



Facultad de Educación – Universidad Internacional de la Rioja

Diversidad e Integración en las aulas de educación infantil del alumnado con Trastornos Generalizados del Desarrollo

Trabajo fin de grado presentado por: Eneritz Otazua Bolaños

Titulación: Grado en maestro de educación infantil

Línea de investigación: Propuesta de intervención

Directora: Dra. M^a Rocío Díaz Gómez

Ciudad: Bilbao

Fecha: Junio de 2013

Firmado por: Eneritz Otazua Bolaños

CATEGORÍA TESAURO: 1.2.3 Niveles educativos (Atención a las necesidades educativas especiales)

Agradecimientos

El desarrollo de este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración, comprensión y apoyo de todas aquellas personas que componen el núcleo más cercano de mi vida y de todas aquellas que han formado parte de la misma en el transcurso de dicho trabajo.

A mi Directora de trabajo de Fin de Grado, la Dra. M^a Rocío Díaz Gómez, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia a la hora de elaborar el documento en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A la UNIR (Universidad Internacional de la Rioja) por brindarme la oportunidad y la infraestructura suficiente para desarrollar este trabajo, y poder profundizar en temas de interés educativos y personales.

A mi familia y amigos, porque con su sacrificio y comprensión la consecución de este objetivo ha sido más fácil. Por apoyarme de las múltiples maneras posibles durante el desarrollo del mismo, por su constante estímulo, por enseñarme a enfrentar los obstáculos con alegría, y que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.

Resumiendo, gracias a todas las personas que directa o indirectamente han puesto su granito de arena en este trabajo.

Resumen

El estudio parte inicialmente de una revisión teórica en torno a terminologías, conceptos, diagnósticos, evaluación y experiencias previas de intervención en las aulas con vistas a comprender y reconocer ampliamente estos tipos de trastornos; a través del desarrollo de estas cuestiones teóricas se comienza a perfilar la posterior propuesta de intervención.

A través de ella, se pretende ofrecer una herramienta de empleo en el aula que permita la atención del alumnado con trastornos generalizados del desarrollo con la finalidad de lograr una integración más adecuada en las aulas de educación infantil.

Dicha iniciativa parte de la individualidad de cada caso. Individualidad que debe hallarse reflejada en cada programación y que indique la gravedad y el ritmo que se ha de seguir.

Palabras clave

Trastornos generalizados del desarrollo, integración, diversidad, trastornos del espectro autista.

Índice

1. Introducción.....	6
1.1. Justificación.....	6
1.2. Objetivos.....	7
1.2.1. Objetivo general.....	7
1.2.2. Objetivos específicos.....	7
2. Marco Teórico sobre los trastornos generalizados del desarrollo (TGD).....	7
2.1. Definiciones conceptuales.....	7
2.2. Características de los TGD.....	9
2.3. Tipología de TGD.....	14
2.4. Origen, desarrollo y pronóstico de los TGD.....	17
2.5. Diagnóstico y evaluación.....	19
2.6. Intervención en las aulas.....	21
2.7. Conclusiones del capítulo.....	25
3. Propuesta de intervención educativa para alumnado de infantil, con necesidades educativas especiales asociadas a trastornos generalizados del desarrollo.....	28
3.1. Introducción.....	28
3.2. Objetivos de la intervención.....	28
3.3. Desarrollo de la propuesta de intervención.....	28
3.3.1. Intervención en el área de la comunicación y el lenguaje.....	28
3.3.2. Intervención en el área social.....	29
3.3.3. Intervención en problemas emocionales y de conducta.....	30
3.4. Metodología a utilizar.....	31
3.4.1. Cómo preparar el contexto.....	33
3.4.2. Estrategias generales de intervención.....	34
3.5. Evaluación de la propuesta.....	41
4. Conclusiones, limitaciones y prospectiva.....	43
4.1. Conclusiones generales.....	43
4.2. Limitaciones observadas.....	44
4.3. Sugerencias y líneas futuras de investigación.....	44

5. Referencias Bibliográficas.....	45
5.1. Bibliografía empleada.....	45
5.2. Bibliografía consultada.....	49
6. Anexos.....	51

1-INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

Una de las responsabilidades como futuros maestros es la de analizar el sistema educativo actual y observar de forma crítica la respuesta que se da a los alumnos en su proceso de enseñanza aprendizaje. La educación debe ser concebida como un proyecto de vida en el que intervengan tanto las familias, como el sistema educativo.

Entre los principios de la **Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación** (LOE) cabe hacer mención a uno de ellos que se refiere a lo que nos ocupa: Fomento y promoción de la investigación, la experimentación y la innovación educativa (LOE. Principios y fines de la educación. Artículo 1.pincipio n). Como futuros maestros nos encontraremos en las aulas con un conjunto de niños muy diversos en cuanto a sus capacidades, intereses, circunstancias familiares, etc. Diferencias más notables aún se observaran en los niños con TGD. La obligación de la escuela es proporcionar estrategias y actuaciones que permitan que esas diferencias no se conviertan en desigualdades entre los alumnos. Por todo ello es de suma importancia la puesta en marcha del principio arriba señalado para lograr una correcta intervención sobre el alumnado respetando las diferencias individuales y ajustándolas al currículo y sus necesidades.

La LOE (capítulo I, artículos 1 y 2; Titulo II, capítulo 1, artículo 71) remarca, a su vez, como principio fundamental del sistema educativo la atención a la diversidad, adaptando la educación a las necesidades de los individuos enmarcados en esta diversidad. Siendo, por tanto, las administraciones educativas las encargadas de asegurar los recursos necesarios para estos alumnos.

Perrenou (1990) señala en alguno de sus trabajos sobre la pedagogía y la escuela de las diferencias, que tanto como la escuela es capaz de contribuir al fracaso escolar, también puede generar recursos para atender a esas necesidades derivadas de las diferencias. Es necesario respetar las características propias de cada individuo, partiendo del respeto hacia las personas y la igualdad.

Gracias a los conocimientos adquiridos durante mi anterior carrera de Psicología, unidos a los obtenidos en el grado de maestro de Educación Infantil y mi experiencia previa como auxiliar educativa, me sitúo frente al problema que puede surgir a la hora de dar respuesta a los alumnos con esta problemática desde el sistema educativo. Las dudas que esto genera y los prejuicios que hay que superar, son la base

para lograr el objetivo de ofrecerles una educación lo más completa posible. Aunque largo es el camino nos encontramos en un momento de muchas posibilidades. Científicamente hablando, los avances nos van proporcionando claves del funcionamiento de estos niños sobre las que debemos indagar.

