y del profesorado de cooperar con los padres o tutores, como responsables fundamentales de la educación de sus hijos.

En cuanto a su configuración, la LOE establece que la Educación Infantil está constituida por dos ciclos, el primero incluye desde los cero hasta los tres años, y el segundo, desde los tres hasta los seis años (Ministerio de Educación, 2006). Por su parte, el Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil señala entre los fines de esta etapa educativa, que en “ambos ciclos se atenderá progresivamente al desarrollo afectivo, al movimiento y los hábitos de control corporal, a las manifestaciones de la comunicación y del lenguaje, a las pautas elementales de convivencia y relación social, así como al descubrimiento de las características físicas y sociales del medio. Además se facilitará que niñas y niños elaboren una imagen de sí mismos positiva y equilibrada y adquieran autonomía personal” (Ministerio de Educación, 2006, p. 474). Asimismo, esta normativa establece que los contenidos de este período educativo se estructurarán en tres áreas, vinculadas a los siguientes ámbitos de experiencia y de desarrollo: área de conocimiento de sí mismo y autonomía personal, área de conocimiento del entorno y área de lenguajes: comunicación y representación; y que serán afrontadas a través de actividades globalizadas, que estimulen la motivación y los aprendizajes significativos.

Ahora bien, centrándonos en las orientaciones metodológicas, señalaremos el Decreto 254/2008, de 1 de agosto, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de educación infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, (Conserjería de Educación de la CARM, 2008) que al amparo de lo establecido en el Real Decreto 1630/2006, determina una serie de principios metodológicos que deben guiar la práctica docente en esta etapa, pese a que se debe distinguir que desde el enfoque psicopedagógico que se plantea en la propuesta curricular, no existe un método único o un método por excelencia. Los principios educativos que deben enmarcar la acción pedagógica en esta etapa, como señala el citado decreto, son entre otros los siguientes:

- Uno de los principios que guían la labor docente en este ciclo es que el alumnado realice **aprendizajes significativos**, para lo cual es necesario que sean de su interés y que constituyan vínculos o conexiones entre los conocimientos previos y los que se pretenden adquirir; consecuentemente se integrarán los conocimientos y serán capaces de emplearlos en otras situaciones. Según Coll y Gómez (1991), es fundamental la actitud activa de profesorado y alumnado para la construcción de aprendizajes significativos.
- Otro aspecto importante es **atender a la diversidad**, que supone ofrecer un proceso de enseñanza aprendizaje orientado a la atención de las diferentes necesidades, intereses y estilo cognitivo de cada niño o niña. Es necesario que la intervención educativa sea diversificada, flexible y positiva, y que atienda a todo el conjunto de elementos del proceso educativo.

- También se debe tener en cuenta el principio de **globalización** referido a la necesidad de aprendizaje de los niños de una manera integrada y diversa. Pese a la fragmentación curricular de la enseñanza en esta etapa en diversos ámbitos de experiencia, orientados a facilitar la organización y planificación del proceso educativo, no supone que en la práctica educativa se deba realizar un tratamiento aislado de cada una de las áreas.
- El **juego** es otro aspecto fundamental que aparece en los niños de forma natural y afecta a todos los ámbitos de su desarrollo personal. Sin embargo, en la escuela el juego se presenta con un propósito educativo que está ausente en otros ambientes, y en consecuencia debe diseñarse y planificarse de forma significativa e intencional. Además se debe considerar un recurso o fuente de observación y evaluación muy enriquecedora por sus valiosas aportaciones.
- Otra condición para el progreso de los niños de esta etapa, es la presencia en el proceso de enseñanza aprendizaje de **actividades que requieran de forma activa observar, explorar, y experimentar**, con su consecuente reflexión. Así como también se considera relevante la generación de un ambiente apropiado, lúdico, cómodo y estimulante para el alumno, ya que el medio condiciona y modifica la enseñanza y la calidad del proceso educativo.
- En cuanto a la metodología orientada al **aprendizaje de una lengua extranjera** se debe considerar preferentemente el fomento de una disposición positiva hacia dicha lengua y cultura, así como el inicio en las habilidades de percepción oral.
- Otro aspecto que adquiere una consideración relevante es la **organización de los espacios y del tiempo**, ya que facilitará el logro de las intenciones educativas (Rodríguez Diéguez, 2004). La distribución de espacios debe realizarse con un propósito o pretensión educativa, de forma permanente y diversificada, permitiendo la adecuada atención de las correspondientes necesidades del alumnado. Por su parte, la distribución temporal debe ser flexible, y compaginar actividades con momentos de descanso, o actividades controladas con las espontáneas.
- También adquieren importancia los **materiales**, como recursos que subordinan la actividad infantil y en consecuencia, modifican cualitativamente el proceso educativo. La elección de los materiales debe fomentar el desarrollo emocional y social.
- Además se debe tener en cuenta la importancia de **la interacción entre iguales** muy presente en la escuela, y que fomenta el desarrollo personal del niño. Se trata de un procedimiento metodológico muy enriquecedor para el alumnado, por ello adquieren especial significación los agrupamientos intencionados y variados.

- Por último, siguiendo a Bustos (2007) debemos señalar la repercusión de **la familia** como el grupo más influyente en el desarrollo del niño, y por tanto, se propone la concordancia entre los criterios educativos planteados desde el centro educativo y desde la familia, como requisito para la eficacia del proceso de enseñanza aprendizaje. El centro educativo se considera un complemento, una ayuda y una ampliación del proceso educativo que las familias llevan a cabo, y por tanto, es necesario su coordinación y comunicación frecuente.

Una vez establecidos los principios metodológicos más importantes de esta etapa, nos adentraremos en la consideración de la **educación inclusiva** como un aspecto imprescindible de la educación en la sociedad actual, que se opone a la anterior educación segregada en la que el alumno con N.E.E no se integraba en el aula ordinaria. Para ello, comenzaremos manifestando que se entiende por escuela inclusiva aquella que brinda a todo el alumnado la atención educativa y las medidas necesarias, ya sean curriculares, humanas, o materiales para el adecuado desarrollo armónico de las diferentes capacidades; se trata de reconocer, aceptar y valorar las diferencias y posibilidades de todos los alumnos, como un recurso enriquecedor para todos ellos (Giné, 2001).

Basándonos en el ámbito pragmático de la educación inclusiva, por su significación en el posterior proceso de intervención que se propondrá para el caso concreto de un alumno con TEA, la UNESCO (1995) señala algunas de las condiciones que fomentan el progreso de las buenas prácticas escolares y responden a las necesidades del alumnado y que son: el trabajo cooperativo de los profesionales del centro docente, interviniendo, planificando y ayudándose mutuamente; el establecimiento de algunas estrategias en el proceso educativo como son las prácticas planificadas para la totalidad del alumnado, la consideración del aprendizaje social, y el aprovechamiento de los recursos personales y materiales presentes; también es importante la atención a la diversidad desde el currículo, fomentando la formación permanente de los profesores en este ámbito, y el establecimiento de forma conjunta de objetivos y criterios de evaluación apropiados; otro aspecto fundamental es la organización interna favoreciendo la coordinación y la evaluación de la práctica docente; así como la colaboración entre familias y centro educativo, potenciando la comunicación y la participación en la vida escolar; y por último establece también la importancia de transformar los centros de educación especial en centros de recursos para la educación inclusiva.

Por último, cabría destacar que el concepto de inclusión no se debería limitar a la escuela, sino que se trata de **una perspectiva transversal que debería manifestarse en todos los entornos**

**de la vida**, ya sea social, comunitario, laboral, familiar... El panorama inclusivo se debe concebir como una nueva forma de comprender la vida social actual, que supone una nueva ética basada en la igualdad de oportunidades, así como una mayor riqueza cultural, social y educativa. La comunidad escolar, así como las instituciones relacionadas, deben considerar el avance que este cambio supondría para la sociedad en general, ya que la transformación y el establecimiento de bases es posible únicamente con el comienzo desde la escuela (Echeita y Sandoval, 2002).

### **1.2.2) La atención a la diversidad, y los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.**

Ahora bien, una vez establecidas las características, fines y principios metodológicos propios de esta etapa, y de la educación inclusiva, puesto que este trabajo se centra en el caso específico es de un alumno con TEA, resulta conveniente la profundización con respecto a la **respuesta educativa a la diversidad del alumnado**, así como, a los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE).

En consecuencia podemos comenzar señalando, conforme a lo establecido en el Real Decreto 1630/2006 (Ministerio de Educación, 2006) que la intervención educativa debe adaptarse a la diversidad de los alumnos, adecuando el proceso de enseñanza aprendizaje a las características, necesidades, motivaciones y estilo de aprendizaje de cada niño. Para ello, los centros educativos acogerán las medidas pertinentes con respecto a los alumnos que presentan necesidad específica de apoyo educativo (ACNEAE) y se encargarán de establecer el proceso educativo que mejor se adecue a los ACNEE. Por su parte, las administraciones educativas constituirán los procedimientos adecuados que determinen los aspectos que puedan incidir en la evolución educativa de los alumnos, y coordinarán a los sectores influyentes en la atención de estos niños.

Centrándonos en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), donde está ubicado el centro educativo al que pertenece este alumno, es el Decreto 359/2009, de 30 de octubre, (Conserjería de Educación de la CARM, 2009) el que establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en esta comunidad.

El citado Decreto establece que la atención a la diversidad de los alumnos procurará el logro de los objetivos propuestos de forma ordinaria para las diferentes etapas escolares y se guiará por

los fundamentos de calidad, igualdad, normalización, inclusión, compensación educativa, cooperación entre los agentes escolares y de acceso universal. La atención educativa ante la diversidad de los alumnos, se efectuará mediante los recursos personales, docentes y no docentes, y herramientas técnicas puestas al servicio por la Conserjería de Educación. Como establece dicho Decreto, los centros docentes son los agentes responsabilizados de la atención a la diversidad, y les compete “adoptar las medidas generales de atención a la diversidad facilitando el acceso y permanencia en el sistema educativo de su alumnado, las medidas de apoyo ordinario proporcionando una atención individualizada a la diversidad de su alumnado y las medidas de apoyo específico ofreciendo al alumnado que presenta necesidad específica de apoyo educativo una respuesta educativa adecuada con objeto de que alcance el máximo desarrollo de sus capacidades personales y las competencias básicas y objetivos de etapa” (Conserjería de Educación de la CARM, 2009). Asimismo, serán los centros educativos los que elaboren el Plan de Atención a la Diversidad, recogido en la Programación General Anual del centro, y que acoge todas las medidas de atención a la diversidad, las actuaciones generales, las medidas ordinarias, y las específicas, así como los principios para su implantación, su seguimiento y evaluación y los programas concretos que pudieran constituirse para la mejora de la atención de los ACNEAE.

Concretando las medidas de atención a la diversidad determinadas por el Decreto 359/2009 de 30 de octubre, se debe establecer una división en tres tipos de medidas:

- **Actuaciones generales para la atención a la diversidad del alumnado:** son estrategias que el sistema educativo propone con el fin de brindar una educación de calidad a todos los alumnos, que aseguran un proceso de escolarización igualitario en términos de oportunidades y que ejercen como compensación de las diferentes desigualdades que se dan en la escuela o ámbito educativo. Prueba de ello son la distribución proporcionada de los ACNEAE, los programas y medidas que fomentan la prevención del absentismo y el abandono escolar prematuro, los programas para la adecuación de los requisitos materiales y tecnológicos de las escuelas, las ayudas o prestaciones de procedencia pública para servicios de traslado, comedor y domicilio, entre otras.
- **Medidas de apoyo ordinario:** son estrategias relacionadas con la organización y la metodología que permiten adecuar los componentes curriculares de la CARM a las características socioculturales de los centros docentes y de sus alumnos, con el fin de ofrecer una respuesta individualizada en el proceso educativo, sin la modificación de los objetivos de etapa. En efecto

encontramos, el apoyo individual en el aula ordinaria, las agrupaciones flexibles y la fragmentación grupal que favorezca el apoyo colectivo a cierto alumnado, la variada oferta de asignaturas optativas que atienden a los diferentes intereses y necesidades de aprendizaje de los alumnos, entre muchas otras.

- **Medidas de apoyo específico:** son programas orientados a la organización y al currículo, que se establecen de forma personal y específica con el fin de que los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo que no obtengan una atención educativa suficiente y adecuada mediante las medidas de apoyo ordinario, logre obtener el desarrollo óptimo de las competencias fundamentales y los objetivos de etapa. Entre estas medidas encontramos, las adaptaciones curriculares significativas, la adaptación de la metodología y el establecimiento de grupos de enriquecimiento de determinados contenidos propuestos para los alumnos con altas capacidades intelectuales, o los programas específicos para alumnos con actitud negativa hacia el ambiente educativo y con importantes dificultades de adaptación al entorno, entre otras posibles medidas.

Centrándonos ahora en el **Alumnado con Necesidades Educativas Especiales**, primeramente, se procede a establecer que son aquellos que manifiestan dificultades para el acceso a los aprendizajes curriculares propios de su edad, y por ello requieren en ciertos períodos de su escolarización o durante toda ella, de apoyos y atenciones educativas específicas como consecuencia de su discapacidad o trastorno (Guerrero, 2001). Se considera ACNEE el alumnado discapacitado, ya sea psíquico, sensorial o motórico, los alumnos con TEA en todos sus niveles de gravedad, y los alumnos con graves problemas de conducta. En este ámbito se debe señalar que corresponde al profesorado con el pertinente asesoramiento de los profesionales de la orientación escolar, la realización de las adaptaciones de acceso al currículo, ya sean de espacios materiales o comunicación, y las adaptaciones propiamente curriculares, bien sean no significativas, que son las que no se apartan significativamente de los contenidos, como las significativas, que requieren la supresión de objetivos, contenidos y criterios de evaluación del currículo y la incorporación de otros más adecuados a las características de los alumnos. Se debe considerar que estas últimas adaptaciones se efectuarán buscando el óptimo desarrollo factible de las capacidades básicas correspondientes a cada una de las etapas escolares (Conserjería de Educación de la CARM, 2009).

También se debe tener en cuenta, la decisión con respecto al tipo de centro y de escolarización del alumnado. El Decreto 359/2009 de 30 de octubre establece que cuando el alumno que presente necesidades educativas especiales requiera de un apoyo amplio y genérico, una

adaptación curricular significativa y una ayuda continua y personalizada será escolarizado en aulas abiertas especializadas dentro de un centro docente de carácter normalizado. Cuando los ACNEE posean necesidades importantes y además vitalicias, y las adaptaciones curriculares significativas sean necesarias en todas las áreas, será acogido en centros de educación especial o escolarización combinada entre la educación ordinaria y la especial.

El citado Decreto señala además, que la Conserjería de Educación es la responsable de garantizar las actuaciones orientadas a la identificación temprana de las necesidades de estos alumnos, así como del desarrollo de programas concretos que fomenten su escolarización en centros ordinarios, respondiendo adecuadamente a su discapacidad o trastorno y desde la perspectiva de la inclusión educativa y no discriminación, así como del diseño de programas para los alumnos atendidos en centros de educación especial, respondiendo de manera adecuada, eficaz e inclusiva a sus discapacidades o trastornos.

Así pues, una vez establecido el marco legislativo referente a la diversidad del alumnado, se considera relevante concluir este apartado con el establecimiento de algunos factores o aspectos que influyen en la atención a la diversidad del alumnado en los centros educativos. Es fundamental por su poderosa influencia en el proceso educativo la actitud y buena disposición de la comunidad escolar ante dicha diversidad, dado que las expectativas del profesorado ante los ACNEE condicionan el autoconcepto, la motivación y el aprendizaje de los alumnos. Por ello, es necesario que el docente busque, reflexione, y sea capaz de consensuar con otros profesionales educativos y sociales, diferentes alternativas de intervención ante las necesidades educativas especiales. Otros aspectos importantes para la adecuada atención de este alumnado son la formación eficaz del profesorado en los problemas y trastornos que posea el alumnado y en las condiciones y legislación actual sobre el tema, el análisis y la reflexión ante los diferentes elementos educativos, el conocimiento de los recursos de apoyo que ofrece el propio centro, la selección y/o combinación de diversas alternativas didácticas y metodológicas más adecuadas a cada alumno, la coordinación y el trabajo interdisciplinar de profesionales y familia, la creatividad y espontaneidad del profesorado en la elaboración de soluciones educativas, el fomento en el alumnado de actitudes de respeto hacia la diversidad a través de la reflexión, y la gestión adecuada en la resolución de conflictos, a través del diálogo y la comunicación (Sales, Moliner & Odet, 2001).

### 1.2.3) El Trastorno del Espectro Autista y sus aspectos básicos

Primeramente, es necesario el acercamiento al concepto de Trastorno del Espectro Autista (TEA) pero antes, es interesante apuntar que dicha noción ha sufrido una gran transformación en las últimas décadas, como consecuencia de las investigaciones, estudios y avances producidos. Desde el DSM IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) se estimaba el trastorno autista como una forma o tipo de Trastorno Generalizado del Desarrollo, considerando este último como un conjunto clínico de evolución, gravedad y etiología irregular con dificultades en el área social, intelectual y comunicativa (Agüero, 2000); mientras que con el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) el término TEA se perfecciona y se orienta hacia el continuo que existe, es decir, la variedad o amplitud de grados de manifestación, posteriormente establecidos en los últimos puntos de este mismo apartado. Considerando dicho factor, en la actualidad se considera que el TEA puede definirse como el “trastorno neuropsicológico de curso continuo asociado, frecuentemente, a retraso mental, con un inicio anterior a los tres años de edad, que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con distintos niveles de gravedad” (López, Rivas & Taboada, 2009, p. 557).