Mi intención, con este proyecto, es aportar información a la comunidad educativa con el fin de lograr una mejor calidad de vida de estos alumnos, partiendo de una propuesta de intervención en el aula que pudiera generalizarse o derivar en programas educativos integradores.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. **Objetivo general**

-Diseñar un programa de intervención educativa para alumnos con TGD

1.2.2. **Objetivos específicos**

-Describir las características definatorias de los trastornos generalizados del desarrollo con el fin de ampliar los conocimientos sobre ellos.

-Delimitar las diferencias que pueden llevar a equivocaciones a la hora de detectar las alteraciones en el desarrollo.

-Mostrar que aspectos se deben tener en cuenta a la hora de detectar los posibles trastornos del desarrollo

-Analizar qué tipos de apoyos educativos poseen y que intervención educativa puede realizarse presentando, para ello, ejemplos de intervenciones previas.

-Elaborar pautas de intervención para poner en práctica en las aulas de infantil.

2-MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido como el DSM IV-TR (APA 2000), las patologías englobadas dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), se caracterizan por tratarse de alteraciones generalizadas en diversas áreas del desarrollo, tomando como principalmente alteradas las siguientes dimensiones: la interacción social, la comunicación e intereses y las estereotipias/actividades. El CIE-10(OMS 1993) por su parte, los define como “un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de las interacciones sociales recíprocas y modalidades de comunicación, así como por un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo”. Los

matices introducidos por esta definición dejan claro que las tres áreas principales del desarrollo afectadas son las arriba mencionadas.

Estos trastornos son considerados como patologías del sistema nervioso ya que poseen una base genética y orgánica que alteran la función cerebral de las personas y por ende su comportamiento. Son considerados trastornos de carácter permanente, lo cual no significa que no puedan paliarse de forma importante dependiendo del nivel cognitivo en cada caso y de la atención temprana que se dedique a ellos.

A partir de los años 90 se comienza a utilizar, también, el término **Trastornos del espectro autista (TEA)**. Las aportaciones de Lorna Wing y Judith Gould (en Aguirre Barco, P; Álvarez Pérez, R; et al. S/f) añaden a los aspectos aceptados en los TGD, con esta nueva denominación, la noción de continuo, refiriéndose no a una única categoría sino a la alteración cualitativa de un conjunto de capacidades en la interacción social, la imaginación y la comunicación. El estudio realizado por estos dos autores en un barrio de Londres, mostró que los rasgos autistas pueden situarse en un conjunto de dimensiones (continuo) que no se ven únicamente alterados en el autismo sino que también se observan en otros cuadros que afectan al desarrollo

Hoy en día como comenta Repeto Gutiérrez (s/f), algunos autores como Filipeck consideran sinónimos los trastornos generalizados del desarrollo y los trastornos del espectro autista, mientras que autores como Wing califican los TEA como una población más amplia que englobaría a la población con TGD. Pero son estos últimos los que aparecen en las clasificaciones internacionales más utilizadas y antes comentadas (DSM IV-TR y CIE-10).

Tabla 1. Clasificación de los trastornos generalizados del desarrollo. Espectro autista

Diagnóstico en el DSM-IV* (APA, 1994)	Diagnóstico en la ICD-10 OMS**
Trastorno autista	Autismo infantil
Trastorno de Asperger	Síndrome de Asperger
Trastorno desintegrativo de la infancia	Otros trastornos desintegrativos de la infancia
Trastorno de Rett	Síndrome de Rett
TGD-NE	Otros TGD; TGD no especificado
Autismo atípico	Autismo atípico
(No se corresponde con ningún diagnóstico de la DSM-IV)	Trastorno hiperactivo con retraso mental con movimientos estereotipados

*DSM IV: clasificación enfermedades mentales de la Academia Americana de Psiquiatría (4ª edición).
**ICD-10: clasificación internacional de enfermedades, Organización Mundial de la Salud (10ª edición).

Extraída de Hervás y Sánchez Santos, (s/f) p. 4

Resumiendo, el concepto de Trastorno generalizado del Desarrollo (TGD) se introdujo, hace años, con el fin de proporcionar un “paraguas terminológico” al autismo y otros trastornos que presentan múltiples alteraciones referidas a las habilidades sociales, pero con diferente nivel de severidad en relación al retraso en la comunicación y conductas repetitivas.

2.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS TGD

Teniendo en cuenta que se trata de un trastorno con múltiples posibles componentes, no es de extrañar que las características y síntomas del mismo sean diversos. Pueden describirse patrones de síntomas comunes en la mayoría de los casos, pero no se deben descuidar las diferencias individuales que harán que los patrones se presenten en diferente grado o intensidad.

Tomando como referencia los criterios diagnósticos propuestos por el DSM IV-TR sobre los trastornos generales del desarrollo (ver anexo I) se concluye, que las principales áreas deficitarias son las siguientes:

- Interacción social: Las habilidades sociales de los niños con TGD suelen ser muy pobres, les cuesta decodificar las señales y signos sociales convencionales y, por tanto, dar respuestas acordes a las mismas. Debido a esto, el mundo les

resulta desconcertante y no suelen estar interesados en la interacción social, mostrándose desajustados a su contexto.

- Comunicación: Suelen presentarse problemas tanto verbales como no verbales. Los verbales se refieren al hecho de comprender únicamente el discurso literal, exacto de cada palabra, haciendo interpretaciones literales. Las conversaciones deben de ser mantenidas a un nivel bajo de comprensión sin utilizar metáforas ni funciones que les alejen del discurso comprensible.

En cuanto al lenguaje no verbal, suele observarse falta de reciprocidad y evitación del contacto, tanto visual como táctil. Muestran una desincronización entre el lenguaje y la expresión facial.

- Intereses y preocupaciones: Suelen presentar preocupación ante ciertos temas o asuntos que les obsesionan como pueden ser: los mapas, los transportes... estos intereses pueden variar pero la intensidad se sigue manteniendo.
- Actividades repetitivas: Estos niños suelen mostrar una fuerte resistencia al cambio que les lleva a imponer una fuerte rutina, con ausencia de creatividad y muy rígida.

Lorna Wing (1998), por su parte, diferencia cuatro dimensiones principales de variación que engloban las anteriormente mencionadas, denominándolas de la siguiente manera: trastorno en las capacidades de reconocimiento social, trastorno en las capacidades de comunicación social, trastorno en las destrezas de imaginación y comprensión social, y patrones de actividad. Las tres primeras hacen referencia al concepto de “triada de Wing”. Esta psiquiatra inglesa también se refirió a otras funciones alteradas en estos trastornos como: el lenguaje, las respuestas a estímulos sensoriales, la coordinación motora y las capacidades cognitivas, para las cuales no se establecen niveles específicos de alteración.