Remontándonos a los **orígenes del Trastorno del Espectro Autista**, la incorporación del término autismo al significado actual se debe a Kanner (1943) tras la aparición del que se puede distinguir como el artículo que fundó la concepción del autismo actual “*Trastornos autistas del contacto afectivo*”, en el que se exponen once casos de niños que pese a diferencias individuales en el grado, en la presencia de rasgos específicos, en el entorno, y en su evolución a lo largo de los años, muestran una serie de características comunes esenciales. Estas características conforman un único “síndrome o trastorno”, que no había sido referido hasta el momento, aunque es obvio que el trastorno existía desde siempre, pero en ausencia de identificación, es lo que hoy conocemos como el Trastorno del Espectro Autista. La alteración principal, es su incapacidad para relacionarse de forma normalizada con las personas y situaciones, desde el comienzo de su desarrollo.

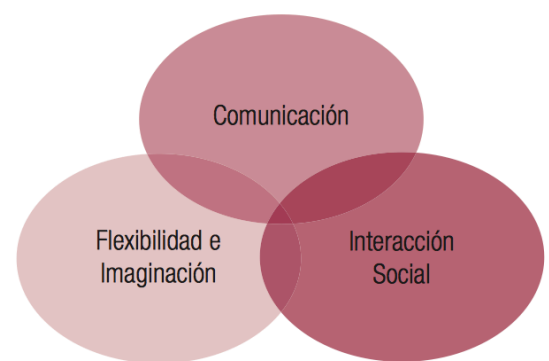
Hans Asperger (1944), otro de los padres del autismo, publicó un año después que Kanner su artículo de “Psicopedagogía Autista en la Infancia”, sin embargo desconocía el trabajo y publicación de Kanner. El artículo de Asperger recogía la historia de cuatro niños, y utilizaba el término de psicopatía autista. Los pacientes identificados por Asperger mostraban un patrón de conducta caracterizado por ausencia de empatía, poca habilidad para las relaciones sociales,

lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés excesivo por ciertos temas, torpeza motora y mala coordinación.

Sin embargo, el concepto de Trastorno del Espectro Autista, se ha incorporado hace relativamente poco tiempo, y fue aportado por Wing y Gould (1979). Estas autoras establecen el TEA con el objetivo de resaltar la noción dimensional de un “continuo”, y no una categoría diagnóstica; se trata de un conjunto sintomático que es asociado a distintos trastornos y niveles intelectuales, y que en un 75% es acompañado de retraso mental. La utilización de este término facilita la comprensión de la realidad social de este trastorno, y favorece la implantación de apoyos para los sujetos afectados y sus familias.

Asimismo, Lorna Wing (1988) es la que establece la Triada de Wing (figura 1), que son las dimensiones afectadas o alteradas en un continuo autista, y son en un principio tres:

- Trastorno de la reciprocidad social o habilidades sociales.
- Trastorno de los procesos comunicativos, tanto verbales como no verbales.
- Ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa.



*Figura 1: Triada de Wing.  
Fuente: Hernández, Artigas et al.  
(2005, p.21).*

Posteriormente, Wing (1991) añadió los patrones repetitivos de actividad e intereses.

Una vez establecidos los inicios del Trastorno del Espectro Autista, se considera conveniente determinar su **sintomatología**, para lo cual, se debe considerar en primera instancia que no se trata de un trastorno con dimensiones y síntomas rígidos e inflexibles, sino que debe ser concebido como un continuo de configuraciones que se vinculan con una extensa heterogeneidad de particularidades, síntomas, circunstancias etiológicas e incluso, respuestas frente al proceso de tratamiento (Rapin, 2002).

Se debe señalar que los síntomas de TEA comienzan a manifestarse antes de los tres años, y con asiduidad, se presenta un desarrollo inapropiado con antelación a esta edad. No obstante, la exteriorización o manifestación de la afectación en las tres dimensiones fundamentales, debe estar presente a la edad de cuatro o cinco años.

De cualquier modo, estructurando los aspectos sintomáticos en torno a las tres áreas o dimensiones fundamentalmente afectadas por el TEA, se considera elemental establecer o señalar la siguiente sintomatología de los sujetos afectados por este trastorno (López, Rivas & Taboada, 2009):

- ***Las deficiencias de la interacción o de las habilidades sociales*** son notorias y prolongadas en el tiempo. Están notablemente afectadas las conductas no verbales, responsables de la interacción social. En ocasiones, se manifiestan incapacidades o incompetencias para la relación adecuada a su nivel de desarrollo, adoptando diferentes perfiles en función de su edad. En el caso de niños de corta edad puede observarse el poco o nulo interés en establecer lazos sociales, mientras que en los casos de sujetos más mayores, sí pueden estar interesados en crear vínculos amistosos, pero sin embargo, carecen del entendimiento de las normas convencionales, propias de cualquier interacción social. También es común, la ausencia de la espontaneidad, empatía social o emocional e interés compartido con otras personas, así como, también manifiestan frecuentemente la capacidad de prescindencia del resto de personas.

-***La alteración de las habilidades comunicativas*** también es relevante y permanente, y concierne tanto a las habilidades verbales como a las no verbales. Se puede presentar un notable retraso en el desarrollo del lenguaje oral, e incluso, en algunos casos su ausencia total. Los sujetos con TEA que sí desarrollan el lenguaje oral, manifiestan dificultades para la iniciación o mantenimiento de una conversación, para el establecimiento de estructuras gramaticales adecuadas, para la comprensión del lenguaje, para la captación de la ironía o la integración simultánea de palabras y gestos, así como es común que presenten anomalías en el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación del lenguaje oral. Es frecuente la utilización del lenguaje estereotipado, repetitivo, e idiosincrásico. Asimismo, se observa la ausencia del juego usual espontáneo o del juego imitativo o simbólico.

-Las personas con TEA, ***desarrollan patrones de comportamiento, intereses y actividades, restringidos, repetitivos y estereotipados*** (Richler, Bishop, Kleinke & Lord, 2007). A menudo demuestran un interés desproporcionado, desde edades muy tempranas, por rutinas o rituales no funcionales, como manierismos motores, preocupación persistente por partes de objetos o reproducción repetitiva de ciertos comportamientos. Suelen realizar movimientos corporales estereotipados con las manos, como es el caso del aleteo, o con todo el cuerpo, a través del balanceo o la inclinación, incluyendo en algunos casos

anomalías en la postura corporal. Estos sujetos insisten en la uniformidad de las cosas y se resisten a una mínima alteración.

*Tabla 1: señales de alerta de TEA.  
Fuente: elaborado en base a Filipek (1999, p. 240)*

<b>Señales de alerta de TEA</b>
<b>Ausencia de balbuceo a los 12 meses.</b>
<b>No empleo de gestos para señalar con 12 meses.</b>
<b>Ausencia de palabras simples con 16 meses.</b>
<b>Ausencia de frases espontáneas con 24 meses.</b>
<b>Cualquier retroceso significativo en lenguaje o habilidades sociales a cualquier edad.</b>

Tras la realización de un estudio, Filipek (1999) apuntaba como señales de alerta por la posible presencia de un niño con TEA las que aparecen en la *tabla 1*. Ante la manifestación de cualquiera de estos síntomas se considera necesaria la visita a un especialista para la correspondiente determinación de la presencia o no de una alteración del desarrollo.

Por su parte Rivière (2000) exponía los indicadores característicos del autismo desde el año y medio hasta los 3 años de edad del sujeto, tales como la falta de respuesta ante estímulos, la ausencia de contacto visual, la resistencia y alteración ante los cambios o la ausencia de juego con otros niños, entre muchos otros (Véase Anexo I).

Otro aspecto, que desde el marco teórico se considera fundamental para el correcto acercamiento a dicho concepto de TEA es su **etiología**. El primer y fundamental aspecto que es susceptible de ser señalado, es la ausencia de una causa o etiología establecida y demostrada empíricamente. De hecho, en la actualidad, es uno de los retos más importantes en la investigación del Trastorno del Espectro Autista. Se proponen múltiples teorías como posibles causas del TEA, relacionados con alteraciones genéticas, déficits metabólicos, anatómicos, cognitivos, contextuales, entre otros, pero hoy por hoy, aún nos encontramos ante un trastorno de etiología desconocida (Bristol & Spinella, 1999).

De cualquier modo, se va a proceder al acercamiento a diferentes teorías, hipótesis o corrientes actuales para la explicación de las posibles causas de este síndrome, siguiendo a López, Rivas & Taboada (2009):

El primer grupo de hipótesis establecido incluye **teorías relacionadas con factores genéticos**, que cada vez son más consolidadas, por la muestra de un amplio soporte empírico. Bajo

esta perspectiva se apunta como causa del autismo, la herencia de varios genes, aún sin delimitar, que actúan de manera independiente y desconocida.

Otro grupo de hipótesis se basa en el estudio de las ***alteraciones neuroquímicas y metabólicas*** vinculadas al trastorno autista. Ahora bien, dentro de este conjunto de hipótesis, se da la existencia de diversos estudios o corrientes que se centran en demostrar por un lado, el exceso de péptidos, o bien el aumento de niveles de serotonina en sangre o los altos niveles de testosterona fetal, como ejes fundamentales que causan el autismo.

Bajo otra perspectiva, se posicionan las hipótesis de la ***teoría de la mente o de corte neuropsicológico*** que sitúan la causa del trastorno conductual del autismo en el déficit de la modularidad cognitiva, es decir, que debido a causas perinatales, se produciría una disfunción biológica del SNC y una organización cortical diferente, lo cual desencadenaría en un déficit en los mecanismos del aprendizaje. Dentro de estas teorías, cabe señalar la “*teoría del déficit de las funciones ejecutivas*”, que trata de demostrar que los trastornos conductuales que manifiestan las personas autistas se deben a alteraciones en el lóbulo frontal, que le impedirían la adecuada resolución de problemas. Desde otro enfoque, se señala que los déficits en el TEA estén causados por diversas asimetrías cerebrales. Por otro lado, se da la “*teoría de la disfunción del sistema de neuronas en espejo*” que explicaría la incapacidad de las personas autistas para acceder a la representación de los estados mentales, de las emociones, de las intenciones y de las motivaciones del resto de sujetos.

Otra hipótesis o enfoque, ha revelado que existen una serie de ***problemas asociados al embarazo y al parto*** que podrían relacionarse con el trastorno del autismo. Hay numerosos estudios que han apuntado una prevalencia superior de casos autistas en las madres que han sufrido complicaciones prenatales y perinatales, comparativamente con los grupos de control. Desde este enfoque se han señalado una serie de factores obstétricos asociados al autismo, como el uso de sustancias teratógenas, la edad materna avanzada, las infecciones virales, la aspiración fetal de meconio, entre otras. Aunque es necesario destacar, que únicamente en factores de riesgo muy evidentes, se han encontrado datos coincidentes en diversas investigaciones.

Por último, se han expuesto ***otras teorías***, cuyas hipótesis etiológicas apenas han sido afrontadas de forma experimental, pero que sí constituyen posibles líneas de investigaciones futuras. Desde este planteamiento, se señalan como causas del trastorno autista, las radiaciones ambientales, las carencias nutricionales y vitamínicas, los déficits en el crecimiento cerebral, la contaminación ambiental, las deficiencias inmunitarias y toxinas patógenas que dañan el cerebro, la exposición de determinadas sustancias durante estadios tempranos de la formación cerebral, las

vacunaciones masivas, y especialmente la triple vacuna de sarampión, paperas y rubéola, la organización disfuncional de los circuitos neuronales, entre otras (López, Rivas & Taboada, 2009).

Como se ha podido comprobar, nos encontramos ante una gran cantidad de posibles causas o hipótesis, pero sin embargo, ninguna de ellas ha sido capaz probar empíricamente la etiología de este Trastorno del Espectro Autista. Por tanto, se genera la necesidad de seguir investigando sobre los factores de riesgo y la búsqueda de identificadores biológicos que expliquen la existencia de este trastorno. Para consolidar y dar consistencia a las diferentes teorías expuestas, o mejor dicho, a alguna de ellas, se deben realizar nuevas y ampliadas investigaciones. El único factor que hoy por hoy se toma por seguro en este ámbito, es el desvanecimiento de teorías que hasta los años sesenta, situaban como posible causa de TEA los factores psicógenos, es decir, que era un trastorno psicológico que se daba por el no establecimiento de unos primeros vínculos adecuados con los padres (Cuxart, 2000).

Centrando ahora nuestra atención en la **prevalencia del Trastorno del Espectro Autista**, los estudios epidemiológicos más recientes establecen la afectación del TEA en uno de cada ciento sesenta y seis sujetos, teniendo en cuenta todo el espectro autista. Otro aspecto destacable es que el TEA influye a tres sujetos masculinos, por cada sujeto de la población femenina. Asimismo, las investigaciones señalan el alcance del TEA de forma proporcionada en los diferentes estamentos sociales y en todas las culturas (Federación Autismo Andalucía, 2005).

Otro rasgo susceptible de ser mencionado es la posible **asociación del TEA con cualquier otra enfermedad o trastorno** del desarrollo psicomotriz, sensorial, afectivo o de conductas. Así pues, los sujetos con este trastorno tienen mayor probabilidad para poseer otras enfermedades o trastornos que el resto de la sociedad. En algunos de los casos de TEA es frecuente la manifestación de otras enfermedades como la epilepsia, la esclerosis tuberosa, la neurofibromatosis, los Síndromes de Angelman, Williams, Fragilidad X, entre otros. Por otra parte, su difícil adaptación al medio, puede originar otros problemas como ansiedad, desánimo, comportamientos agresivos, obstinaciones, trastornos en la alimentación o en el sueño... (Instituto de Investigación de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III, 2014).

El último aspecto a considerar en este apartado, es la **tipología existente del TEA**, y los diferentes niveles de gravedad. Refiriéndonos a los tipos de TEA y basándonos en los criterios del DSM IV vigentes hasta el año 2013, pero que por el contrario siguen siendo utilizados en la práctica

por muchos profesionales, podríamos establecer cinco subtipos (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994):

- ***el trastorno autista***: se caracteriza por afectaciones en mayor o menor grado de las tres áreas primordiales, señaladas con anterioridad: habilidades sociales, habilidades comunicativas e intereses y comportamientos repetitivos y estereotipados.
- ***el síndrome de Asperger***: se manifiesta en la incompetencia para generar relaciones de tipo social propias de su edad y por una tenacidad e inflexibilidad mental y conductual. Sin embargo, el sujeto desarrolla una habilidad lingüística adecuada a su desarrollo, y no se da discapacidad psíquica.
- ***el síndrome de Rett***: este síndrome únicamente se manifiesta en sujetos del género femenino, y conlleva un acelerado retroceso en el área motriz y conductual previa a los cuatro años. Además está relacionado con una discapacidad psíquica grave.
- ***el trastorno desintegrativo infantil***: tras una evolución inicial normalizada, se produce, entre los dos y los diez años de edad, una pérdida de las capacidades obtenidas con anterioridad, normalmente en casi todos los ámbitos. Suele vincularse con una discapacidad psíquica grave, a un aumento de alteraciones en el electroencefalograma y a episodios convulsivos. Este trastorno se desarrolla de forma poco frecuente.
- ***el trastorno generalizado del desarrollo no especificado***: incluye todos los casos en los que no concurren de forma obvia los cuadros descritos con anterioridad, o bien no se manifiesta de forma completa o apropiada la sintomatología del autismo en términos de edad inicial o existencia de síntomas implícitos.

Ahora bien, con la actualización de los criterios del DSM V, esta tipología se sustituye por niveles de gravedad, incluyendo a todas las tipologías anteriores en una sola, el TEA, pero diferenciándose unas de otras por la gravedad en las manifestaciones de cada caso. En esta línea se pueden distinguir tres niveles de gravedad, ya sea en el área de comunicación social o en el ámbito de comportamientos restringidos y repetitivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En el área de comunicación social (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013):

- ***Grado 1 “necesita ayuda”***: sin ayuda las deficiencias causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones, así como respuestas atípicas o insatisfactorias.

- **Grado 2 “necesita ayuda notable”:** posee deficiencias notables, tanto verbales como no verbales; presenta problemas sociales incluso con ayuda; el inicio de las interacciones está limitado; y reducción de respuestas o respuestas anormales a las demás personas.
- **Grado 3 “necesita ayuda muy notable”:** las deficiencias de las aptitudes verbales y no verbales causan graves alteraciones del funcionamiento. Muy limitado el inicio de las interacciones y respuesta mínima a otras personas.

En el comportamiento restringido y repetitivo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013):

- **Grado 1 “necesita ayuda”:** la inflexibilidad y la rigidez de comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para la alternancia de actividades. Hay una dificultad en la autonomía debido a los problemas de organización y de planificación.
- **Grado 2: “necesita ayuda notable”:** aparecen con frecuencia e interfiere en el funcionamiento de diversos contextos; se da una inflexibilidad, una dificultad de hacer frente a los cambios, y asimismo para cambiar el foco de acción.
- **Grado 3: “necesita ayuda muy notable”:** se caracteriza por una inflexibilidad de comportamiento, una extrema dificultad ante el cambio, u otros comportamientos repetitivos que afectan notablemente el funcionamiento en todos los ámbitos. Se da una intensa ansiedad para cambiar el foco de atención.

Asimismo, con estos aspectos definidos se dará paso a la correspondiente fundamentación teórica de la evaluación psicopedagógica, y de las diferentes posibilidades en cuanto al proceso de intervención o actuación, condición *sine qua non* al establecimiento de un competente programa de intervención.

#### **1.2.4) Fundamentación teórica de la evaluación y de la intervención psicopedagógica en alumnos con Trastorno del Espectro Autista.**

Cada vez se presenta una mayor conciencia social y una demanda superior de servicios de atención específica, ante el progresivo incremento de la detección de niños con TEA. Ahora bien, este requerimiento actual ha favorecido y fomentado el planteamiento de cuestiones, como es el caso de los procedimientos de diagnóstico, evaluación, tratamiento e intervención más adecuados y eficaces para el máximo desarrollo de todas las capacidades y el aumento de la autonomía de estos

niños. La identificación lo más precoz posible de estos niños con TEA nos brindarán la oportunidad de poderles proporcionar una intervención temprana de alta calidad, que derive en unos mejores y eficaces resultados. Se hace necesaria la reflexión sobre qué tipo de evaluación e intervención clínica y en nuestro caso, fundamentalmente educativa y pedagógica llevar a cabo con este colectivo y sus familias. Este es el objetivo que se pretende alcanzar con el sucesivo apartado, teniendo siempre en cuenta que los instrumentos de diagnóstico y los modelos de intervención necesitan tener una evidencia demostrada de su eficacia y adecuación, mediante la correspondiente investigación rigurosa, aspecto que se da en los diferentes instrumentos, técnicas y modelos que se van a proponer a continuación (Salvadó et al, 2012).