La importancia de poder ofrecer un tratamiento adecuado en cada caso ha llevado a la necesidad de ampliar el conjunto de dimensiones que se ven alteradas sistemáticamente en estos trastornos, diferenciando así doce dimensiones (Rivière y Martos, 1997).

Tabla 2. Aspectos del desarrollo que se alteran en los cuadros con espectro autista.

Dimensiones alteradas en los cuadros con espectro autista
1. Trastornos cualitativos de la relación social.
2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas).
3. Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.
4. Trastornos de las funciones comunicativas.
5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.
7. Trastornos de las competencias de anticipación.
8. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
9. Trastornos del sentido de la actividad propia.
10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.
11. Trastornos de la imitación.
12. Trastornos de la suspensión (la capacidad de hacer significantes).

Extraída de Rivière y Martos, 1997, pp. 68

Rivière postula cuatro niveles para cada dimensión, siendo el primero de ellos el característico de personas con un cuadro más severo y el último referido a trastornos menos severos (la tablas 2 a 13 de los anexos muestran estos cuatro niveles para las 12 dimensiones).

Se proponen, ahora, algunas pinceladas sobre estas dimensiones:

1. Trastornos cualitativos de las relaciones sociales

Una de las primeras explicaciones que siempre se da sobre estos trastornos, hace referencia a la incapacidad o dificultad de relación considerada como la raíz fundamental del problema. Rivière (1997) afirma: “En todos los casos ese rasgo parece remitir a una limitación de la complicidad interna” (p.69). El termino complicidad interna hace referencia a las competencias intersubjetivas de cada individuo.

Es preciso tener en cuenta a la hora de trabajar con este colectivo la necesidad de establecer relaciones terapéuticas positivas que permitan el desarrollo de sus capacidades funcionales.

2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas)

Esta dimensión se refiere a aspectos más sutiles de la calidad de las relaciones que se pueden establecer entre las personas con TGD. En estos casos, se suele mantener una característica dificultad para compartir temas de interés, acciones o preocupación con los demás (Rivière y Martos, 1997)

3. Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas

Las dificultades para compartir el mundo que presentan las personas con TGD unido a sus trastornos cualitativos de relación y sus deficiencias comunicativas, se han explicado recurriendo a dos conceptos postulados en la última década: el concepto de **intersubjetividad** (Trevarthen, Aitken, Papoudi y Robarts, 1996; Hobson, 1993) y la **teoría de la mente** (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985; Frith 1991; Baron Cohen, 1995). Conceptos que se refieren a distintas teorías sobre los estudios de los fundamentos de la interacción humana (en Rivière y Martos 1997).

Para la noción de intersubjetividad estos trastornos se referirían al aspecto de la relación afectiva, mientras que el segundo enfoque, consideraría el trastorno como cognitivo en el que se verá afectada la capacidad cognitiva de atribuir significado a la mente e inferir los estados mentales de los demás.

4. Trastornos cualitativos de las funciones comunicativas

Para las personas con TGD, comunicarse, muchas veces, supone un gran problema. Como señala Rivière: “En un sentido muy literal, los autistas no saben qué hacer con las personas” (Rivière y Martos 1997, p.85).

Es, por tanto, importante realizar un trabajo de asociación de signos con referentes, con el fin lograr denominar y construir significados que les permitan nombrar propiedades y relaciones entre objetos y situaciones.

5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo

Rivière (1997) señala que: “Los niños autistas tienen una extremada dificultad para desarrollar el lenguaje en su periodo crítico de desarrollo, al carecer de los in-puts intersubjetivos que disparan o ponen en marcha los mecanismos específicos de adquisición lingüística. Esos mismos mecanismos que les sirven a los niños normales para desarrollar las estructuras que necesitan para cumplir sus necesidades y funciones comunicativas” (p.88). Estas dificultades pueden dejarles inmersos en un mutismo o les llevan a desarrollar un lenguaje poco funcional y espontáneo, en los que suele aparecer la ecolalia o la literalidad extrema de los enunciados que implican verbalizaciones poco adaptadas a los intercambios lingüísticos.

6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo

En estos trastornos suelen presentarse, también, anomalías en la comprensión del lenguaje. “Las personas con T.A y E.A. siempre tienen dificultades, mayores o menores, para comprender el lenguaje. Cuando actuamos con ellas ignorando esas dificultades no hacemos sino aumentar sus obstáculos para enfrentarse significativamente con el mundo” (Rivière y Martos, 1997, p.93).

Estas anomalías de comprensión varían en función de cada caso y cada grado.

7. Trastornos de las competencias de anticipación

Los trastornos aquí englobados forman parte de los mismos que afectan a las dimensiones 8 y 9 siguientes. La necesidad de conservar el mundo sin cambios, remite a los problemas que se observan en las limitaciones en los procesos de anticipación y en la creación de esquemas que permitan esa anticipación.

“Un mundo cognitivo sin esquema es un caos fragmentario, en que las realidades que no se acomodan miméticamente a lo ya sucedido son terroríficas novedades, cognitivamente incomprensibles y emocionalmente inaceptables” (Rivière y Martos 1997, p. 109)

8. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental

Es característico de estos trastornos, la presencia de estereotipias motoras, la realización de rituales repetitivos, la obsesión por ciertos contenidos mentales y la severa oposición a cambios ambientales incluso mínimos.

El patrón inflexible del funcionamiento mental, puede manifestarse de diversas formas y depende, en gran medida, de las capacidades cognitivas que cada uno posea y del grado de enfermedad que presente.

9. Trastornos del sentido de la actividad propia

La dificultad para dar sentido a la actividad propia, se ve reflejado en la inflexible dedicación a conductas invariables o contenidos mentales repetitivos, en la dificultad para aceptar cambios y en las limitaciones en las competencias de anticipación.

10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción

Se observa una ausencia de juego simbólico (juego de ficción) referido a la capacidad de sustituir objetos, o de atribuirles propiedades imaginarias a cosas o situaciones. El papel evolutivo del juego simbólico es importantísimo ya que permite una exploración del entorno del niño permitiéndole investigarlo y conocerlo. El juego es el medio más valioso que el niño tiene para conocer el mundo que le rodea y para desarrollar sus funciones. Por lo que la falta del mismo tendrá unas serias consecuencias.