Algunos de los instrumentos de diagnóstico e intervención recomendados para la detección del TEA, según Hernández et al (2005) son los que se señalan a continuación:

- **CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*)**: es un instrumento de cribado que se utiliza específicamente para la detección de rasgos de TEA desde los 18 meses. Se basa en la realización de preguntas y en la exploración al niño. Ofrece una serie de señales de alerta que harían necesaria la evaluación por parte de los profesionales oportunos (Baron- Cohen et al, 1992) (Véase Anexo II).

- **MCHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*)**: se trata de una versión ampliada del CHAT que los padres de niños de dos años deben rellenar por escrito. Posee seis elementos claves, y en el caso de que el niño falle dos o más es necesario una exploración especializada (Robin et al, 2001) (Véase Anexo III).

- **PDDST II (*Pervasive Developmental Disorders Screening Test*)**: es un instrumento cuya aplicación se produce en tres etapas. La primera de ellas está orientada a la detección de señales de alerta que en caso de ser positiva se orientará hacia la segunda etapa, con el objetivo de evaluar los trastornos del desarrollo a nivel general, y la posible detección de señales de TEA. La aplicación de la última etapa se da en un contexto clínico especializado en diagnósticos de autismo. Está dirigido a niños entre los doce y los cuarenta y ocho meses de edad (Siegel, 2004).

- **ASIEP-2 (*Autism Screening Instrument for Educational Planning. 2 ed.*)**: su aplicación se da desde los dieciocho meses hasta la etapa adulta. Su objetivo es la recogida de datos e información

relevante para la intervención educativa sobre la conducta lingüística, la comunicación, la interacción social y el nivel educativo (Krug et al, 1980).

Otros instrumentos que no señalan estos autores, pero que se ha estimado fundamental su consideración en esta elaboración, por su gran eficacia y por su extendida aplicación en estos casos de TEA son:

- ***Criterios diagnósticos del DSM V*** (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013): las observaciones del sujeto se deben basar en este manual diagnóstico, y concretamente en sus criterio. Los diferentes niveles se han especificado en el apartado anterior de este trabajo correspondiente a la tipología y niveles de gravedad del TEA, por tanto se considera innecesaria su repetición (Véase Anexo IV).

- ***CARS (Childhood Autism Rating Scale Second Edition)***: es una escala clínica formada por quince elementos cuya finalidad es la evaluación de los síntomas fundamentales del autismo mediante un test. Se basa en una entrevista a los padres y en la observación del niño. Cada elemento o ítem es puntuado de cero a cuatro, y a partir de la puntuación total obtenida, el sujeto es clasificado como no autista, moderadamente autista o severamente autista (Schopler, Reichler & Renner, 1988).

- ***PEP-3 (Perfil Psicoeducacional)***: permite el diagnóstico de las funciones mentales de sujetos entre uno y doce años con un nivel educativo propio del período infantil. El PEP- 3 establece los niveles de desarrollo real y potencial en las áreas de imitación, percepción, motricidad, coordinación óculomanual, habilidades intelectuales, lenguaje, autonomía y socialización (Schopler & Reichler, 1979).

- ***ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic)***: es un instrumento basado en una entrevista semiestructurada dirigida a la evaluación del juego, la interacción social, la comunicación y el juego simbólico, a través de un conjunto de actividades sociales de tipo lúdico. Se puede aplicar desde los quince meses hasta los cuarenta años de edad del individuo (Lord et al, 1999).

Sin embargo, se debe destacar que además de la utilización de estos instrumentos que son específicos del diagnóstico y evaluación psicopedagógica de los posibles casos de TEA, se hace

necesario evaluar otras áreas específicas en estos alumnos, como son la evaluación del habla, del lenguaje y de la comunicación, la evaluación cognitiva, la evaluación de las funciones ejecutivas, la evaluación de la competencia curricular, la valoración de relaciones interpersonales, la valoración de aspectos emocionales y de la personalidad, la valoración de conductas adaptativas, la evaluación del funcionamiento y los recursos familiares (Etchepareborda, 2001) y la evaluación de la metodología utilizada en su grupo aula, en el caso de que el sujeto esté escolarizado. Para todos estos aspectos, se utilizarán diferentes instrumentos y técnicas que sean eficientes para la evaluación de las distintas áreas o competencias, sin embargo en esta elaboración no se considera necesario especificar cuáles son cada una de estas técnicas desde el fundamento o marco teórico, ya que además de su amplia extensión, no son específicas del TEA.

A continuación, en la *figura 2* se presenta una ejemplificación de un algoritmo adecuado sobre la toma de decisiones para la detección de los trastornos del espectro autista.

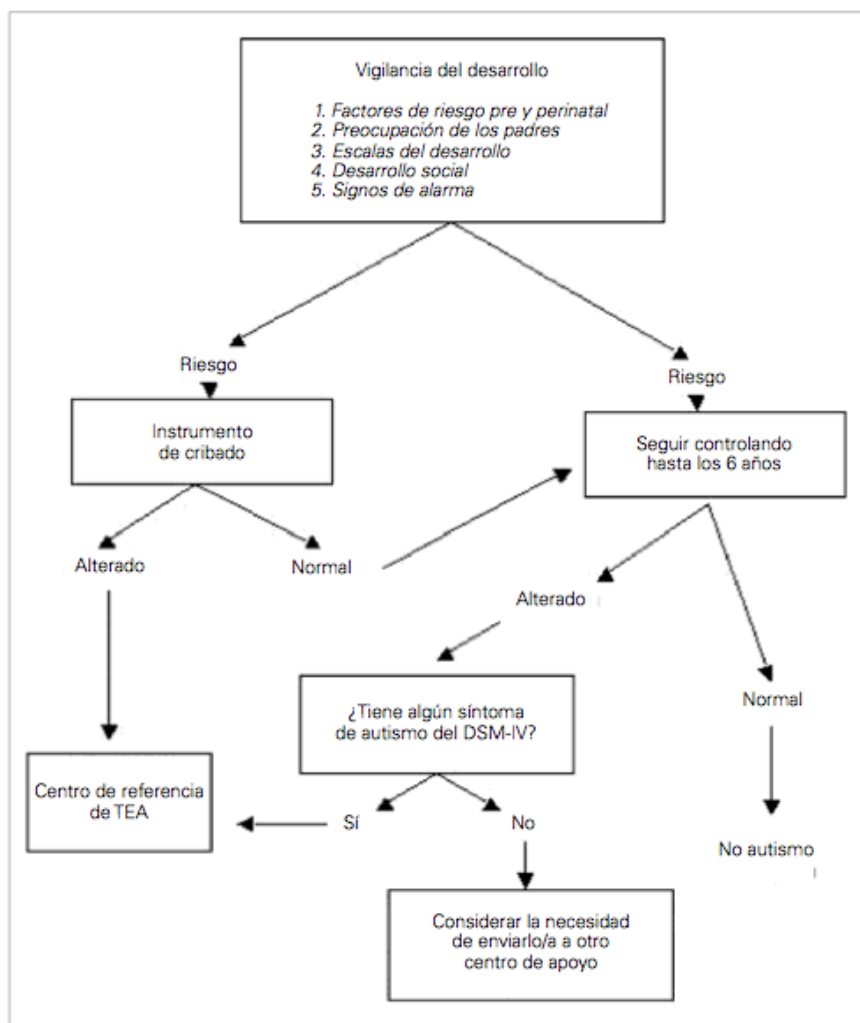


Figura 2. Algoritmo para la toma de decisiones para la detección de TEA. Fuente: extraído de Hernández et al. (2005, p. 239).

Ahora pues, centrándonos en el ámbito de la intervención, diferentes instituciones oficiales y organizaciones gubernamentales han subvencionado investigaciones sobre los modelos de intervención mas eficaces en los sujetos con TEA, con el objetivo de evaluar su adecuación y la mejora de los síntomas de este trastorno. En las recientes revisiones e investigaciones publicadas, se han planteado tres modos diferentes de organizar las intervenciones en casos de TEA, como sugieren Salvadó et al, (2012):

#### **A) *Prácticas basadas en la intervención (focused intervention practices)***

Son actuaciones educativas concretas que los correspondientes profesionales o familiares emplean para favorecer el desarrollo y aprendizaje de conductas específicas o para reducir determinadas conductas de constitución problemática en un periodo reducido. Algunos ejemplos de este tipo de prácticas son los que se establecen a continuación (Salvadó et al, 2012):

- Conjunto de estrategias conductuales preventivas: agrupación de tácticas mediante las cuales los adultos ofrecen ayudas verbales y físicas a los sujetos para lograr las conductas que se pretenden, favoreciendo el aprendizaje sin error. Un ejemplo sería los apoyos tanto visuales, como materiales y orales, o el tiempo de espera.
- Conjunto de estrategias de intervención conductual: son tácticas proyectadas para el fomento de la disminución de los problemas de conducta, así como para la enseñanza de habilidades alternativas, mediante la puesta en marcha de los principios esenciales del análisis de la conducta aplicada. Engloba técnicas de apoyo, de análisis de la tarea y encadenamiento, de economía de fichas... Se puede llevar a cabo mediante *entrenamiento por ensayos discretos*, separando en pequeños avances que se enseñan de manera directa y progresiva, antes de llegar al encadenamiento conjunto o mediante el *apoyo conductual positivo*, que busca la mejora de la vida de los sujetos cualitativamente hablando, y la reducción de los problemas de comportamiento, mediante la adecuación del medio y la enseñanza de competencias o capacidades. Se incluyen la estimación de conductas funcionales, el control de la estimulación, la suspensión y modificación de la respuesta, el ejercicio de comunicación eficaz, y el cese y refuerzo diferencial de determinados comportamientos.
- Moldeamiento: la finalidad es la manifestación o representación de una conducta para que sea repetida e incitada en otro sujeto. Implica el refuerzo de acercamientos cada vez más acertados a la

respuesta final requerida. Este procedimiento favorece el trabajo hacia la autonomía en ausencia de cualquier apoyo.

- Intervención de atención conjunta: fomenta las aptitudes propias en la regulación de los comportamientos del resto de sujetos; como es el caso de indicar, mostrar o reaccionar ante los ofrecimientos de los otros.

- Estrategias en el contexto natural: favorece las habilidades pragmáticas en el entorno cotidiano, considerando la generalización, que precisa del aprendizaje inesperado y mediado.

- Intervenciones implementadas por los padres: son actuaciones planteadas para realizarlas con los padres y la familia en ambientes o entornos cotidianos. Requiere de la identificación de metas de intervención por parte de los padres, y su enseñanza para la mejora de las actuaciones, a través de feedback y asesoramiento de los supervisores correspondientes.

- Estrategias de aprendizaje a iguales: son actuaciones que favorecen la enseñanza de los niños con un nivel de evolución normalizado a los niños con TEA, fomentando el juego y la interacción entre ambos.

- Entrenamiento de conductas pivotaes: con el fin de potenciar ámbitos de desarrollo afectados, se fomentan conductas esenciales, como la motivación, el comienzo espontáneo, la respuesta ante diversas señales y la autonomía.

- Estrategias para la autonomía: prácticas diseñadas para promover la autosuficiencia y la regulación conductual de uno mismo.

- Sistemas estructurados de trabajo: conllevan un procedimiento de trabajo, o experiencias constituido de manera visual por áreas, con el fin de que adquiera competencias fundamentales.

- Soportes visuales: proporcionan señales de origen visual al alumno en su ambiente que le impulsan al mantenimiento de comportamientos adecuados.

- Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación: son necesarios cuando el sujeto con TEA no presenta una expresión oral eficaz o un propósito de comunicarse.

### ***B) Modelos globales de tratamiento (comprehensive treatment models)***

Son actuaciones desarrolladas bajo un fundamento teórico, que se constituyen de manera conceptual y que están formadas por multicomponentes incorporados globalmente para favorecer efectos funcionales y óptimos en sujetos con TEA.

Algunos de los modelos globales más utilizados y eficientes en el tratamiento de personas con TEA son los siguientes (Salvadó et al, 2012):

- TEACCH (Treatment an Education of Autistic and Communication Handicapped Children): se trata de un modelo de intervención integral que comprende servicios clínicos y de formación para expertos relacionados con la actuación ante este tipo de trastorno, y se fundamenta en la perspectiva teórica del aprendizaje cognitivo social. Este modelo se fundamenta principalmente en la estructuración del ambiente, el aspecto temporal y las actividades, de forma que puedan ser anticipadas y comprensibles para todas las personas, en el beneficio o utilización de las fortalezas de los individuos, insistiendo especialmente en la importancia de las señales visuales para la compensación de las dificultades significativas en otras competencias, en la utilización de la motivación apoyándose en los intereses personales, y en el fomento de la comunicación espontánea y eficaz.
- DENVER (Early Start Denver Model): es un programa dirigido a la intervención temprana de sujetos con TEA entre uno y cuatro años, y se basa en el constructivismo, estableciendo una actitud activa de los niños en sus aprendizajes y en la cimentación de su propia realidad cognitiva y social mediante las diversas experiencias, y en la transacción, puesto que establece que el niño y los individuos que le rodean se influyen en su desarrollo mutuamente. Este programa, considerando los diferentes perfiles de los niños con TEA supone la programación de unos fines a corto plazo que son supervisados cada tres meses. Las áreas implicadas en este modelo de intervención son la comunicación, la socialización, la imitación o repetición, el juego, el conocimiento, la motricidad, el comportamiento y la autosuficiencia o independencia.
- SCERTS: se trata de un modelo integral interdisciplinario, que prioriza el desarrollo de las competencias de comunicación social relacionadas principalmente con la atención grupal y la utilización de señales, de regulación afectiva tanto de autorregulación como de regulación mutua, y de apoyo transaccional e interpersonal de los sujetos con TEA y sus familias.

- LEAP (Learning Experiences: an Alternative Program for Preschoolers and Parents):

es un programa educativo inclusivo que integra a los niños con TEA en el aula ordinaria durante toda la jornada escolar. Este modelo va enfocado al fomento del área cognitiva, adaptativa y de autosuficiencia, comunicativa, socioafectiva y de comportamiento. Se caracteriza por la utilización de estrategias en el medio o ambiente cotidiano, junto con estrategias educativas para el profesorado y para el grupo de iguales, pretendiendo que actúen como intermediarios mediante un profesor de educación especial de apoyo. Emplea actuaciones como la metodología de análisis conductual, el aprendizaje incidental, la comunicación por reciprocidad de ilustraciones, las normas intermediadas por sus iguales, las actuaciones implementadas por la familia en el medio cotidiano y las estrategias para una mayor independencia. Este modelo de intervención también ofrece un programa de enseñanza para padres, que mediante el control de los correspondientes expertos especializados, intenta ofrecer ayuda y apoyo en la vida cotidiana de su casa y de la comunidad.

- UCLA Young Autism Project (The Lovaas Institute): se trata de un programa intensivo, basado en el empleo metódico de aprendizaje de conductas mediante ensayo discreto y aprendizaje incidental. Su objetivo es la potenciación de capacidades incluidas en el área social, de juego, de conocimiento, de lenguaje y de autonomía. Las actuaciones se pueden efectuar de forma individual o en pequeños grupos y son aplicadas en distintos ambientes, tales como el comunitario, el escolar, o el familiar.

**C) *Estudios psicofarmacológicos:***

En los cuáles no se profundizará debido a que su aplicación no está al alcance de los profesionales de la psicopedagogía, aunque sí cabe destacar que no existe ningún medicamento específico para el tratamiento del TEA. Sin embargo, ante la presencia de algunos síntomas tales como conductas perseverantes, conductas disruptivas, déficit atencional con o sin hiperactividad, tics, síndrome de la Tourette, trastornos del humor, hipoactividad o trastornos de ansiedad, los psiquiatras sí recomiendan el empleo de tratamiento farmacológico en muchas ocasiones. Los más utilizados en el tratamiento del TEA son los neurolépticos (Haloperidol y Risperidona), para la promoción del aprendizaje, el control de la conducta y la reducción de niveles muy altos de actividad, los psicoestimulantes (Metilfenidato) y los anticomiciales (Carbamazepina, Valproato y Gabapentina) se emplean para el control de la impulsividad y la hiperactividad. Los B- bloqueantes y la clonidina se utilizan ante la presencia de impulsividad y agresividad. La naltrexona se emplea en algunos casos para la mejora de la relación social y la disminución de conductas autolesivas. La fluoxetina y la fluvoxamina se utilizan para el tratamiento de la depresión y la ansiedad (Díaz, 2001).

En cualquier caso, se debe de tener en cuenta que cada persona responde de forma diferente ante estos tratamientos farmacológicos, y lo que es muy eficaz para algunos no lo es nada para otros; así también se debe resaltar que se trata de un complemento a otras intervenciones, facilitando su eficacia, pero nunca se presentan como único tratamiento o intervención (Díaz, 2001).