11. Trastornos de la imitación

Piaget considera la imitación parte central del desarrollo social del bebé, siendo la que permite el desarrollo de las capacidades simbólicas. Las limitaciones en la capacidad de imitación varían dentro de las personas con TGD.

12. Trastornos de la suspensión (la capacidad de hacer significantes)

Las personas con TGD presentan dificultades para llevar a cabo diversas clases de actividades o funciones mentales, que aparentemente son variadas, pero que exigen la utilización de un mecanismo. “Ese mecanismo consiste sencillamente en dejar en suspenso acciones o representaciones con el fin de crear significados que puedan ser interpretados por otras personas o por uno mismo” (Rivière y Martos 1997, p. 139).

2.3 TIPOLOGÍA DE LOS TGD

Basándose en la clasificación realizada por el DSM-IV-TR (anexo, tabla 1) se establecen cuatro tipos específicos de TGD y uno considerado de tipo residual, siendo los siguientes:

Tabla 3. Trastornos del espectro autista



Extraída de Guía educativa de Asperger de la asociación de aspergen de Asturias, 2009, p.10

-Trastorno Autista

El trastorno autista, implica un inicio precoz de alteraciones en la interacción social, carencias en la comunicación y un repertorio limitado de intereses y actividades. Dependiendo de la edad cronológica de la persona y el nivel de desarrollo de la misma las manifestaciones del trastorno variarán considerablemente. El repertorio de síntomas que pueden presentar las personas con trastorno autista es muy amplio, entre los que se encuentran: La hiperactividad, ámbitos muy breves de atención, impulsividad, agresividad, rabietas y conductas autolesivas. Pueden mostrar, también, respuestas extrañas a estímulos sensoriales, como respuestas exageradas a luces y olores, hipersensibilidad ante determinados sonidos o al ser tocados, etc.

Suelen observarse otra serie de criterios en las personas con este trastorno que si bien no son criterios necesarios para diagnosticarlo, hay que tenerlos en cuenta a la hora de trabajar con ellos. Entre estas alteraciones se encuentran: Cambios inexplicables del estado de ánimo, falta de respuesta a peligros reales, alteraciones en la conducta alimentaria o el sueño, etc.

-Trastorno de Rett

El trastorno de Rett se caracteriza por ir siempre acompañado de retraso mental severo o profundo. Supone el desarrollo de múltiples déficits específicos tras un periodo de funcionamiento normal hasta al menos los 5 meses de edad. Alcanzada esa edad, y hasta los 48 meses, comenzaría una desaceleración progresiva del desarrollo que implica la pérdida de hitos que ya se habían adquirido, llegando a perder el control postural.

Otra característica importante de estos casos es las alteraciones graves que se observan tanto en el lenguaje receptivo como en el expresivo, alteraciones en el patrón respiratorio (híper o hipo ventilaciones), ausencia de relación con objetos, movimiento estereotipado de las manos y, todo, con un pronóstico pobre.

El trastorno implica una mutación genética que afecta al cromosoma X, por lo que, se cree que se da solo en niña aunque existe discusión respecto a este tema.

-Trastorno Desintegrativo infantil

Este trastorno se caracteriza por mostrar una considerable regresión a partir de los dos años y antes de los diez, que implica la pérdida de habilidades que se habían obtenido, previamente, de modo normal. Las habilidades que suelen perderse son las relacionadas con la comunicación y el lenguaje, las sociales y de juego, el control de esfínteres y las

habilidades motrices. Hasta esta edad el niño evolucionaba normalmente. La edad a la que aparece y el proceso de aparición de los síntomas es lo que lo diferencia del trastorno autista.

-Trastorno de Asperger

El pediatra austriaco Hans Asperger fue el encargado de definir este trastorno en 1944. Se considera un trastorno severo y crónico caracterizado por mostrar una limitación significativa en las capacidades de relación y comportamiento social. El síndrome de Asperger, se caracteriza principalmente por:

- Problemas en la comunicación y las relaciones sociales y una clara falta de empatía.
- Interacción sencilla marcada por una ingenuidad y por ser inapropiada.
- Pobreza a la hora de establecer relaciones de iguales.
- Lenguaje repetitivo caracterizado por la ausencia de una entonación adecuada al contexto y con un contenido no adaptado a la situación ni a las características e intereses del oyente.
- Interés excesivo por determinados temas
- Movimientos poco coordinados y torpes.

-Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado

En esta última categoría diagnóstica se incluyen a los niños que presentan alteraciones en habilidades sociales y comunicativas, y que presentan un repertorio limitado de intereses pero que presentan los síntomas de una manera atípica o incompleta. Además, en estos trastornos se desarrollan estos síntomas más tarde de los 3 años, edad establecida como criterio diagnóstico.

Existen muchas alteraciones y retrasos del desarrollo que presentan síntomas autistas, sin encontrarse dentro de los mismos. Es por esto por lo que estos trastornos deben considerarse dentro de un continuo, con diferentes grados.

2.4. ORIGEN, DESARROLLO Y PRONÓSTICO DE LOS TGD

El doctor Leo Kanner utilizó, en el año 1943 (en Rivière, A y Martos, J, 1997), el término Trastorno Autista para referirse a niños con características comportamentales muy peculiares. Posterior al descubrimiento y nombramiento del trastorno, surgieron múltiples teorías explicativas sobre el mismo.

El profesor Ángel Rivière (1997) establece tres diferentes etapas explicativas por las que pasa el concepto a lo largo los años.

La primera etapa se refiere al periodo comprendido entre la fecha considerada como el inicio, la mencionada 1943, hasta mediados de los años 60. Durante esta etapa las explicaciones predominantes eran de tipo psicodinámico y consideraban el trastorno como causa del comportamiento de los padres, que debido a su frialdad y distancia generaban en sus hijos una respuesta de inhibición e, incluso, rechazo emocional. El trastorno era considerado como una psicosis de la infancia. Por tanto, el principal tratamiento en esta época consistía en separar a esos niños de sus ambientes familiares.