Para concluir este apartado, se considera conveniente reflejar que dada la heterogeneidad de este trastorno y la necesidad de tratamiento variado y complejo que requiere este colectivo, es complicado establecer una intervención sistemática y un modelo estable. En muchas ocasiones, la óptima intervención incluye la utilización de diferentes métodos o modelos de intervención. Sin embargo, se puede establecer como recomendaciones generales, el fomento de habilidades de comunicación espontánea, la implicación en actividades significativas, la diversidad y cotidianidad de contextos, empleo de refuerzos positivos, la interacción con iguales, y la inclusión de la familia en el proceso y en el establecimiento de metas, entre otras (Salvadó et al, 2012). En esta misma línea Gándara (2013) establece que para que la intervención resulte exitosa, sea cual sea el modelo aplicado, se debe considerar la importancia de beneficiarse de la estructura propia del sistema educativo que establecerá el momento y la forma de escolarización y atención de este alumnado, la formación permanente del correspondiente profesorado tanto a nivel teórico como pragmático, la formación y colaboración con las familias con el objetivo de establecer una intervención común en la escuela y en el hogar, la cooperación entre los servicios implicados incluidos los externos al centro docente con el fin de trabajar hacia unas mismas metas y mediante la utilización de ciertas estrategias consensuadas, y la evaluación frecuente y planificada de la evolución del niño y de la práctica docente, con el objetivo de mejorar lo que sea posible y confirmar que la intervención sea la adecuada y óptima para el alumno y su familia.

## **2. OBJETIVOS**

El **objetivo principal** de este trabajo es planificar una intervención psicopedagógica adecuada a las necesidades y características de un alumno con Trastorno del Espectro Autista, favoreciendo el desarrollo armónico de todas sus capacidades, haciendo especial hincapié en aquellas áreas en las que más dificultades presenta como es el caso de las habilidades sociales, lingüísticas y comunicativas, y de autonomía personal.

### **Objetivos específicos de la intervención psicopedagógica:**

- Adecuar el proceso de enseñanza aprendizaje a las características del alumno y a sus necesidades, favoreciendo su participación activa en el proceso y estableciendo prioridades y objetivos a corto plazo.
- Diseñar y planificar actividades motivadoras y significativas, ambientes estructurados y flexibles, estrategias basadas en el aprendizaje entre iguales y en el juego tanto individual como colectivo para favorecer la mejora y superación de las dificultades del alumno con TEA.
- Fomentar la interdisciplinariedad y la coordinación de los correspondientes profesionales y la familia del alumno a través de entrevistas y medios que permitan la comunicación continua y eficaz, así como la formación y educación de los padres del alumno en el programa TEACCH con la finalidad unificar criterios, métodos y objetivos en el proceso de intervención.
- Establecer un seguimiento y una evaluación psicopedagógica periódica del alumno con la finalidad de identificar su evolución y la eficacia de la intervención propuesta, y modificarla y adecuarla a su edad y características, teniendo en cuenta que éstas serán variables a lo largo de su escolaridad.

### **3. BREVE FUNDAMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA**

Si nos referimos a la perspectiva metodológica utilizada en la elaboración de este trabajo, conviene expresar que se trata de una revisión bibliográfica de información relevante relacionada con el TEA, que es obtenida a través de fuentes bibliográficas diversas, válidas, fiables, y actualizadas, como es el caso de artículos publicados, revistas específicas sobre el tema, investigaciones empíricas o libros de texto relacionados. Información publicada por autores de referencia nacional e internacional expertos en TEA, ya sea desde el ámbito teórico o desde una perspectiva funcional, más relacionada con la intervención en el aula con este tipo de alumnado. Por tanto, no se trata de una búsqueda cuantitativa de información sobre el tema, sino de una revisión de información relevante, cualitativamente hablando. A partir de esta búsqueda o revisión se procede a la elaboración de un marco teórico adecuado fundamentado en evidencias e información contrastada y actual.

Posteriormente, teniendo en cuenta el marco teórico y el aprendizaje producido a lo largo de las correspondientes asignaturas del Máster de Psicopedagogía, se procederá a establecer un programa de intervención basado en la adaptación del proceso de enseñanza aprendizaje a las características de nuestro alumno y a sus necesidades, previamente establecidas a través del correspondiente y adecuado diagnóstico y evaluación psicopedagógica. El citado tratamiento o intervención psicoeducativa que se va a proponer se basará en primer lugar en las orientaciones metodológicas propias de la etapa educativa a la que pertenece el niño, Educación Infantil, señalando el juego, la relación entre iguales, la utilización intencionada de recursos espaciales, entre otros, e integrándolo con un modelo propio de intervención del TEA adecuado a nuestro alumno, en este caso el modelo global de tratamiento TEACCH (Schopler, Mesibov y Hearsy, 1995), basado en la estructuración del ambiente para la adaptación de las personas con TEA, y por último con la utilización de diversas prácticas educativas orientadas a facilitar el desarrollo de todas las competencias del alumno, que aunque no son específicas del modelo global propuesto, si son compatibles con él y se consideran adecuadas para la intervención del caso propuesto, tales como pautas para el fomento de habilidades relacionadas con la autonomía personal, estrategias de aprendizajes a iguales, tratamiento de conductas desafiantes ofreciendo otras más funcionales y la enseñanza de la autodeterminación a través de situaciones propicias para ello e intencionadas por el profesor. Se debe tener en cuenta, que la intervención se llevará a cabo siempre bajo los principios fundamentales de inclusión, equidad e igualdad de oportunidades, calidad, normalización, compensación educativa, y cooperación de la comunidad educativa (Conserjería de Educación de la CARM, 2009).

#### **4. DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN UN ALUMNO CON TEA.**

Primeramente, se va a iniciar este apartado con la consideración o concepto general de intervención psicopedagógica, para de forma posterior desarrollar la propuesta concreta de intervención ante un caso de Trastorno del Espectro Autista, desde una perspectiva pragmática.

El proceso de intervención psicopedagógica podríamos considerarlo como un proceso integrador e integral que propone un conjunto de actuaciones con la pretensión de dar respuesta educativa a determinados problemas o prevenir la aparición de otros, a través de la colaboración y cooperación con los agentes e instituciones implicados (Henao, Ramírez y Ramírez, 2006). Siguiendo a Morril, Oetting y Hurst (1974) la intervención psicopedagógica debe organizarse considerando algunos principios, entre ellos el de desarrollo, buscando la optimización del proceso evolutivo personal desde una perspectiva tanto madurativa como constructivista, el principio de prevención ya sea primaria, secundaria o terciaria, y el principio de intervención social, como factor influyente del entorno o ámbito social en el desarrollo personal.

##### **4.1 Descripción del caso.**

Centrándonos ahora en el caso concreto de TEA que se va a proponer con el objetivo de realizar una adecuada intervención, cabe destacar que se trata de un alumno de tres años de edad, que va a ser escolarizado en un Centro de Educación Infantil y Primaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Este alumno llamado hipotéticamente Álvaro González Norte (AGN), presenta dificultades significativas el área comunicativa, en el área social y en la autonomía personal. Álvaro ha sido ya evaluado y diagnosticado psicopedagógicamente en un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), alcanzando una serie de conclusiones que se manifestarán a continuación en el informe psicopedagógico adyacente. El objetivo principal de dicha valoración es guiar la intervención en la práctica educativa que se llevará a cabo con el alumno propuesto en el curso correspondiente a primero del segundo ciclo de Educación Infantil.

## **INFORME PSICOPEDAGÓGICO**

### **1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO O ALUMNA:**

**Apellidos:** González Norte

**Nombre:** Álvaro

**Fecha de nacimiento:** 24 de Octubre de 2012

**Edad cronológica:** 31 meses y 26 días

**Nombre de los padres:** Carmen Norte Esteban y Álvaro González Rubio

**Domicilio:** Avda. de la Libertad nº6

**CP:** 30009 (Murcia)

**Móvil:** 666 666 666

**Centro escolar:** Escuela Infantil “Garabatos”

**Nivel educativo:** 2 años

### **2. MOTIVO DE LA EVALUACIÓN.**

Valoración psicopedagógica para orientar la escolarización del curso 2015/2016

### **3. HISTORIA ESCOLAR.**

#### **3.1 Escolarización previa.**

No existente

#### **3.2 Datos significativos de la escolarización actual.**

Acude a la escuela “Garabatos”, al nivel educativo de 2 años.

#### **3.3 Tratamientos educativos**

Acude al CDIAT con una pauta de tratamiento de 2 sesiones semanales de logopedia.

### **4. DESARROLLO GENERAL DEL ALUMNO/A.**

#### **4.1 Datos evolutivos significativos**

**Embarazo:** a término y sin problemas de interés.

**Parto:** a término. Eutócico.

**Datos sanitarios:** no existen datos de interés.

**Antecedentes familiares:** No.

#### **4.2 Grado de discapacidad.**

El alumno presenta **necesidades educativas especiales** por “Retraso en el desarrollo y alteraciones en la conducta compatible con trastorno del espectro autista que precisa de apoyos especializados”.

*(Ocupa dos plazas, según anexo I de la Resolución sobre Dictamen de Escolarización de 06/02/2012).*

#### **4.3 Valoración de las capacidades.**

##### **4.3.1 Capacidades cognitivas**

Álvaro presenta una baja atención, establece contacto visual en contadas ocasiones, aunque va progresando en la exploración. Pocas veces sigue las consignas que se le dan. Su producción mejora si se le proporciona apoyo visual. En el área perceptivo manipulativa, manifiesta destrezas cercanas a las deseadas según su edad cronológica. Es capaz de realizar torres de seis cubos y de emparejar objetos según su color. En la escala Bayley de desarrollo infantil, centrándonos en el área mental Álvaro obtuvo un índice de desarrollo mental (IDM) de 70, es decir límite a la normalidad a fecha de 22/01/2015, aunque por su corta edad y la limitación atencional y comunicativa es recomendable volver a repetir más adelante dicha prueba para la obtención de resultados más fiables.

##### **4.3.2 Capacidades comunicativo lingüísticas.**

Álvaro presenta alteración y retraso en el área de la comunicación y del lenguaje , tanto comprensivo como expresivo.

En la última evaluación (29/01/ 2015) con 27 meses y 5 días, se observa que no se han producido avances significativos desde la evaluación previa (26/04/2014) a pesar de que el niño ha comenzado a asistir a una escuela infantil. La atención y la imitación es bastante limitada pese a no manifestar dificultades perceptivas. Según la Escala para la Evaluación del Lenguaje Receptivo y Expresivo WISCONSIN el nivel de desarrollo equivalente es de **15 meses para el lenguaje receptivo y de 11 meses para el nivel expresivo, siendo su edad cronológica de 27 meses y 5 días.**

Solamente utiliza las funciones comunicativas desde la función de petición y ayuda señalando al adulto lo que quiere o necesita. No hay interacción verbal ni atiende al lenguaje, presenta dificultades para llevar a cabo instrucciones sin refuerzo o soporte visual, durante el juego intencionado se deja llevar, pero no muestra un interés común ni mantiene el contacto visual, su juego es totalmente independiente y paralelo, aunque tolera el contacto social. Muestra satisfacción con la sonrisa, malestar con llanto y la búsqueda de la madre, y negación con la cabeza.

En cuando a sus producciones orales son muy escasas y limitadas, vocalizaciones prosódicas para reclamar al adulto y que se acompañan de una especie de balbuceo con ausencia casi completa de consonantes, no aparecen por tanto sílabas encadenadas: la madre asegura que ha observado un retroceso en las expresiones orales ya que antes sí encadenaba sílabas: “ma-má”, “ta-ta”, “co-co”.<sup>32</sup>

#### **4.3.3 Capacidades psicomotrices y de autonomía.**

Álvaro sí es capaz de distinguir figuras familiares. Es capaz de expresar afecto y malestar.

##### Área motora:

Motricidad fina: coordinación buena. Pinza superior adquirida. Sin desfase significativo en esta área. Realiza encajables e inserta clavijas sin dificultad.

Motricidad gruesa: Álvaro sí ha adquirido los patrones básicos. Hay un desfase leve sobre su edad cronológica, su colaboración es limitada dificultando así la fiabilidad de los resultados obtenidos.

Se estima un desarrollo motor aproximado de entre 18 y 20 meses (según escala Bayley).

##### Alimentación:

Todas las texturas. Generalmente reclama la ayuda del adulto. Bebe con vaso.

##### Control de esfínteres:

No adquirido.

##### Juego:

Álvaro aún no desarrolla el juego simbólico. Está iniciando la imitación y repetición de modelos y conductas con ayuda del adulto. Predominancia del juego aislado.

#### **4.3.4 Capacidades socioafectivas.**

En esta área se comprueba un desfase significativo. Su estrategia de interacción social es inmadura.

Utilización de gestos y contadas expresiones que reflejan sus emociones o estado de ánimo. Según informe del CDIAT, en la escuela infantil se encuentra más o menos adaptado a las rutinas diarias y ritmos del aula, así como a la proximidad de sus compañeros, y es capaz de responsabilizarse de tareas sencillas.

#### **4.4 Nivel de competencia curricular.**

Como resultado de la información recogida y facilitada por la escuela infantil, y su posterior valoración, se aprecia que el Nivel de Competencia Curricular del alumno se sitúa en el primer ciclo de la educación infantil. El área donde presenta mayor desfase es la de lenguajes: comunicación y representación.

#### **4.5 Estilo de aprendizaje.**

**1. Condiciones físico ambientales:** Álvaro recibe información por todos los sentidos, y preferentemente por los órganos de la vista y del oído, como el resto de los alumnos, sin embargo requiere una mayor organización y secuenciación de espacios, materiales y actividades.

2. **Tipos de agrupamiento:** trabaja mejor en pequeño grupo, y aún más si se trata de los mismos niños, con el apoyo del profesor o de iguales, en algunos casos.
3. **Atención:** en ocasiones fija la mirada en una persona u objeto durante un periodo de tiempo, bien porque se le llama o bien de forma espontánea. Durante la realización de las actividades y juegos, ya sean libres o dirigidos generalmente no es capaz de centrar y mantener su atención hasta finalizarlos, aunque sí lo puede llegar a hacer con la ayuda de un adulto. Únicamente muestra un poco más de atención en las actividades de exploración o manipulación y en las visuales relacionadas con las TIC.
4. **Reforzadores:** preferencia por reforzadores sociales “qué bien lo estás haciendo” y materiales como algún premio.
5. **Motivación:** Álvaro está bastante adaptado a la escuela infantil y se caracteriza por un carácter más bien tranquilo.
6. **Actividades y materiales:** A veces imita o juega con otros compañeros, aunque en pocas ocasiones, por normal general prefiere el juego solitario. Le gusta la utilización de material manipulativo y didáctico, como la plastilina, y habitualmente cuida el material del aula. La finalización de tareas de forma autónoma le cuesta bastante.
7. **Estrategias de aprendizaje:** Precisa casi siempre de instrucciones individuales adicionales, o de apoyos materiales y disminución de tareas.
8. **Estilo personal:** Álvaro es un niño que generalmente se manifiesta tranquilo pero también activo y bastante persistente cuando quiere algo. En ocasiones sí presenta conductas disruptivas en el aula, pero ha mejorado su adaptación a la escuela.
9. **Relación social:** la relación social con los compañeros es bastante limitada, sí manifiesta contacto físico, pero raramente muestra intencionalidad comunicativa. Sus compañeros lo aceptan bien. Con respecto al educador su relación es frecuente, pero iniciada normalmente por el educador, y solo en ocasiones de forma espontánea por él.

## **5. INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTEXTO ESCOLAR.**

No procede puesto que no se dispone de información relativa al contexto educativo, está se corresponde con el CEIP donde se escolarizará al niño en el siguiente curso escolar.

## **6. INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTEXTO FAMILIAR.**

### **6.1 Estructura familiar.**

Parentesco y/o Nombre	Edad	Ocupación
Padre: Álvaro González Rubio	48	Transportista
Madre: Carmen Norte Esteban	45	Administrativa
Hijo: David González Norte		

### **6.2 Otras consideraciones.**

No procede.

## **7. OTRAS CONSIDERACIONES U OBSERVACIONES.**

Se le aplicó la prueba M-CHAT para la detección de rasgos de TEA (Véase Anexo V) en la cual ha fallado ocho ítems, dos de los cuáles críticos.

### Concreción de la necesidad de mejora

La elaboración de dicho informe psicopedagógico se fundamenta como ya se ha comentado, en torno a la necesidad de planificar un proceso de intervención psicoeducativa adecuado a la edad, características y dificultades de nuestro alumno Álvaro, con el fin de que desarrolle de forma óptima sus capacidades y habilidades del ámbito físico, social, afectivo y cognitivo, así como su autonomía personal, fomentando así la igualdad de oportunidades y la mejora de la calidad de vida del niño.

### **4.2 Propuesta de intervención.**

Una vez establecidas y analizadas las dificultades y limitaciones de Álvaro en el correspondiente informe psicopedagógico, se proponen una serie de objetivos para el desarrollo y la evolución del alumno, basados en torno a las necesidades prioritarias que se pretenden alcanzar de forma progresiva en él, y que se organizan en base a las tres áreas más afectadas.

#### **Área comunicativa:**

- Desarrollar la intención comunicativa.
- Mantener el contacto ocular con otras personas cuando se comunica.
- Aprender a realizar peticiones y ayudas.

- Compartir experiencias propias con el resto de personas.
- Desarrollar la imitación de gestos.
- Iniciarse en el Sistema de comunicación por intercambio de imágenes PECC.
- Adquirir vocabulario básico.
- Progresar en la comprensión de órdenes sencillas.
- Desarrollar la comprensión verbal en el contexto escolar.
- Fomentar la utilización de apoyos visuales: imágenes, objetos, fotografías, signos, gestos...

### **Área social:**

- Establecer una mayor relación e interacción con el resto de personas de su entorno, ya sean iguales o adultos.
- Iniciarse y mostrar interés por el juego colectivo, en disminución del aislado.
- Iniciarse en las relaciones e interacciones sociales por iniciativa propia.
- Fomentar la empatía y la exteriorización y control de emociones.
- Progresar en la imitación social.
- Adquirir conductas sociales básicas.
- Disminuir las conductas disruptivas en el aula.

### **Área de autonomía personal:**

- Progresar en el mantenimiento de la atención.
- Adquirir el control de esfínteres.
- Alimentarse de forma autónoma.
- Progresar en la realización autónoma de tareas sencillas.
- Mejorar en el seguimiento de órdenes o consignas dadas.