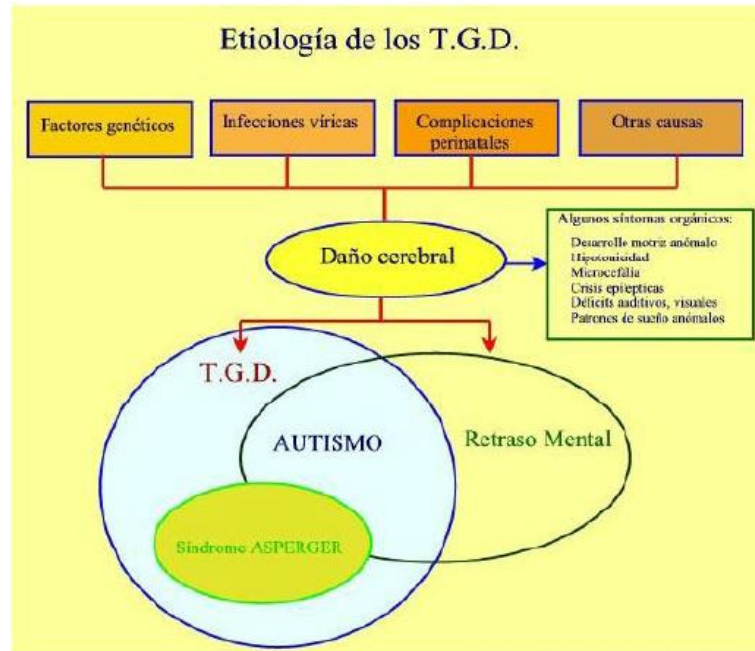
Tras esta primera etapa comenzaron a predominar las teorías basadas en el conductismo. Se llevaron a cabo diversos estudios que mostraron la falta de coherencia de las teorías psicodinámicas, anteriormente comentadas. En un principio se continuaba pensando que el autismo se trataba de una psicosis y no es hasta mediados de los 70 que esta idea cambia para pasar a considerar el autismo, como un trastorno en el desarrollo normal de los niños, diferente de una psicosis. Para el final de esta etapa el autismo se considera como parte de los trastornos generalizados del desarrollo incluido en la clasificación de la asociación americana de psiquiatría (DSM-III).

En la tercera etapa, considerada cognitivista-interaccionista, se tomo la idea de trastorno generalizado del desarrollo para investigar los posibles procesos mentales implicados en el trastorno. En este periodo Simon Baron-Cohen presento la hipótesis del fracaso en el desarrollo para elaborar una teoría de la mente.

En la actualidad, estudios realizados por el instituto de salud Carlos III (2004), evidencian científicamente una visión multifactorial de los trastornos del desarrollo. Los trastornos se consideran resultantes de la interacción entre factores genéticos y ambientales, pero se desconocen aún cuáles son esos factores y cómo influyen sobre los genes. Se han sugerido diversos factores ambientales como posibles causas: infecciones víricas como la rubeola o el herpes, complicaciones obstétricas, administración de vacunas, intolerancia a ciertos alimentos y nutrientes, intoxicaciones, etc. pero hoy en

día sigue sin haber evidencia científica que señale que estos factores sean los causantes del trastorno.

Tabla 4. Etiología de los TGD



Extraída de Banús Llord, 2013, online

Por otro lado, este mismo estudio (Grupo de estudio de trastornos del espectro autista. Instituto de investigación de enfermedades raras-instituto de salud Juan Carlos III, 2004) muestra que en la actualidad el trastorno autista tiene una mayor base genética que el resto. Se ha observado que un 3% de los casos de gemelos o mellizos los dos presentarán el trastorno y entre un 6-9% presentarán algún otro tipo de TGD. En el caso del trastorno de Asperger se ha sugerido que el número de familiares afectados, en la mayoría padres, será muy elevado. En el caso del trastorno de Rett se identifica una alteración genética en el gen MECP2.

Los estudios realizados con familias en las que la incidencia de la enfermedad es múltiple han llevado a identificar una serie de marcadores genéticos en diferentes cromosomas que dependiendo de las combinaciones presentaran diferentes variaciones.

Se habla de una prevalencia de 25 personas con TGD por cada 10.000 habitantes. El número de hombres con algún trastorno de este tipo es muy superior al de mujeres y se está produciendo un aumento en la prevalencia del trastorno en los países desarrollados.

Los TGD se pueden tratar y deben ser tratados para lograr que los niños mejoren en sus dificultades. Es muy importante realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento

adecuado a las necesidades de cada niño. A pesar de lo mucho que se ha avanzado en los últimos años sobre el conocimiento de los TGD, existen aún muchas creencias erróneas extendidas socialmente que hay que desmentir a toda costa. Estas ideas se componen de tópicos sobre la culpabilidad de los padres, sobre sus incapacidades mentales y comunicativas y sobre la idea de que el origen del problema está relacionado con la ingesta de medicamentos, intolerancias...Todas estas ideas no hacen más que culpabilizar a los padres y aumentar su angustia.

El pronóstico de los niños con TGD va a depender, por tanto, de una serie de factores individuales y muy variables. La evolución de los trastornos dependerá del funcionamiento cognitivo de cada niño, de la ausencia o presencia de trastornos asociados como alteraciones orgánicas, epilepsia..., del nivel de desarrollo de lenguaje y comunicación, así como de las habilidades sociales que cada uno posea, los apoyos que le brinde el contexto familiar, educacional y social. Todos estos factores pueden influir de manera positiva o negativa sobre el niño determinando, por tanto, su pronóstico.

Debido a todo lo mencionado y a pesar, de tratarse de trastornos crónicos, toda intervención educativa que se les pueda brindar, unido al apoyo de las familias, contribuirá en el desarrollo de las habilidades de los niños y favorecerá que alcancen aprendizajes significativos, mejorando su calidad de vida en todos los ámbitos.

2.5. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

Como se ha señalado anteriormente, cuanto antes sean detectadas las alteraciones y diagnosticadas, mejor será su evolución. Su detección tardía puede generar una serie de consecuencias negativas para los niños:

- Desconcierto por parte de las familias y profesores que no comprenden las actuaciones del niño y observan que no responde como los demás a sus esfuerzos educativos.
- Permanencia excesiva sin atención especializada que responda a sus necesidades educativas especiales.
- Presencia de conductas inadecuadas, debido a esa falta de respuesta a sus necesidades.
- Dificultades en la enseñanza de habilidades sociales básicas que dificultan su integración.

Para evitar todas estas posibles consecuencias se debe de estar atento sobre las “señales de alerta” en niños de 0-3 años que permitan realizar una pronta derivación a recursos especializados.

Tabla 5. Señales clínicas para una pronta detección

- Retraso o ausencia del habla
- Falta de preocupación por los demás
- Falta de respuesta a las expresiones faciales y sentimientos de los otros.
- Falta de juego simbólico, poca o ninguna imaginación
- No muestra interés por los compañeros de su edad.
- Falta de reciprocidad en las actividades (toma-dame)
- Incapacidad de compartir el placer.
- Alteración cualitativa en la comunicación no verbal.
- No señala objetos para dirigir la mirada de otras personas.
- Incapacidad para fijar la mirada.
- Falta de iniciativa en actividades o juegos sociales.
- Inusuales estereotipias de manos y dedos.
- Reacciones insólitas, o falta de las mismas, ante estímulos sensoriales.