El resto de áreas como es el caso del ámbito cognitivo, físico y emocional, también serán trabajados de forma armónica en el alumno, aunque no se han incluido en los objetivos anteriores por estar mencionadas únicamente las que el alumno tiene más afectadas por el TEA, y por tanto los más necesitados de una intervención más específica. Pero obviamente, se pretenderá el desarrollo global del niño, por lo que todas las áreas serán trabajadas en él, haciendo especial incidencia en las que más dificultades tenga, que son las citadas en los objetivos anteriores.

Ahora pues, habiendo establecido tanto las limitaciones como las necesidades de mejora y objetivos prioritarios para el caso de Álvaro, y habiendo expresado desde una perspectiva teórica el trastorno del espectro autista y sus aspectos básicos, así como los modelos de intervención más adecuados, ha llegado el momento de plantear un proceso de actuación en la práctica psicopedagógica y educativa eficaz y adaptado a las características y dificultades del alumno.

Como consecuencia de un proceso reflexión y análisis de resultados, se determina en primer lugar la escolarización de Álvaro González Norte en un **centro ordinario con apoyos específicos**, concretamente de **Pedagogía Terapéutica (PT)**, de **Audición y lenguaje (AL)**, de **apoyo ordinario y de Auxiliar Técnico Educativo (ATE)**. El horario de dichos apoyos será distribuido por el equipo directivo del centro escolar, según las necesidades de los alumnos y las posibilidades de los recursos humanos que posean, aunque se debe tener en cuenta que el PT deberá ofrecer apoyo al alumno un mínimo de tres sesiones semanales de 45 o 60 minutos, por su parte el AL trabajará con el alumno un mínimo de dos sesiones semanales de 30 minutos, además de la sesión grupal semanal a nivel preventivo, el apoyo ordinario entrará al aula tres o cuatro horas a la semana para ofrecer apoyo al aula a nivel grupal e individual a los alumnos que lo precisen; por último, el ATE entrará al aula para ayudar al alumno a conseguir el control de esfínteres, según las necesidades y los momentos que se consideren más idóneos durante la práctica o experiencia cotidiana.

Ahora bien, asumiendo las características del caso planteado y los objetivos que se pretenden conseguir, se llega a la conclusión consensuada con otros profesionales y con la familia de implementar con este alumno el Programa TEACCH (Schopler, Mesibov y Hearsey, 1995), descrito anteriormente de forma sucinta entre los modelos globales planteados desde la fundamentación teórica, dado que se considera que engloba la mayoría de prácticas concretas de intervención que nuestro alumno va a requerir a lo largo de su proceso educativo.

Primeramente, se debe destacar que el TEACCH (Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados) se desarrolló en el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte en la década de los setenta, siendo Eric Schopler su precursor. El objetivo principal de este programa es la mejora de la adaptación de cada persona a través del progreso y la evolución de sus capacidades y la estructuración del ambiente para la adaptación a las dificultades que desarrolla el TEA. (Schopler, Mesibov y Hearsey, 1995)

A nivel general, se debe manifestar que este modelo se basa en el aprovechamiento de las fortalezas y motivaciones de los niños, en la evaluación temprana y profunda, en la colaboración

continúa con los padres, en la adaptación óptima y en la enseñanza estructurada con apoyos audiovisuales, entre otros principios (Schopler, 2001).

A continuación, en la *figura 3* se presenta a modo de resumen la propuesta de intervención del caso de AGN, y posteriormente se concretarán las adaptaciones propuestas de un modo más amplio.

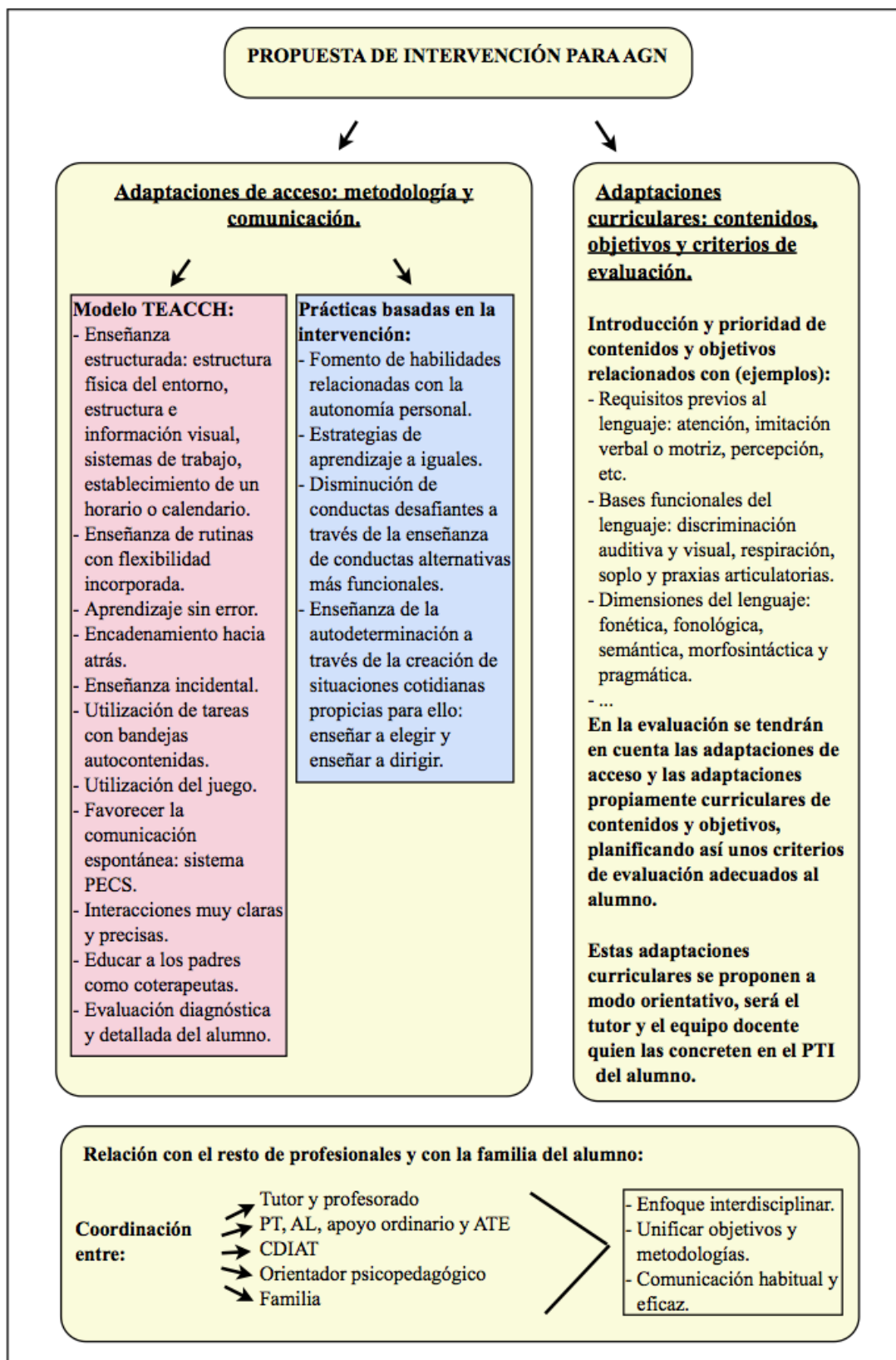


Figura 3: propuesta de intervención para AGN. Fuente: elaboración propia.

### Adaptaciones de acceso: metodología y comunicación:

Ahora pues, para el caso de AGN, nuestro alumno con TEA se proponen como **estrategias y pautas educativas** a llevar a cabo, en primer lugar las **propias y generales de la etapa de Educación Infantil** en la que se encontrará inmerso el próximo curso escolar, y que ya han sido mencionadas al inicio de este trabajo, aunque podemos recordar algunas de ellas, como por ejemplo la importancia del juego y de actividades que requieran observación y manipulación activa por parte del alumno, la organización de espacios, tiempos y materiales, la interacción entre iguales, o la colaboración con las familias.

Continuando hacia una mayor especificación de pautas de intervención relacionadas con el TEA y **fundamentadas en el modelo TEACCH**, podemos establecer las siguientes, relacionadas fundamentalmente en torno al área de autonomía personal, cognitiva y comunicativa (Rodríguez, 2009):

- **Enseñanza estructurada:** es una forma de organización del proceso educativo y del entorno utilizada en alumnos con Trastorno del Espectro Autista, que favorece el aprendizaje con apoyo visual constante, la comprensión de situaciones, la independencia de refuerzos constantes, y la minimización de conflictos originados por el desconcierto o la inquietud. Su objetivo fundamental es el progreso en la autonomía y el control de las conductas, considerando las características intelectuales, las necesidades y motivaciones de los sujetos con TEA, con la finalidad de adecuar el entorno a ellos. En la aplicación de la Enseñanza estructurada con nuestro alumno Álvaro, se van a tener en cuenta los siguientes componentes:

> Estructura física del entorno: es importante que la tutora organice el mobiliario y los recursos de la clase teniendo en cuenta las necesidades concretas de Álvaro, con la finalidad de permitir que se desenvuelva autónomamente así como de reducir distracciones y facilitar el acceso a todos los recursos. Es importante establecer en el aula una zona tranquila donde Álvaro acuda cuando algún estímulo auditivo, visual u olfativo le suponga difícilmente soportable. También es fundamental debido a la edad infantil de Álvaro y el resto de alumnos del aula, espacios para jugar, para trabajar individualmente, para almorzar, para conversar todos en asamblea o realizar actividades grupales.

> Estructura e información visual: debido al interés por la percepción visual más que por la auditiva de nuestro alumno, resulta esencial que cada actividad sea visualmente estructurada de manera que fomente la comprensión y la motivación de Álvaro. Para la consecución de los logros que pretendemos es necesario plantear tareas con claridad visual, organizadas visualmente y con instrucciones visuales. Por ejemplo, respecto a la claridad visual es conveniente que los diferentes espacios o rincones del aula se encuentren establecidos o señalados a través de carteles o señales visuales atractivas para establecer si es la zona de juegos, de trabajo, de ordenador, etc. En ocasiones, señales luminosas, brillantes o reflectantes, etiquetas o códigos de colores son muy eficaces para acentuar la información importante y atraen mucho la atención en este tipo de niños. Si nos referimos a tareas organizadas visualmente, es importante que los materiales se encuentren bien distribuidos y de forma estable, de lo contrario es probable que el niño se distraiga o desorientado si los materiales se encuentran fuera de su sitio habitual. Es importante que la tutora distribuya los recursos materiales de manera organizada, motivadora y atractiva. En cuanto a las instrucciones verbales son importantes porque van a fomentar la comprensión de las tareas de nuestro alumno Álvaro, una forma que se utiliza mucho es una plantilla, ejemplo o representación gráfica de como se pretende que realice la actividad. Además estas instrucciones visuales, la tutora las puede aprovechar para potenciar la flexibilidad del niño, tan difícil de conseguir en estos sujetos, ya que cambiando las instrucciones, modificará la conducta o respuesta obtenida (Véase Anexo VI).

> Sistemas de trabajo: es importante que Álvaro sepa antes de comenzar una tarea qué va a hacer, cuándo acabará y que pasará cuando haya acabado, para ello se utilizarán fotografías, símbolos, números o colores (preferente fotografías por su fácil comprensión dada la corta edad del alumno). Además estos sistemas de trabajo ayudan en la adquisición del concepto de terminado o acabado, ayudándole al cambio de tareas y aportándole la sensación de haberlas finalizado, reduciendo su inquietud o ansiedad.

> Establecimiento de un horario o calendario: Es fundamental, también el establecimiento de un horario visual diario, que se trabajará al inicio de la jornada escolar con él, con la finalidad de que el niño conozca las actividades que realizará durante esa jornada y en qué orden se producirán, para ello se pueden utilizar objetos, fotografías o dibujos. En este caso la recomendación para el inicio del uso de este horario en Álvaro son las fotografías, por lo menos de momento en esta etapa infantil (Véase Anexo VII).

- **Enseñanza de rutinas con flexibilidad incorporada:** se debe considerar que las rutinas y estrategias organizativas fomentan la previsión y la familiaridad de tareas disminuyendo así la agitación, además es una forma de establecerle unas costumbres adecuadas evitando que él pudiera desarrollar otras menos aceptables. Pero es necesario que las rutinas sean flexibles reflejando la realidad, aunque sea confuso en un principio para el alumno por su concepción de un mundo inalterable. Se debe establecer una estructura principal estable, pero con la introducción de pequeños detalles variables, estimulando que Álvaro se fije en la estructura en lugar de en las particularidades.
- **Aprendizaje sin error:** para conseguir el logro de este tipo de aprendizaje es fundamental adecuar los objetivos a la evolución cognitiva del niño, presentar de forma sencilla los estímulos principales, eludir los posibles elementos que distraigan su atención, y utilizar la motivación y los refuerzos positivos que durante la práctica educativa y a través de la observación se consideren eficaces con nuestro alumno Álvaro.
- **El encadenamiento hacia atrás:** se descompone la secuencia de un aprendizaje concreto en metas de conducta muy definidas, comenzando con una ayuda completa para la realización del aprendizaje, y progresivamente se van disminuyendo los apoyos o ayudas desde el final hacia el principio, fomentando que el niño realice la conducta cada vez con menos mediación, hasta finalmente llegar a realizar autónomamente el primer paso de la secuencia.
- **La enseñanza incidental:** es importante que cuando Álvaro inicie algún proceso de enseñanza por sí mismo de cualquier contenido, el adulto lo considere y responda ante él de manera natural adaptándose a las particularidades y reforzando las actitudes deseadas.
- **Utilización de tareas con bandejas autocontenidas o cajas de zapatos:** se trata de actividades muy sencillas que serían útiles por la corta edad del alumno. Es una forma de minimizar distracciones y ayudar a Álvaro a mantener su atención en la finalidad de la tarea. Dado que nuestra meta es que el niño finalice con éxito y de la forma más independiente posible la tarea, suele resultar eficaz unificar sus diferentes partes, distinguir visualmente los detalles principales, y separar los materiales para que el alumno pueda centrarse en la finalidad de la actividad. Para iniciarse en las actividades es probable que sea más eficaz trabajar en un principio solamente con un material, para progresivamente introducir más (Véase Anexo VIII).

- **Utilización del juego:** dada la edad infantil de Álvaro y sus capacidades e intereses es fundamental favorecer el juego. La tutora deberá desarrollar el juego desde una perspectiva motivadora para el niño, y comenzar con el juego individual, para posteriormente y de forma progresiva el niño sea capaz de jugar en grupo. Los diferentes niveles de desarrollo del juego serán la conducta sensoriomotora repetitiva, la conducta sensoriomotora exploradora, juegos del tipo causa- efecto, rutinas sencillas y secuencias de tipo funcional, y por último el juego simbólico. Es probable que el niño prefiera el trabajo estructurado antes que el juego, en ese caso inicialmente es importante que el juego parezca trabajo, que sea estructural y establecer su momento de finalización (Tortosa y Guillén, 2003).
  
- **Favorecer la comunicación espontánea:** desde este programa de intervención se favorecerá el inicio de la comunicación espontánea, para lo que se propone utilizar algunas estrategias como poner objetos fuera de su alcance, ofrecer cosas poco a poco para que él pueda pedirnos más, utilizar juguetes o recursos que necesiten de otra persona para su uso (pompas, cajas de música, de cuerda, espejo...), ofrecer todo menos uno aprovechando su predisposición a la uniformidad, ofrecer algo que no quiera o dejar de hacer algo para que diga “no”, establecer una rutina y romperla, esconder algo en un sitio inesperado, crear situaciones en las que el niño tenga que pedir algo para realizar una actividad o fingir equivocarnos al ofrecer un utensilio para que nos pida el adecuado (Pérez y Brito de la Nuez, 2010). Es importante también, responder ante las conductas comunicativas gestuales del niño, sean o no intencionadas, como puede ser el contacto ocular, o cuando agarra la mano, debemos darles sentido, y responder ante ellas convirtiéndolas en funcionales. Ahora bien, nuestra meta principal y el criterio del éxito desde el método TEACCH es que Álvaro se comunique espontáneamente y de forma progresiva mejore y utilice nuevas habilidades comunicativas en situaciones naturales, sea desde el sistema de expresión que sea, hablado, signado, gesticulado, a través de dibujos o cualquier otro sistema. Ahora bien, dado el Coeficiente Intelectual de Álvaro se da la posibilidad de que se produzca el lenguaje oral y la lectoescritura, por ello es fundamental que se fomente, ya que ofrecería muchas más oportunidades de desarrollo y de comunicación al niño, pero mientras que no se produce dicho lenguaje se ha considerado adecuado la utilización del sistema PECS, que es un Sistema aumentativo y alternativo de Comunicación por Intercambio de Imágenes que permitiría al niño poder comunicarse mientras no se inicie en el lenguaje oral. Este sistema de comunicación se aprende en distintas fases desde la simplicidad de una tarjeta hasta la construcción de frases, respuestas y comentarios más complejos, y lógicamente es necesario enseñar y iniciar a Álvaro en

su utilización desde las primeras fases, y progresivamente ir aumentando la dificultad según su evolución y progreso (Véase Anexo IX).

- **Interacciones muy claras y precisas, evitando preguntas indefinidas:** se debe evitar la ironía, las indirectas, los dobles significados o el lenguaje excesivo, y siempre intentar dar instrucciones sencillas y concisas, enfatizando las palabras clave, poniéndolas al final, usando palabras “divertidas” o exagerando el tono o las expresiones, establecer un ritmo adecuado que no sea demasiado rápido, mostrar visualmente lo que se está diciendo mediante gestos, imágenes objetos, etc., dar instrucciones específicas, aprovechar las preferencias y motivaciones de Álvaro, así como utilizar estrategias basadas en su estilo de aprendizaje (Pérez y Brito de la Nuez, 2010).
  