Extraída de New York State Department of Health early intervention program, 1999

El instituto de salud Carlos III (2005) ha desarrollado una guía de buena práctica para la detección temprana de los TEA que es interesante tener cerca a modo de consulta en caso de necesidad. En la guía se presentan diferentes niveles de detección en los que se tendrán en cuenta diversos aspectos y los servicios a los que les compete.

Como instrumentos de detección proponen los siguientes:

Tabla 6. Descripción de los instrumentos recomendados en la detección de los trastornos del espectro autista.

Nombre/referencias	Descripción
CHAT (<i>Checklist for Autism in Toddlers</i>) Baron-Cohen et al [16]	Instrumento de cribado diseñado para detectar rasgos de autismo desde los 18 meses que se administra, a través de preguntas y de exploración del niño. Ofrece señales de alerta que indicarían la necesidad de una evaluación por expertos
M-CHAT (<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>) Robin et al [17]	Versión ampliada del CHAT que los padres de niños de 24 meses rellenan por escrito en la sala de espera. Tiene seis elementos clave y con la familia de cualquier niño que falle dos o más se contacta posteriormente por teléfono, a fin de determinar la indicación de una exploración especializada
PDDST (<i>Pervasive Developmental Disorder Screening Test</i>) Siegel [27] (instrumento no publicado en una revista que exija revisión por iguales, <i>peer review</i>)	Se administra en tres etapas. La primera corresponde al ámbito de la atención pediátrica ambulatoria y sirve para detectar señales de alerta que orientarían al niño a la siguiente etapa donde se evalúan trastornos del desarrollo en general y podrían detectarse señales de autismo. La tercera etapa se aplica en un contexto clínico especializado en diagnósticos de autismo
ASIEP-2 (<i>Autism Screening Instrument for Educational Planning. 2 ed.</i>) Krug et al [28]	Puede aplicarse desde los 18 meses hasta la edad adulta, recoge datos sobre la conducta lingüística, la comunicación, interacción social y el nivel educativo. Proporciona información en cinco áreas sobre aspectos relevantes para la intervención educativa
ASSQ (<i>Autism Spectrum Screening Questionnaire for Asperger and other high functioning autism conditions</i>) Ehlers et al [24]	Aunque no permite una diferenciación clara entre autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger, es una de las pocas escalas que dispone de estudios de validez (aunque limitados). No está traducida al castellano
CAST (<i>Childhood Asperger Syndrome Test</i>) Scott et al [22]	Cuestionario de 37 ítems que se administra a las familias. Está basado en descripciones de comportamientos contemplados en el CIE-10 y en el DSM-IV como característicos del espectro autista. Algunos de sus ítems ya aparecían en otras dos herramientas diagnósticas: el PDD-Q [29] y el ASSQ [24]
ASDI (<i>Asperger Syndrome Diagnostic Interview</i>) Gillberg et al [23]	Aunque no permite una diferenciación clara entre autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger, es una de las pocas escalas que dispone de estudios de validez (aunque limitados)

Extraída de Hernández, et al (2005), p.242

Uta Firth (1989) ya informaba sobre la importancia de no considerar el autismo como una foto fija, sino como un trastorno que afecta a todo el desarrollo mental y que, por tanto, puede manifestarse de formas muy diversas y en distintas edades.

2.6. INTERVENCIÓN EN LAS AULAS

Baron-Cohen y Bolton (1993) señalan la idea que antiguamente se tenía sobre la incapacidad de educar a los niños con estos trastornos, lo que les llevaba a crecer aislados, confirmando así, la creencia que sobre ellos se tenía sobre su incapacidad de ser educados. Las investigaciones actuales, sin embargo, dejan constancia de que estos niños son perfectamente educables siempre y cuando se hagan adaptaciones individuales a sus características y ritmos. Estos autores comentan que los programas educativos muy estructurados son los que mejores efectos suelen tener. Esto es debido a

que los niños con esta problemática no suelen tolerar los cambios súbitos y sin justificación aparente, prefieren tener como referencia un enfoque metódico que les permita identificar claramente los pasos que deben seguir. Por otro lado, si el profesor no es directivo e inicia, de esta forma, la interacción con el niño, este puede alejarse del contacto social y dedicarse a sus patrones de conducta repetitiva.

Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al (S/f) comentan en su manual que los objetivos de intervención que se planteen para los niños con esta problemática deben estar dirigidos a proporcionar las mismas oportunidades que a los demás niños. Estos son, aquellos que favorezcan la adquisición de conocimientos y habilidades que permitan la independencia personal y la participación en el mundo social.

Los programas de trabajo según Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al (S/f), por tanto, deben incluir, además de los apartados comunes a todo currículo, la enseñanza explícita de objetivos que impliquen: el continuo progreso evolutivo de capacidades sociales y cognitivas, habilidades comunicativas verbales y no verbales, habilidades adaptativas, incremento de competencias motrices y mejora de dificultades conductuales, acompañado de un trabajo específico en la espontaneidad y generalización de los aprendizajes.

No se deben descuidar los posibles problemas que el entorno puede generar en los niños, para eliminarlos en la medida de lo posible facilitando, de esta manera, que el alumno se pueda adaptar al entorno escolar. Las características de nuestro entorno que pueden causar dificultades de adaptación y comprensión por parte del alumno, pueden ser tales como: Presencia de estímulos sensoriales excesivos, generalmente sonoros, problemas espacioambientales que dificultan la realización de actividades en los mismos y un uso predominantemente verbal a la hora de dar las instrucciones a los alumnos. Por otro lado, se deberán fortalecer los “puntos fuertes” que cada niño posea, para que apoyándose en los mismos logren adaptarse y desenvolverse mejor en la sociedad extraescolar a la par que logran aumentar y mejorar su autoestima. Además, no se debe olvidar la inestimable colaboración de la familia. La familia cumple un importante papel a la hora de promover la generalización de los aprendizajes que se realizan en el aula, al hogar.

La llegada de un alumno a cualquier centro escolar con un TGD, considerado como necesidad educativa especial, activa toda una serie de actuaciones para intentar dar una respuesta educativa lo más ajustada posible a cada alumno. El primer paso, consiste en realizar una evaluación psicopedagógica del alumno para determinar qué

tipo de escolarización le correspondería. Como medidas generales de atención a la diversidad, los autores del manual de atención a las necesidades específicas, basándose en lo señalado por el grupo de estudio del trastorno autista del instituto de salud Carlos III (2004) señalan las siguientes:

- Atención temprana
- Educación intensiva: organizada, especializada y estructurada.
- Partir de los intereses y necesidades del alumnado
- participación activa de los familiares.
- Integración apoyada en el medio escolar ordinario.
- Educación continuada que posibilite una buena calidad de vida.

Uno de los programas de intervención más conocidos en este ámbito es el método TEACCH (treatment and education of autistic related communication handicapped children) (Educa Madrid, s/f). Se trata de un programa fundado en el 1966 por el gobierno federal de Carolina del Norte, que ha ayudado a reconceptualizar las teorías sobre el autismo realizando un enfoque muy efectivo y muy utilizado. Es un método al servicio de todas las personas con TGD, personas de diferente edad, niveles y grados de funcionalidad. Los objetivos de cada intervención no vienen dados de antemano, sino que se van creando de una manera individualizada, a partir de la observación de cada persona en sus diferentes contextos. La organización y la estructuración parecen ser la manera más adecuada y efectiva de actuación sobre estas personas y es por esto, por lo que la mayor prioridad del método es crear aprendizajes estructurados.

Los aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de trabajar con estas personas son: Procurarles ambientes muy estructurados, predecible y fijos; utilizar preferiblemente el aprendizaje sin error, utilización de la técnica de encadenamiento hacia atrás, hacer un uso ocasional del entrenamiento o la enseñanza incidental, responder consistentemente ante conductas comunicativas, favorecer la ocurrencia de la función comunicativa de petición, utilizar apoyos visuales y evitar hacer preguntas indefinidas.

Moreno Pérez, Aguilera Jiménez, et al (2005) han realizado una propuesta para mejorar la educación del alumnado con autismo en el sistema escolar sevillano. Para llevar a cabo esta mejora han presentado algunas recomendaciones que pueden ser de gran utilidad y de fácil acceso. Las conclusiones han sido obtenidas a través de datos cuantitativos recogidos de cuestionarios a profesionales y de aportaciones adquiridas en

grupos de discusión. En términos generales han confirmado la necesidad de reforzar los siguientes aspectos:

- a) El proceso de identificación del alumnado con TGD, mejorando los procedimientos de detección, estableciendo procesos formativos que faciliten la comprensión diagnóstica y coordinando los dispositivos implicados en el diagnóstico.
- b) La inclusión del alumnado con TGD en aulas y centros ordinarios: creando redes de apoyo y creando grupos de formación permanente que reflexione sobre los problemas que surjan.
- c) La dotación de recursos específicos de los centros ordinarios: Monitor individual, logopeda o profesor de audición y lenguaje y asesores específicos.
- d) La coordinación entre unos profesionales y otros: mejorando los mecanismos de programación conjunta y simplificando el proceso de elaboración de las adaptaciones curriculares.
- e) la atención dispensada a los institutos de educación secundaria para que faciliten la inclusión de alumnos con TGD.

Por su parte, Diéguez García (s/f) propone las siguientes pautas de intervención a la hora de trabajar con alumnos con TGD:

- Protección sensorial
- Organización del entorno del niño
- Uso de ayudas visuales
- Destacar el desarrollo de la comunicación
- Entrenamiento en emociones
- Programar la mejora de habilidades en juego interactivo y juego de grupo
- Normalización del uso de objetos y juguetes
- Formación y apoyo profesional

Por último, Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al (S/f), presentan una serie de factores y condiciones que se deben tener en cuenta a la hora de seleccionar el entorno escolar más adecuado para estos niños: los centros seleccionados deben de ser preferiblemente “pequeños” para que las interacciones sociales que se den no sean muy exigentes, deben presentar un ambiente estructurado en el que las rutinas estén claramente definidas, es interesante que los profesores, terapeutas y demás profesionales implicados, estén formados en el tratamiento de los TGD y ,por último, es

imprescindible dotar a los profesionales que trabajan con estos niños, de estrategias y claves para poder atenderle.

Se presentan cuatro modalidades de escolarización diferentes. Escolarización en grupo ordinario con apoyo en periodos variables, escolarización en aulas específicas o en centros específicos, escolarización combinada y escolarización en grupo ordinario a tiempo completo.

Escolarización en grupo ordinario con apoyo en periodos variables

Este tipo de escolarización está indicada en casos no severos en los que los niños poseen competencias comunicativas y una interacción social básica. La atención que precisan no es constante y tampoco requieren una estructura muy rígida de funcionamiento.

Escolarización en aulas específicas o en centros específicos

Está indicada en casos que presentasen necesidades severas de aprendizaje o graves trastornos de la flexibilidad mental, en definitiva, en los casos más graves en los el apoyo constante y la supervisión se hacen necesarios.

Escolarización combinada

Se trata de una mezcla de las dos anteriores y está indicada para casos en los que los niños puedan beneficiarse del tratamiento muy especializado, a la par que se integran en un centro ordinario posibilitando, de esta manera, mayores intercambios sociales.

Escolarización en grupo ordinario a tiempo completo

Está indicada en los casos más leves en los que las capacidades mentales, comunicativas y sociales son más altas. Este suele ser el caso de alumnos con el síndrome de Asperger, para los que no existen grandes dificultades a la hora de alcanzar los objetivos académicos. Lo que se debe reforzar y compensar en estos casos, son las limitaciones sociales, preparando para ello programas de entrenamiento.

2.7. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

Tras este recorrido teórico sobre los TGD, queda constancia de la complejidad que entrañan estos trastornos. Se trata de un panorama muy heterogéneo en el que muchas son las variables que intervienen pero que se sustentan en una sintomatológica común. Son trastornos neurológicos que se desarrollan durante los primeros años de vida y en los que se van observando graves deficiencias en el área del funcionamiento

humanos como son: la comunicación, las emociones, las relaciones sociales, etc. La expresión clínica de cada trastorno puede variar entre distintos sujetos e, incluso, entre un mismo sujeto, a lo largo de su desarrollo.

“La relación con el niño autista nos evoca unos raros sentimientos de “opacidad”, y nos permite darnos cuenta de algo en lo que no solemos caer: las relaciones humanas normalmente son, por así decirlo, “transparentes”, y no opacas” (Frith, 1991, p.13). Ponerse en el lugar del otro, en este caso de aquel a quien se pretende ayudar, es un principio a tener en cuenta para mejorar la eficacia de nuestros actos.