- **Educación a los padres como coterapeutas:** en este proceso de intervención es imprescindible la participación, coordinación y comunicación con los padres del niño. Así como su educación en este programa TEACCH con la finalidad que las estrategias, materiales y técnicas propuestas se utilicen tanto en casa como en la escuela y la incorporación del estilo de vida familiar del alumno al programa educativo. Se debe tener en cuenta que se trata de un proceso largo, enseñando progresivamente las diferentes habilidades o pautas de intervención en el ámbito familiar. Por tanto se debe trabajar conjuntamente con los padres, teniendo en cuenta sus opiniones y puntos de vista en las decisiones importantes que se tomen con Álvaro, ya que no debemos olvidar que son los primeros responsables de la educación de sus hijos. Así, se deben establecer las reuniones y sesiones necesarias con ellos para unificar criterios, métodos y objetivos (Mulas et al., 2010).
  
- **Evaluación diagnóstica y detallada del alumno:** se debe tener en cuenta que el programa TEACCH (Schopler, Mesibov y Hearsey, 1995) se basa entre otros principios ya descritos, en la evaluación completa y profunda del alumno con el fin de abordar el proceso de intervención de una forma individualizada. Este modelo se apoya en la evaluación psicopedagógica a través de la escala CARS (Schopler, Reichler & Renner, 1988) y PEP- 3 (Schopler & Reichler, 1979) explicadas anteriormente entre uno de los instrumentos de diagnóstico recomendados para el TEA, así como en observaciones informales de los educadores y cuidadores. Por lo tanto, sería conveniente al inicio del curso escolar y tan pronto como sea posible que Álvaro fuera evaluado a través de estas escalas por el correspondiente orientador psicopedagógico del centro docente, y consecuentemente a los resultados obtenidos, sería necesario una revisión del proceso de intervención planteado con la finalidad de añadir si fuera necesario algún aspecto que se considerara oportuno, dado que

tendríamos mayor información y datos. Además también se recomienda que la tutora de Álvaro considere la necesidad de plasmar por escrito las observaciones relevantes que vaya observando día a día en el aula con él, de forma que cada vez la información sea mayor, cuantitativa y cualitativamente hablando, con la finalidad de que individualizar y optimizar cada vez más la intervención (Gándara, 2007). Otro aspecto a tener en cuenta será además de la evaluación lo más pronto posible con las escalas mencionadas, la realización de la próxima evaluación como máximo en el tercer curso del segundo ciclo de la Educación Infantil, es decir, a los 5 o 6 años, con la finalidad de establecer la evolución, las características y las necesidades del alumno, antes de su paso a la Educación Primaria para tomar decisiones con respecto a su escolarización y apoyos específicos necesarios.

Además se utilizarán algunas de las **prácticas basadas en la intervención** que no están fundamentadas específicamente en el TEACCH, pero sí son compatibles con el programa planteado, como es el caso de:

- **Fomento de habilidades relacionadas con la autonomía personal:** es importante que Álvaro vaya adquiriendo progresivamente capacidades relacionadas con la alimentación autónoma y el control de esfínteres, para lograrlo deberemos trabajar conjuntamente y establecer unas pautas de ayuda a los padres del niño. En cuanto al control de esfínteres es necesario tener paciencia ya que a estos niños les suele costar más el control de esfínteres que a un sujeto sin este trastorno. Algunas pautas que pueden ayudar a su adquisición son: establecer unas rutinas o momentos para ir al WC (por ejemplo después de las comidas), descubrir las señales que pudieran indicar la necesidad de ir al baño o las recompensas positivas, y sobretodo ofrecer un método que permita al niño indicarnos su necesidad de acudir al baño, en este caso de momento será a través del sistema de comunicación PECS que utilizará el niño (Marco, 2013). En cuanto a la alimentación, es necesario que los padres vayan disminuyendo los apoyos progresivamente hasta conseguir que el alumno sea capaz de alimentarse por sí mismo.
- **Estrategias de aprendizajes a iguales:** teniendo en cuenta la necesidad de mejora en el ámbito de la socialización de Álvaro, así como su preferencia en el caso de trabajar de forma grupal, que se trate de grupos pequeños y si es posible compuesto por los mismos alumnos, se considera adecuado que el tutor fomente en ciertos momentos del proceso de enseñanza aprendizaje el aprendizaje o la tutoría entre iguales con el niño. Inicialmente sería conveniente, la elección de

uno o dos alumnos que pudieran ayudar a Álvaro en ciertas momentos o actividades, lógicamente de dificultad baja teniendo en cuenta que son niños de tres años, y así progresivamente en años posteriores ir añadiendo alguno más. No obstante el trabajo en grupo sí se debería trabajar con bastante frecuencia para que el niño vaya mejorando y habituándose a las relaciones sociales con iguales.

- **Conductas desafiantes:** ante este tipo de conductas que pueden adoptar diversas formas como autoagresiones, agresiones, estereotipias, conductas disruptivas, faltas de atención, entre otras, la tutora deberá identificar con qué función Álvaro desempeña dicha conducta y así ofrecer una alternativa más aceptable y funcional para él mismo o para los demás (Pérez y Brito de la Nuez, 2010).
- **Autodeterminación:** desde esta perspectiva se proponen dos enseñanzas básicas. La primera es enseñar al alumno a elegir, en un principio entre elecciones fáciles como por ejemplo entre dos cosas, gustándole una mucho o entre varias siendo la favorita la última o la primera, y progresivamente ir aumentando la dificultad de las elecciones. La otra es enseñar a dirigir, dado que Álvaro presenta una falta de atención, este aprendizaje le permitirá estar más atento a la situación, aceptar más interacciones en esa actividad, así como aprender que es capaz de hacer que las cosas sucedan. Por tanto, es muy recomendable para el niño el aprendizaje de ambas estrategias planteadas (Pérez y Brito de la Nuez, 2010).

#### Adaptaciones en contenidos curriculares y en la evaluación:

Será necesaria la introducción y prioridad de contenidos u objetivos relacionados con:

- Requisitos previos al lenguaje como es el caso de la atención conjunta, la imitación de aspectos verbales o motrices y las estrategias de percepción de contingencias y de anticipación, entre otras.
- Bases funcionales del lenguaje como la discriminación auditiva y visual, la respiración y el soplo o las praxias articulatorias.
- Dimensiones del lenguaje: fonética, fonológica, semántica, morfosintáctica y pragmática. Como es el caso de la utilidad y el uso social del lenguaje, el establecimiento de funciones comunicativas (pedir, rechazar, mostrar, comentar...) o la intervención para eliminar las ecolalias.

En cuanto a la evaluación se considerará las adaptaciones de acceso y las adaptaciones en los contenidos curriculares, recogidos en el Plan de Atención Individualizado del alumno (PTI) para el establecimiento de unos criterios de evaluación adecuados al alumno.

Estas adaptaciones relacionadas con contenidos han sido propuestas a modo de orientación y ejemplificación, sin embargo será el tutor en colaboración con su equipo docente (incluido PT, AL y apoyo ordinario) quienes las concreten en la elaboración del PTI de AGN, basándose en este programa de intervención, así como en las orientaciones ofrecidas por el orientador psicopedagógico del centro docente.

#### Relación con el resto de profesionales implicados y con la familia:

La coordinación entre los diferentes profesionales implicados en el proceso educativo del alumno es fundamental para la elaboración del programa de intervención, así como para su seguimiento, evaluación y toma de decisiones conjunta. En este caso van a estar implicados de forma directa en el caso el CDIAT con sus correspondientes profesionales, el tutor o tutora del niño, el profesional de Pedagogía Terapéutica, el de Audición y Lenguaje, el apoyo ordinario, el Auxiliar Técnico Educativo y el Orientador Psicopedagógico del centro docente, así como la familia de Álvaro. Dada la multitud de profesionales implicados la intervención se abordará desde un enfoque interdisciplinar unificando metas, objetivos y metodología utilizadas con el niño. Para su consecución, se organizarán y planificarán las reuniones y entrevistas que se consideren necesarias, y sería conveniente la utilización de algún o algunos canales no presenciales, de forma que la comunicación sea lo más habitual posible, como es el caso de una libreta o agenda para la comunicación de la familia y el centro educativo, en la que se anoten las posibles modificaciones en objetivos o estrategias de intervención, nuevos entrenamientos o aprendizajes, fechas de reuniones o problemas de conducta. Así como contactos telefónicos o virtuales entre el CDIAT, el centro, el orientador psicopedagógico o la familia. El grado de coordinación entre los agentes implicados determinará nuestro éxito. Por otro lado también es importante la formación y orientación del tutor de Álvaro y de la familia ya que son los que más tiempo pasan con él, por tanto el CDIAT y el Orientador Psicopedagógico, deben ser los encargados de facilitarles dicha información (Pérez y Brito de la Nuez, 2010).

Centrándonos ahora específicamente en la familia por su importancia en el proceso educativo del niño, los profesionales debemos comprender su preocupación y estrés, sus necesidades e

ilusiones, además de ser conscientes de que ellos son los responsables, los que deciden, los que siempre estarán con el niño, nosotros sin embargo, acompañaremos al niño solamente durante un determinado período de su vida durante el que deberemos ser capaces de marcar un rumbo adecuado. La colaboración con la familia nos permitirá generalizar aprendizajes a su ambiente, aumentar los períodos de intervención dándose también en el hogar, incrementar las áreas de intervención como es la autonomía, la vida en comunidad o la autodeterminación, podremos conocer y profundizar en la vida del niño, plantear objetivos funcionales y ecológicos, aumentar la aceptación del niño por parte de la familia ya que ellos se sentirán parte activa de la intervención y asesorarlos y ofrecerles apoyo (Lozano y Cañete, 2010).

Ahora bien, como conclusión y colofón a esta propuesta de intervención cabe destacar en primera instancia que el programa de intervención planteado se basa como hemos podido comprobar en las características propias de la etapa de Educación Infantil donde Álvaro será escolarizado, así como en el modelo de intervención TEACCH y en prácticas concretas basadas en la intervención, configurando todo ello un programa óptimo e individualizado a las características evolutivas del niño. Desde esta intervención la participación y coordinación familia, escuela y terapeutas o agentes implicados en el proceso educativo del niño, es una condición *sine qua non* para el logro o éxito del programa, de ahí la importancia que se le da durante el proceso planteado.

Por otro lado, se tendrá en cuenta que la evolución de los niños con TEA no es estable ni predecible en ningún caso, por ello es tan importante que se de un seguimiento y una evaluación periódica y adecuada tanto del desarrollo evolutivo que va adquiriendo Álvaro a lo largo de toda su escolarización teniendo en cuenta las diferentes áreas y habilidades implicadas, como del proceso de intervención que se está llevando a cabo con él, modificándolo y perfeccionándolo tantas veces como sea necesario, sin considerarlo en ningún caso como un elemento estático e invariable, porque ello llevaría al fracaso de todos como profesionales y lo que es peor aún, a un niño no atendido adecuadamente desde la escuela y consecuentemente sin la optimización del desarrollo de sus potencialidades.

Para la finalización de este apartado, se concluirá con una publicación de Rivière (1996) sobre “¿Qué nos pediría un autista?” (Véase Anexo X) como una invitación a la reflexión del lector hacia algunos aspectos muy sencillos que nos ayudarán en la relación con estos niños. Se trata sobretudo de ser pacientes en la obtención de logros y resultados esperados, y de no olvidar que los sujetos con TEA son ante todo personas, y que comparten con nosotros muchas cosas aunque a veces inmersos en nuestra labor pedagógica seamos capaces de olvidarlo.

## **5. ANÁLISIS Y RESULTADOS ESPERADOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA.**

A través de esta propuesta de intervención psicopedagógica para un caso de un alumno con TEA que va a ser escolarizado en el primer curso de la Educación Infantil, se esperaría conseguir, dado que no se va a poner en práctica por lo menos por el momento, el desarrollo armónico y mejora de todas sus capacidades, haciendo especial hincapié en aquellas áreas en las que más dificultades presenta como es el caso de las habilidades sociales, lingüísticas y comunicativas, y de autonomía personal, para ofrecer una estimulación temprana adecuada así como para prevenir posibles dificultades futuras como resultado de una inadecuada e ineficaz intervención, y así, de esta manera, mejorar su calidad de vida y la de su familia y fomentar la participación adecuada y lo más autónoma posible de dicho alumno en todos los contextos sociales, familiares y educativos en los que se desenvuelve.

A partir del programa de intervención planteado, se espera la consecución de los diferentes objetivos formulados al inicio de la propuesta, contribuyendo a que el alumno, pese a sus dificultades, sea capaz de desarrollar de forma óptima sus diferentes habilidades, de adaptarse de forma progresiva al mundo que le rodea, aceptando sus características personales como ser único e irrepetible que posee unas características concretas, y de formar un autoconcepto positivo y una alta autoestima. Para ello es imprescindible ofrecerle durante su etapa escolar un adecuado proceso de enseñanza aprendizaje que le permita crecer como persona, y esta intervención se plantea como el inicio de ese proceso educativo, además de proporcionar a su familia una buena formación y orientación sobre el problema de su hijo y su adecuado tratamiento, con la finalidad de trabajar coordinadamente hacia unas metas y prioridades conjuntas, y para que cuando el alumno finalice su etapa escolar, su entorno familiar le ofrezca múltiples oportunidades de madurar y alcanzar el éxito personal.

Todo ello es lo que se espera de esta intervención, aunque se debe tener en cuenta que si se pusiera en práctica y no se consiguieran los objetivos propuestos y los resultados esperados, siempre se está a tiempo de modificar, adecuar y mejorar el proceso propuesto, dado que como profesionales psicopedagogos no podemos concebir nunca un programa de intervención psicopedagógica como un elemento o aspecto fijo e inamovible.

## **6. CONCLUSIONES**

Ahora bien, llegados al último punto de este trabajo, es el momento de establecer conclusiones y reflexionar acerca de lo expresado en este TFM. En primer lugar, dada su influencia en nuestra labor de psicopedagogos, se debe destacar la amplitud de este trastorno, que nos lleva a casos muy diferentes desde sujetos que casi podrían pasar desapercibidos, incluso a veces no se llegan a diagnosticar, hasta casos verdaderamente graves, donde el afectado es una persona totalmente dependiente de su entorno familiar y social; y todo ello da lugar a procesos de intervención de alumnos con TEA muy variados, adaptándose a cada caso personal y resultando imposible su generalización (Rapin, 2002).

Otro aspecto que se debe resaltar por la dependencia del éxito o del fracaso del proceso, es la conveniencia de un alto nivel de especialización de los profesionales implicados, así como la importancia de establecer diagnósticos e intervenciones desde un plano interdisciplinar dada la complejidad del proceso. Así también, el diagnóstico precoz y las innovaciones con respecto a terapias y técnicas, están dando lugar a mejores resultados en la intervención con estos alumnos, sobretodo cuando se trabaja de forma conjunta con la familia y se les forma y prepara para el adecuado tratamiento de sus hijos, así como la utilización de algunos tratamientos farmacológicos que en ciertos casos no como intervención única, sino como complemento, mejora ciertas conductas presentes en algunos TEA tales como, ansiedad, agresividad, depresión... y por tanto, colaboran a la estabilidad emocional del sujeto en la medida de lo posible (Posada, Artigas et al., 2005).

Centrándonos en el caso propuesto sobre el que se ha diseñado la intervención de forma concreta, su logro o éxito se basaría en la consecución de los objetivos planteados una vez aplicada la intervención a la realidad, por tanto que el proceso de enseñanza aprendizaje se adapte a las características y necesidades del alumno, que se planifiquen actividades, ambientes, estrategias y metodologías eficaces teniendo en cuenta su estilo de aprendizaje, que se trabaje a través de la interdisciplinariedad, la coordinación, la comunicación y la formación adecuada en el modelo de intervención integral TEACCH de los diferentes agentes implicados en la educación del alumno, incluyendo como parte fundamental del proceso a la familia, y establecer un seguimiento y evaluación periódica del proceso, adecuándolo a las características del niño en cada momento de su escolaridad, serían los indicadores principales de que la propuesta de intervención ha sido adecuada y eficaz, y si se llevara a cabo tal y como se plantea en este TFM, los objetivos propuestos probablemente se conseguirían, ya que cada uno de ellos se ha tenido en cuenta en el desarrollo de la intervención, siendo planificado de forma intencional todo el proceso y sin dejar espacio, a intervenciones azarosas o no reflexionadas previamente.

Como colofón a este apartado, cabe destacar, que el diagnóstico y el tratamiento del TEA, supone e implica grandes retos para nuestra sociedad, primero, para responder a las necesidades de los sujetos afectados y a las de su familia, respetando sus decisiones, y fomentando una actitud realista, crítica y optimista hacia la situación planteada. También, para los profesionales y servicios que deben asumir el reto de formarse aún más técnicamente, de colaborar de forma multilateral estableciendo un marco común, de generalizar las buenas prácticas, y desarrollar nuevos servicios, y de comprometerse y solidarizarse con la causa. Finalmente, la investigación del TEA aún tiene muchos desafíos por delante, con el objetivo de comprender, avanzar y solucionar aspectos aún desconocidos sobre este trastorno, para lo cuál se requiere más financiación y mayor participación de los afectados y sus familiares en los estudios e investigaciones, con el último objetivo de seguir desarrollando y avanzando hacia nuevas técnicas, procesos, metodologías e intervenciones que permitan un futuro más prometedor para toda la sociedad (Posada, Artigas et al., 2005).

### **6.1 Líneas de investigaciones futuras**

En cuanto a líneas de investigación futuras, desde un enfoque pragmático estaría el gran interés en la aplicación de este programa de intervención con el fin de comprobar su eficacia y adecuación a las necesidades del caso propuesto, pero ya que no es algo factible, nos centraremos en otras posibilidades más accesibles. Teniendo en cuenta un enfoque más de tipo teórico, sería interesante para próximas investigaciones o elaboraciones, la especificación en los diferentes tipos de TEA, es decir, se ha comenzado con este trabajo sobre el TEA a nivel general, y sería una gran oportunidad dado mi gran interés por este trastorno, especializarme más en él, a través del estudio e investigación de los diferentes tipos que se dan: el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, o si no de todos, ya que probablemente para un período de tiempo relativamente próximo sería demasiada información, sí ir progresivamente investigando sobre aquellos que más me puedan llamar la atención, como es el caso del síndrome de Asperger. Con respecto a otras posibles investigaciones futuras, aunque ya no vinculadas a este trastorno, estarían los graves trastornos de conductas en niños y adolescentes y las altas capacidades, que también son dos líneas que desconozco bastante, pero que me gustaría investigar y estudiar en un futuro, espero, no muy lejano.

## 6.2 Limitaciones

En cuanto al diagnóstico y tratamiento de los TEA, encontramos varias dificultades o limitaciones, como es el caso en primer lugar de su etiología desconocida, que no nos permite conocer la causa y por tanto, poder prevenir o actuar en consecuencia, por otro lado las variadas formas de aparición de este trastorno, que no permiten el establecimiento de un patrón único o por lo menos similar de actuación o intervención; otra dificultad que se presenta es que al tratarse de un déficit en las habilidades más tardías del desarrollo humano junto con la heterogeneidad del trastorno, no facilita la previsión de la evolución, si no que se desconoce hasta que no llega el momento evolutivo de la adquisición de cierta habilidad y el niño no la desarrolla o aparece pero inadecuadamente; otro aspecto es la dificultad para alcanzar acuerdos globales sobre el concepto y la clasificación del trastorno; también encontramos dificultades debido al desconocimiento de los profesionales de la salud ante este trastorno, así como los escasos recursos comunitarios de orientación y asesoramiento, al menos a nivel público, y por último el natural rechazo de la familia a la confirmación de la sospecha del trastorno que retrasa en muchas ocasiones la asistencia a servicios de diagnóstico, así como su desconocimiento lógico sobre hitos del desarrollo y posibles alteraciones, además de la ignorancia ante los servicios disponibles (Lozano y Cañete, 2010).

Ahora bien, a la hora de elaborar el trabajo las dificultades con las que yo me he encontrado, han sido básicamente la gran cantidad de información, que no es una limitación en sí, si no más bien una ventaja, pero hace más difícil la elección de la información y la revisión de las fuentes para comprobar que sean fiables y actualizadas. Por otro lado, como se ha mencionado en el párrafo anterior, he encontrado dificultades para establecer un concepto del TEA aceptado desde todas las posibles perspectivas, así como una clasificación única, ya que aunque en la actualidad esté vigente la clasificación del DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), en la práctica la mayoría de profesionales utilizan la clasificación del DSM IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), de ahí la decisión de incluir ambas en esta elaboración. Y por último destacar también que en el área social, son bastante más escasos los recursos encontrados para la intervención que en otras áreas como la cognitiva o la comunicativa, probablemente se deba a la adquisición intuitiva en la mayoría de los individuos, pero sin embargo su ausencia en el TEA nos muestra la importancia que tiene esta área para el desarrollo armónico de las personas (Lozano y Cañete, 2010).

Pese a estas escasas dificultades en la elaboración del trabajo, en líneas generales estoy muy satisfecho tanto con lo aprendido en el proceso de elaboración desde una perspectiva teórica a través del análisis del estado de la cuestión, y práctica a través de la propuesta de intervención psicopedagógica, como con el resultado obtenido finalmente.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Agüero, J. (2000). Tratado de psiquiatría. *Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Aran: Madrid. Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/tratado/cap\\_35.pdf](http://www.psiquiatria.com/tratado/cap_35.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). Manual Diagnóstico DSM IV. Masson: Barcelona.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA. Recuperado de [https://drive.google.com/file/d/0B1\\_tR-uTrCqPS2o3Sk1TWXJZMkk/view?pli=112](https://drive.google.com/file/d/0B1_tR-uTrCqPS2o3Sk1TWXJZMkk/view?pli=112)
- Asperger, H. (1944). *Autistischen Psychopathen' im Kindesalter* [Psicopedagogía Autista en la Infancia]. Recuperado de <http://www.icid.com.ar/archivos/articulos/apd12-psicopatia-autista-infancia.pdf>
- Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br J Psychiatry*; 161: 839-43.
- Bristol, P.M., & Spinella, G. (1999). Research on screening and diagnosis in autism: A work in progress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(6), 435–438.
- Bustos, E. (2007). La familia y la escuela. *Revista de innovación y experiencias educativas*, (22).
- Cabanyes-Truffino, J., & García-Villamizar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista Neurología*, 39 (1), 81-90.
- Coll, C. y Gómez, (1991). *Desarrollo psicológico y educación*. Tomo I. Psicología evolutiva. Alianza: Madrid.
- Cuxart, F (2000). *Temas introductorios: causas del autismo*. Recuperado de <http://eoeptgdbadajoz.juntaextremadura.net/wp-content/uploads/2011/11/Causas-del-autismo..pdf>
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590so.pdf>
- Díaz, F. (2001). *Bases biológicas del autismo y tratamientos farmacológicos*. Recuperado de [http://asperger.es/articulos\\_detalle.php?id=162Bases%20biol%F3gicas%20del%20autismo%20y%20tratamientos%20farmacol%F3gicos](http://asperger.es/articulos_detalle.php?id=162Bases%20biol%F3gicas%20del%20autismo%20y%20tratamientos%20farmacol%F3gicos)

- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J. A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Aletxa, M. A., Ferrari-Arroyo, M. J., ... & Posada de la Paz, M. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista Neurología*, 41(5), 299-310.
- Echeita, G. & Sandoval, M. (2002). Educación inclusiva o educación sin exclusiones. *Revista de Educación*. 236-242 (327). Recuperado de [http://www.mecd.gob.es/revista-de-educacion/numeros-revista-educacion/numeros-anteriores/2002/re327/re327\\_03.html](http://www.mecd.gob.es/revista-de-educacion/numeros-revista-educacion/numeros-anteriores/2002/re327/re327_03.html)
- Etchepareborda, M. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología Clínica*; 2 (1):175–192. Recuperado de <http://espectroautista.info/ficheros/bibliograf%C3%ADa/etchepareborda2001pne.pdf>
- Federación Autismo Andalucía. (2005) *El Trastorno del Espectro Autista: guía para su detección precoz*. Recuperado de [http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1548/5/TEA\\_2005.pdf](http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1548/5/TEA_2005.pdf)
- Filipek, P.A.(1999) Los trastornos del espectro autista. En K. Swaiman y S. Ashw, *Neurología Pediátrica. Principios y práctica*. St. Louis: Mosby.
- Gándara, C. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. *Revista de logopedia, Foniatría y Audiología* vol. 27 (4), 177-186. Recuperado de <http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2012/05/03-Ppios-y-estrategias.pdf>
- Gándara, C. (2013). Teacch para alumnos con TEA escolarizados. *Revista digital EOS Perú*. (2), vol. 1. Pp. 10-16. Recuperado de <http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2015/04/PUB-2013-Intervención-temprana-basada-en-el-TEACCH-para-alumnos-con-TEA-escolarizados.pdf#page=10>
- García Aretio, L; Ruiz Corbella, M; García Blanco, M. (2009): *Claves para la educación. Actores, agentes y escenarios en la sociedad actual*. Madrid: Narcea.
- Giné, C. (2001). Inclusión y sistema educativo. *Recuperado de* <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/1.pdf>
- Grau, C. (1998). *Educación especial de la integración escolar a la escuela inclusiva*. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/41421/DE%20%20ESCUELA%20INCLUSIVA%20definitivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. (2010). *Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria: versión resumida*. Recuperado de <http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/resumida/apartado00/autoría.html>
  
- Güemes I, Martín MC, Canal R, Posada M. Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista. Madrid: IIER-Instituto de Salud Carlos III; 2009.
  
- Guerrero, L. (2001). Necesidades Educativas Especiales. *Revista de Ciències de l'Educació*, 201-222. Recuperado de <http://pedagogia.fcep.urv.es/revistaut/revistes/juny08/article09.pdf>
  
- Henao, G., Ramírez, L. y Ramírez, C. (2006). *Qué es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes*. Recuperado de [http://200.48.31.85/documentos/psicologia/Agora%20Diez%20\(Tema%204%20Que%20es%20la%20Intervencion%20Psicopedagogica\).pdf](http://200.48.31.85/documentos/psicologia/Agora%20Diez%20(Tema%204%20Que%20es%20la%20Intervencion%20Psicopedagogica).pdf)
  
- Instituto de Investigación de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III. (2014) *Preguntas más frecuentes planteadas en el autismo*. Recuperado de <http://espectroautista.info/textos/divulgación/preguntas-frecuentes-autismo>
  
- Kanner, L. (1943) *Autistic disturbances of affective contact* [Trastornos autistas del contacto afectivo] Recuperado de <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo11/files/autismo-2013/TRASTORNOS-AUTISTAS-DEL-CONTACTO-AFECTIVO.pdf>
  
- Krug DA, Arick J, Almond P. (1980) Behaviour checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behaviour. *J Child Psychol Psychiatry*; 21: 221-9.
  
- Hernández, J. M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., & Posada, M. A. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 41(4), 237-45. Recuperado de <http://www.associacioaprenem.org/sites/default/files/guideteccioTEA.pdf>
  
- López Gómez, S; Rivas Torres,R; Taboada Ares, E. (2009) Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología* (3) vol.41 pp.555-570. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a11>

- López Gómez, S; Rivas Torres,R; Taboada Ares, E. (2009). *Etiología del Autismo: Un Tema a Debate* *Etiology of Autism: A Subject of Debate*. Recuperado de <http://neuroharte.com/multimedia/documentos/La%20Etiolog%EDa%20del%20Autismo%20Un%20Tema%20a%20Debate.pdf>
- Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 1994; 24(5): 659-685.
- Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S. (1999). Autism diagnostic observation schedule-WPS (ADOS-WPS). Los Ángeles, CA: Western Psychologi- cal Services.
- Lozano, P. & Cañete, F. (2010). Atención temprana en los trastornos generalizados del desarrollo. *Manual de atención temprana* (293- 309). Pirámide: Madrid.
- Marco, A. (2013). *Entrenamiento de esfínteres en niños con TEA*. Recuperado de <http://blog.psicotrade.com/entrenamiento-de-esfinteres-en-ninos-con-tea/>
- Morril, W.H., Oeting, E.R. y Hurst, J.C. (1974). Dimensions of counsellor functioning. *Personal and Guidance Journal*, 52, 354 – 359.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología*, 50 (3), 77-84.
- Pérez, J. & Brito de la Nuez, A. (2010). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Posada, M., Artigas, J., Belinchón, M., Canal, R., Diéz- Cuervo, A., Ferrari, M., Fuentes, J., Hernández, J., Hervás, A., Idiazábal, M., Martos, J., Muñoz, J., Mulas, F., Palacios, S., Tamarit, J. & Valdizán, J. (2005) *Detección y diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista*. Recuperado de [http://ier.isciii.es/autismo/pdf/aut\\_confintea.pdf](http://ier.isciii.es/autismo/pdf/aut_confintea.pdf)
- Rapin, I. (2002). The autistic-spectrum disorders. *The New England Journal of Medicine*, 347, 302-303.
- Richler, J., Bishop, S. L., Kleinke, J. R. & Lord, C. (2007). Restricted and repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 73-85.

- Rivière, Á. (2000). ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. *El niño pequeño con autismo*. Madrid: APNA-IMSERSO, 13-32. Recuperado de [https://enlafiladeatras.files.wordpress.com/2013/01/nic3b1o\\_pequec3b1o\\_con\\_autismo.pdf](https://enlafiladeatras.files.wordpress.com/2013/01/nic3b1o_pequec3b1o_con_autismo.pdf)
- Roberts J, Prior M. A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention for children with autism spectrum disorders. Australia: Australian Government Department of Health and Ageing; 2006.
- Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*; 31: 131-44.
- Rodríguez Diéguez, J. (2004). *Diccionario Enciclopédico de Didáctica. Vol. I y II*. Aljive: Málaga.
- Rodríguez, C. (2009). *El método TEACCH*. Recuperado de [www.adaptacionescurriculares.com/Autismo%2012%20metodoTEACCH.pdf](http://www.adaptacionescurriculares.com/Autismo%2012%20metodoTEACCH.pdf)
- Salvadó, B., Palau M., Clofent, M., Montero M., Hernández, M. (2012) *Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista*. *Rev Neurol* ; 54 (Supl 1): S63-71.
- Schopler, E. & Reichler, R. (1979). The Psychoeducational Profile (PEP) [El Perfil Psicoeducacional (PEP)]. Vol. I. University Park Press. Baltimore.
- Schopler, E., Reichler, R. & Renner, B. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Ángeles. Western Psychological Services.
- Schopler, E., Mesibov, G. B., & Hearsey, K. (1995). Structured Teaching in the TEACCH System. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Learning and Cognition in Autism* (pp. 243-267). New York: Plenum Press.
- Schopler, E. (2001). *El Programa TEACCH y sus principios*. Ponencia realizada por el Dr. Schopler en las Jornadas Internacionales de Autismo y PDD: Barcelona.
- Siegel, B. (2004). Pervasive Developmental Disorders Screening Test- II. [Test II de cribado para Trastornos Generalizados del Desarrollo] San Antonio: Harcourt Assessments.

- Silvestre, N. y Solé, M. (1993) *Psicología evolutiva. Infancia, preadolescencia*. CEAC: Barcelona.
- Tortosa, F. & Guillén, C. (2003). *Teacch más que un programa para la comunicación*. Recuperado de [http://www.edu.xunta.es/centros/cfrcoruna/aulavirtual/file.php/208/TEACCH.Tratamiento\\_y\\_Educacion\\_de\\_NINOS\\_CON\\_AUTISMO\\_O\\_PROB\\_CONDUCTA.pdf](http://www.edu.xunta.es/centros/cfrcoruna/aulavirtual/file.php/208/TEACCH.Tratamiento_y_Educacion_de_NINOS_CON_AUTISMO_O_PROB_CONDUCTA.pdf)
- UNESCO (1995). *Las Necesidades Especiales en el Aula. Conjunto de materiales para la formación de profesores*. París: Unesco.
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. [Alteraciones graves de la interacción social y las anomalías asociadas en niños: epidemiología y clasificación.] *Journal of Autism and developmental Disorders*, 9,11-29.
- Wing, L. (1988). The continuum of autistic characteristics. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.) *Diagnosis and Assessment in Autism*. New York: Plenum.
- Wing, L. (1991). *The Relationship Between Asperger's Syndrome and Kanner's Autism*: Cambridge.

### **Referencias legislativas**

- Ministerio de Educación (2006). *Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación*.
- Ministerio de Educación (2006). *Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil*
- Conserjería de Educación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2008). *Decreto 254/2008, de 1 de agosto, por el que se establece el currículo oficial del segundo ciclo de la Educación Infantil en la comunidad Autónoma de la Región de Murcia*.
- Conserjería de Educación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2009). *Decreto 359/2009, de 30 de octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*.

## ANEXO I.

Tabla II Indicadores de autismo típicos de la etapa 18-36 meses. Fuente: extraída de Rivière (2000) P.17.

Indicadores de autismo típicos de la etapa 18-36 meses
1. Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
2. No “comparte focos de atención “ <u>con</u> 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. Atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de vídeo.
12. Coge rabietas en situaciones de cambio.
13. Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma <u>ecolálica</u> 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,
25. No da la impresión de “complicidad interna” con las personas que le rodean, aunque tenga afecto por ellas.

## ANEXO II

Tabla III. CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*). Fuente: extraída de Hernández et al., (2005) P. 241.

---

### Sección A: preguntar al padre/madre

- ¿Disfruta su hijo al ser mecido, botar en sus rodillas, etc.?
- ¿Se interesa su hijo por otros niños?
- ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?
- ¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras/escondite?
- ¿Simula alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té usando una tetera y una taza de juguete, o simula otras cosas?
- ¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para pedir algo?
- ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar interés por algo?
- ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (por ejemplo, coches o bloques), y no sólo llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?
- ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para mostrarle algo?

---

### Sección B: observación (por parte del pediatra)

- ¿Ha establecido el niño contacto ocular con Vd. durante la observación?  
Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante en la habitación y diga: '¡oh, mira! ¡Hay un (nombre del juguete)!'. Observe la cara del niño. ¿Mira el niño lo que usted está señalando?
- Consiga la atención del niño, entonces dele una tetera y una taza de juguete y diga: '¿puedes servir una taza de té?'
- Diga al niño: '¿dónde está la luz?'. ¿Señala el niño, con su dedo índice, la luz?
- ¿Sabe el niño construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos? (Número de bloques: ...)

---

<sup>a</sup> El CHAT se reproduce tal como ha sido originalmente traducido al español por sus autores. Algunos de sus términos son poco claros y la versión merece una revisión, así como su adecuación cultural. A todas las preguntas u observaciones, la respuesta es sí/no.

---

### ANEXO III

Tabla IV. MCHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). Extraída de Hernández et al. (2005) P. 241.

---

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja cómo su hijo o hija se comporta normalmente. Intente, por favor, contestar a todas las preguntas. Si el comportamiento evaluado no es el habitual (por ejemplo, usted solamente lo ha visto una o dos veces), conteste que el niño no lo hace.

- ¿Le gusta que le balanceen; que el adulto le haga el 'caballito' cuando le sienta en sus rodillas, etc.?
- ¿Muestra interés por los demás niños?
- ¿Le gusta trepar a las cosas, como subir escaleras?
- ¿Le gusta que el adulto juegue con él al 'cucú-tras/escondite' (taparse los ojos y luego descubrirlos, para verle de repente), a jugar a esconderse y aparecer?
- ¿Alguna vez juega a simular cosas como, por ejemplo, hablar por teléfono o que está cuidando a las muñecas o imaginándose otras cosas?
- ¿Alguna vez utiliza su dedo índice para señalar, con el fin de pedir algo?
- ¿Alguna vez utiliza su dedo índice para señalar, con el fin de indicar que algo le interesa?
- ¿Puede jugar adecuadamente con juguetes pequeños (por ejemplo, coches o bloques de construcción) sin que únicamente se los lleve a la boca, los agite con la mano o los tire?
- ¿Alguna vez le trae objetos a usted, para mostrárselos?
- ¿Le mira a Vd. directamente a los ojos durante más de 1 o 2 segundos?
- ¿Le parece alguna vez que es excesivamente sensible a los ruidos, por ejemplo, porque le ve taparse los oídos?
- ¿Sonríe como respuesta al ver la cara o la sonrisa de usted?
- ¿Le imita? (Por ejemplo, si usted hace una mueca, él también la hace)
- ¿Responde a su nombre cuando se le llama?

Si usted apunta con su dedo a un juguete al otro lado de la habitación,  
¿mira dicho juguete?

¿Es capaz de caminar solo?

¿Dirige el niño su mirada hacia las cosas que usted está mirando?

¿Hace el niño movimientos raros con los dedos,  
poniéndoselos cerca de su propia cara?

¿Intenta conseguir atraer la atención de usted sobre las actividades  
que está realizando?

¿Alguna vez ha pensado que el niño podría ser sordo?

¿Entiende el niño lo que la gente le dice?

¿Se queda mirando fijamente al vacío o va de un lado  
para otro sin propósito?

Si el niño tiene que afrontar algo que le resulta desconocido,  
¿le mira a usted a la cara, y busca su reacción?

---

## ANEXO IV

*Criterios diagnósticos del DSM V para el TEA. Extraída de Asociación Americana de Psiquiatría (2013).*

### **DSM V. Trastorno del Espectro del Autismo 299.00 (F84.0)**

#### **Criterios diagnósticos**

**A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados** (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos):

1. Déficits en reciprocidad socioemocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.
2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.
3. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

**B. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados** (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos,):

1. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ejs., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ejs., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).
3. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

**C. Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).**

**D. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.**

**E. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia concurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.**

# ANEXO V

Tabla V. Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado (M-CHAT) aplicada a Álvaro González Norte.

CRÍTICOS	Nº	M-CHAT	RESP.	PUNTUACIÓN
	1	¿Le gusta que se le balancee o que se le haga saltar sobre sus rodillas, etc.?	SÍ	0
0	2	¿Muestra interés por otros niños?	SÍ	0
	3	¿Le gusta subirse a sitios como por ejemplo las escaleras, sillones, etc.?	SÍ	0
	4	¿Disfruta si el adulto juega con él a “cucú-tras” o al escondite?	SÍ	0
	5	¿Alguna vez hace juegos imaginativos, como si hablara por teléfono, <u>dara</u> de comer a una muñeca o estuviera conduciendo un coche o cosas así?	SÍ	0
	6	¿Suele señalar con el dedo para pedir o reclamar algo?	SÍ	0
0	7	¿Suele señalar con el dedo para indicar algo que le llama la atención?	SÍ	0
	8	¿Puede jugar apropiadamente con piezas o juguetes pequeños, por <u>ejemplo coches</u> o bloques de construcción sin chuparlos, toquetearlos o tirarlos únicamente?	SÍ	0
0	9	¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	SÍ	0
	10	¿Suele mirarle a los ojos durante más de uno o dos segundos?	SÍ	0
	11	¿Le parece hipersensible a ruidos poco intensos? Reaccionando por ejemplo, tapándose los oídos.	SÍ	1
	12	¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe a él?	SÍ	0
1	13	¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted realiza? Por ejemplo, si usted hace una mueca ¿él la repite?	NO	1
1	14	¿Responde cuando se le llama por su nombre?	NO	1

CRÍTICOS	Nº	M-CHAT	RESP.	PUNTUACIÓN
0	15	Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación, ¿dirige la mirada hacia el juguete?	SÍ	0
	16	¿Ha aprendido a andar?	SÍ	0
	17	¿Mira su hijo las cosas que usted está mirando atentamente?	NO	1
	18	¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos poniéndoselos cerca de su propia cara?	SÍ	1
	19	¿Intenta conseguir atraer la atención de usted sobre las actividades que está realizando?	NO	1
	20	¿Alguna vez ha pensado que el niño podría ser sordo?	SÍ	1
	21	¿Entiende su hijo lo que la gente dice?	SÍ	0
	22	¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado para otro sin propósito?	SÍ	1
	23	¿Le mira su hijo a la cara para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?	SÍ	0
2		<b>TOTAL CRÍTICOS</b>	<b>SUMA GENERAL</b>	<b>8</b>

Álvaro González Norte ha obtenido unos resultados de fallo en 2 ítems críticos y en 8 generales, lo que en principio resultaría una puntuación negativa, según la interpretación de resultados del cuestionario, que se incluye a continuación.

### Interpretación de resultados del cuestionario M-CHAT

En la Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños Modificada el niño obtiene una puntuación negativa cuando no logra dos o más ítems críticos (señalados con negrita en el cuestionario) o no pasa tres o más ítems cualesquiera. Sin embargo, se debe considerar que el M-CHAT no es una prueba definitiva de que el niño posea trastorno de espectro autista, si no que debe ser evaluado por un profesional que lo determine.

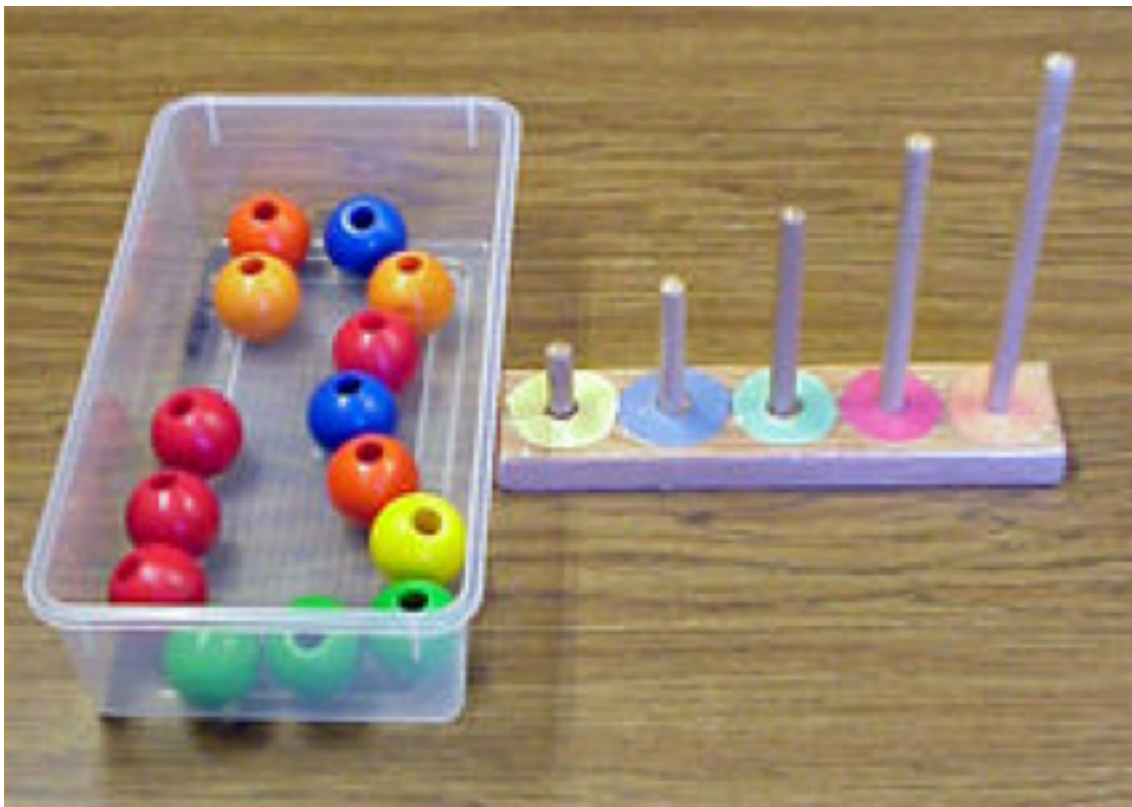
En la siguiente tabla se listan las respuestas que puntúan de forma negativa en los ítems del M-CHAT. En mayúscula y negrita se señalan los ítems críticos.

1. No	6. No	11. Si	16. No	21. No
<b>2. NO</b>	<b>7. NO</b>	12. No	17. No	22. Si
3. No	8. No	<b>13. NO</b>	18. Si	23. No
4. No	<b>9. NO</b>	<b>14. NO</b>	19. No	
5. No	10. No	<b>15. NO</b>	20. Si	

## ANEXO VI

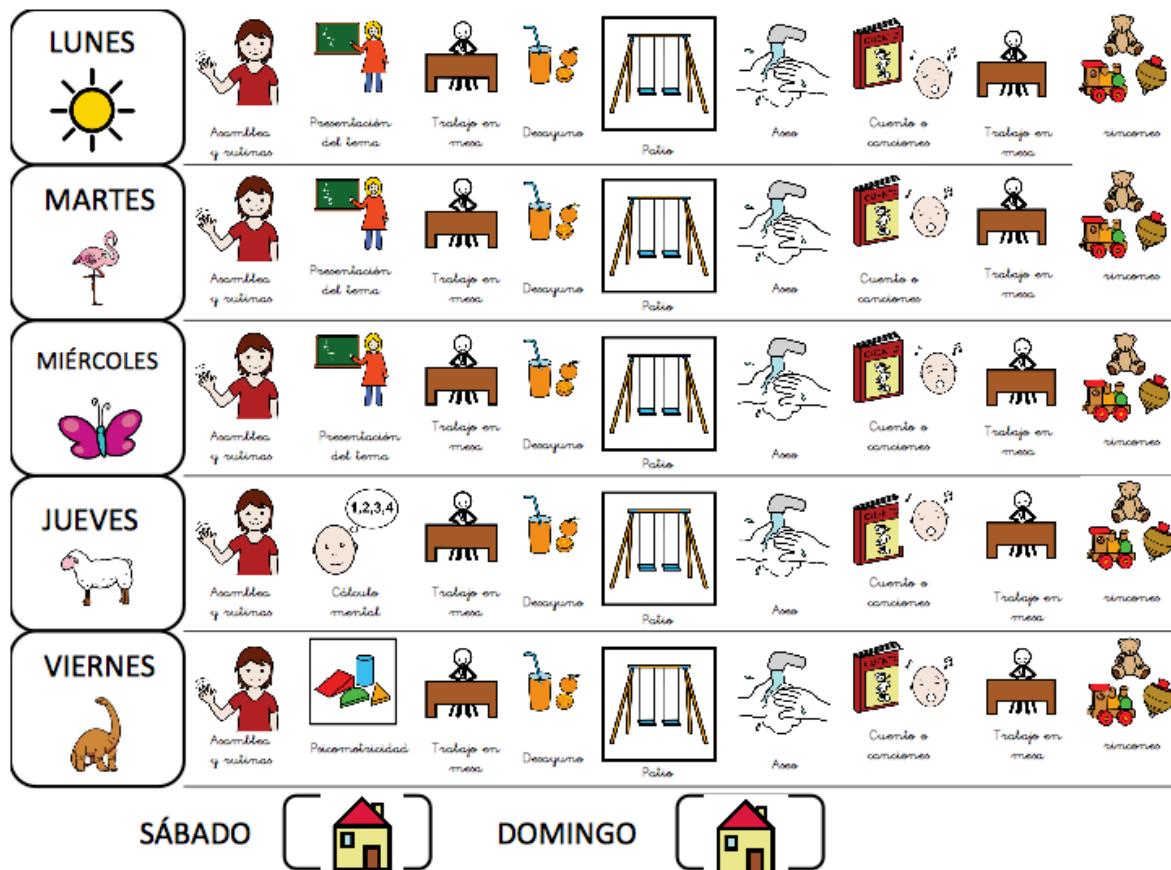
*Ejemplificaciones de estructura e información visual.*





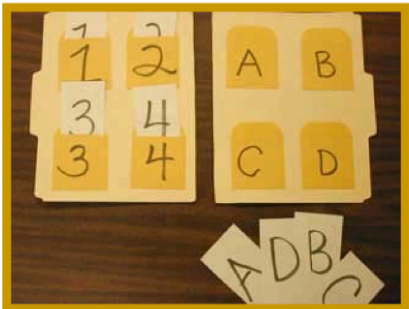
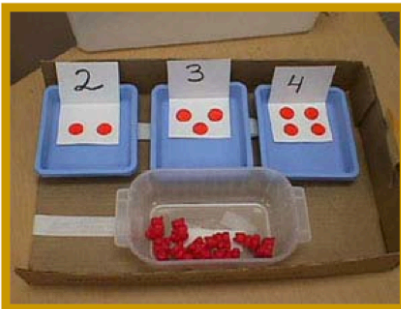
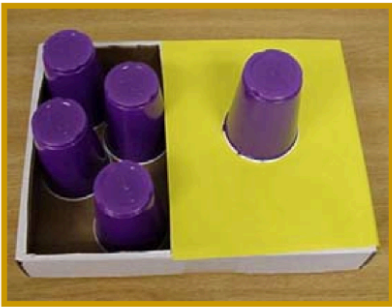
## ANEXO VII

### Ejemplificaciones horarios visuales



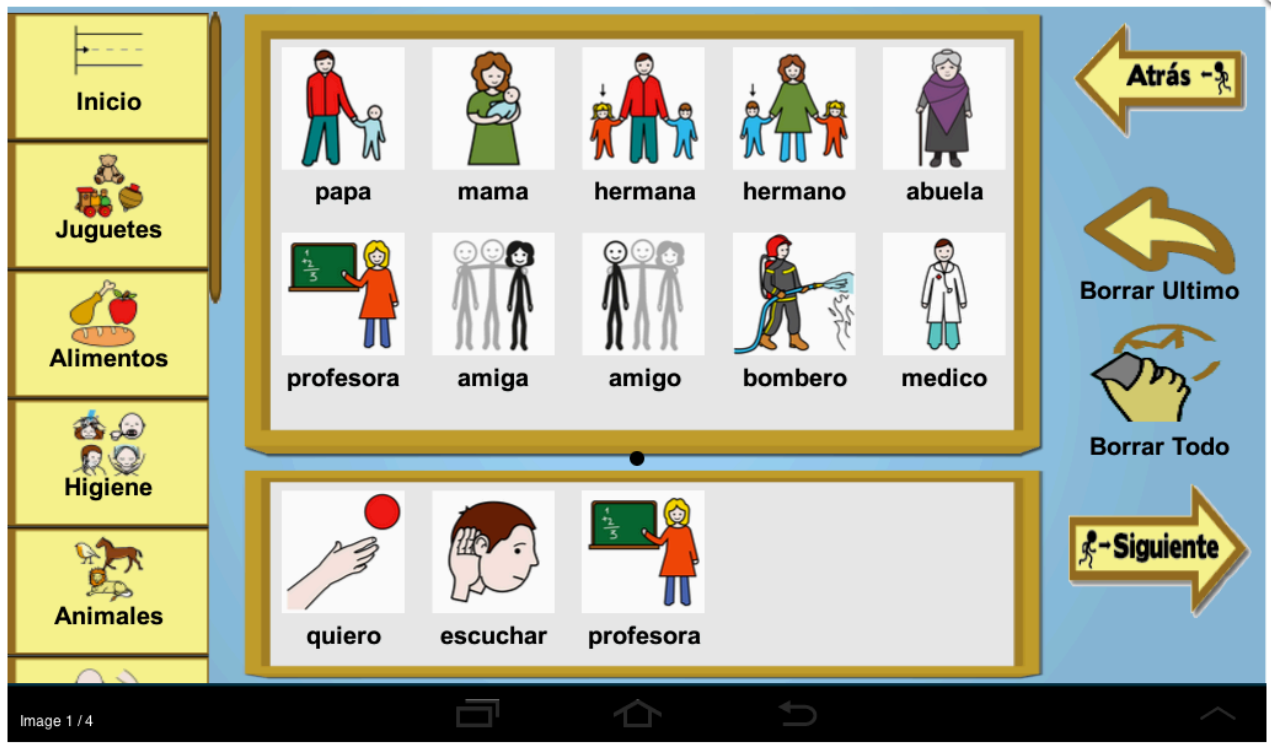
**ANEXO VIII**

*Ejemplificaciones de tareas con bandejas autocontenidas o cajas de zapatos*



## ANEXO IX

### Sistema alternativo de comunicación PECS





yo



quiero



sopa



carne



jugo



Tocar Pictograma para reproducir el Audio



## ANEXO X

*“¿Qué nos pediría un autista?” (Rivière, 1996).*

### **¿QUÉ NOS PEDIRÍA UN AUTISTA? (Rivière, 1996)**

- Ayúdame a comprender
- No te angusties conmigo, porque me angustio.
- No me hables demasiado, ni demasiado deprisa.
- Como otros niños, como otros adultos, necesito compartir el placer y me gusta hacer las cosas bien, aunque no siempre lo consiga.
- Me resulta difícil comprender el sentido de muchas de las cosas que me piden que haga.
- No me invadas excesivamente.
- Lo que hago no es contra ti.
- Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender.
- Las otras personas sois demasiado complicadas.
- No me pidas siempre las mismas cosas ni me exijas las mismas rutinas.
- Merece la pena vivir conmigo.
- No me agredas químicamente.
- Ni mis padres ni yo tenemos la culpa de lo que me pasa.
- No me pidas constantemente cosas por encima de lo que soy capaz de hacer.
- No tienes que cambiar completamente tu vida por el hecho de vivir con una persona autista.
- Ayúdame con naturalidad, sin convertirlo en una obsesión.
- Acéptame como soy.
- Aunque me sea difícil comunicarme o no comprenda las sutilezas sociales, tengo incluso algunas ventajas en comparación con los que os decís “normales”.
- **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!**