Como profesores tenemos la difícil tarea de ocuparnos de estos alumnos, a la par que de otros veintiséis y debemos intentar sacar la clase adelante procurando atender a todos ellos y llevando a cabo los contenidos de nuestra programación de aula. Esto no es un trabajo fácil. La amplia variedad de circunstancias personales que repercuten sobre la enseñanza, requieren de una serie de recursos que les permitan dar respuesta a esa realidad social, pero en muchas ocasiones estos no se encuentran a disposición de los profesionales. Las complejidades a las que se enfrenta un profesor en el aula, requieren de mayor número de recursos humano, además de una mayor capacidad para adoptar medidas organizativas y metodológicas.

La mayoría de los programas de intervención desarrollados para estas personas señalan la importancia de la individualización, para lo que es necesaria una exhaustiva evaluación y trabajo conjunto entre profesionales. También se observa un acuerdo en el hecho de cultivar y desarrollar sus fortalezas e intereses, sin olvidar un aspecto muy importante como es la colaboración de la familia.

Debido a esta diversidad, las necesidades educativas especiales, dependerán de las características del niño, así como del entorno en el que se desarrolle y los recursos que posea. Teniendo en cuenta las características individuales se elegirá el centro educativo más apropiado. Lo ideal suele ser la integración en centros de infantil con un apoyo permanente, pero en ocasiones la naturaleza del trastorno va a precisar una escolarización en centros específicos que ofrecen una atención y unos cuidados más especiales a los que ofrecen, o pueden ofrecer, los centros ordinarios.

Por todo ello, los centros educativos deben de contar con una serie de pautas de intervención que les permitan dar respuesta a los posibles casos de TGD se que puedan presentar, con el fin de garantizar la consecución de los fines educativos en todos los alumnos. Sea cual sea la modalidad educativa elegida deberá contar, durante toda la

escolarización del niño, con una serie de recursos humanos y técnicos que hagan frente a sus necesidades. Sin olvidar que la actuación más eficaz es aquella que se trabaja de forma coordinada entre los profesionales implicados en la educación de cada niño.

No debemos olvidar que con estos trastornos no se acaba el mundo, sino que comienza un nuevo camino para el que debemos de estar muy bien preparados, para poder ser capaces de acompañar y guiar a nuestros alumnos en ese largo viaje.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ALUMNADO DE INFANTIL, CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES ASOCIADAS A TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.

3.1. INTRODUCCIÓN

En este apartado se realiza la presentación de una intervención educativa dirigida a niños con TGD. Con ello, se intenta aportar propuestas acerca de cómo organizar la actuación educativa independientemente de cuál sea el centro.

Las sugerencias presentadas se derivan de la recopilación de información de diversos trabajos y propuestas que se encuentran publicadas y pretenden servir de guía para los docentes. Algunas de estas son adaptaciones e interpretaciones, a partir de las cuales se han generado ideas propias que podrían ser el sustento de nuevos trabajos y procedimientos.

Ante los TGD hay que hablar, siempre, de individualidad. Individualidad que debe ser reflejada en cada programación. Individualidad que muestre las peculiaridades, capacidades y puntos fuertes de cada caso. Individualidad que señale la gravedad del propio trastorno y que nos marque el camino que debemos seguir.

Mediante este trabajo se pretenden ofrecer algunas orientaciones generales que puedan ser de utilidad en la labor docente diaria. Orientaciones que pretenden conducir el trabajo cotidiano del centro, con el fin de lograr el mayor nivel de desarrollo posible respecto a este alumnado.

3.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Los objetivos centrales de la intervención del alumno con TGD son:

- Mejorar las habilidades comunicativas de este tipo de alumno o alumnado.
- Lograr una conducta autorregulada adaptada al entorno social en esta tipología de alumnos/as.
- Favorecer un correcto desarrollo emocional y conductual en este alumnado.

3.3 DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.3.1 Intervención en el área de la comunicación y el lenguaje

Los niños con TGD suelen presentar serias dificultades de comunicación, como ya se ha comentado anteriormente. Factor por el cual aumentan sus problemas de interacción y provocan, en ocasiones, conductas inadecuadas con respecto al entorno.

Debido a esto, la educación temprana debería centrarse, principalmente, en la educación de la comunicación funcional así como el uso cotidiano y adecuado que ya posean.

Se debe partir de la premisa de que la mayoría de niños pueden aprender a hablar. Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al (S/f), proponen el uso de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC) o el uso de habilidades gestuales de comunicación, todos ellos con las adaptaciones requeridas en cada caso, con el fin de lograr un mayor desarrollo del aspecto comunicativo.

La amplia gama de problemas comunicativos que pueden llegar a darse dentro del espectro autista pueden ir desde el mutismo absoluto al habla idiosincrásica (o lenguaje metafórico según Kanner), pasando por un nivel de conversación muy limitada y literal, ecolalias (repeticiones a modo de eco de lo que los otros dicen), inversiones pronominales (utilización confusa de los pronombres personales de primera y segunda persona) y dificultades en la comunicación no verbal; y en el caso del alumnado con síndrome de asperger además se pueden observar también: problemas para el inicio o mantenimientos de conversaciones, interpretación literal del lenguaje, uso pedante del lenguaje (Vázquez Uceda, 2007). Resulta, por tanto, complicado plasmar unas orientaciones esenciales para el trabajo de la comunicación con estos alumnos.

Tras una pertinente evaluación del área comunicativa y siguiendo a Gortázar (2001) se pueden plantear una serie de objetivos iniciales con niños de infantil: Se deberá comenzar fomentando la necesidad y motivación hacia la comunicación, mediante el uso o desarrollo de conductas comunicativas preverbales como son: el uso de la mirada, el uso de gestos naturales y el uso de vocalizaciones. Se comenzarán usando gestos más instrumentales para pasar, posteriormente, a usar gestos más simbólicos. El uso de gestos naturales, ofrecen a la persona recursos alternativos a cada situación.

Dicha intervención se lleva a cabo mediante el cuaderno de comunicación, utilizando el juego como mediador y mediante una correcta estructuración visual. Todo ello se detalla en los subapartados F, H y E, respectivamente, dentro de las estrategias generales de intervención.

3.3.2 Intervención en el área social

Frontera Sancho (2010), apunta que la intervención en el área social debería tener dos polos; uno dirigido a mejorar la comprensión social y las habilidades sociales y otro enfocado a modificar el entorno social del niño para que se ajuste a sus características. Partiendo, siempre, de un planteamiento individualizado de los objetivos

en cada caso, se proponen unos como especialmente prioritarios para este ámbito, que son los siguientes:

- Mejorar la comprensión de las convenciones sociales básicas y las situaciones sociales específicas que para el niño resultan confusas.
- Promover relaciones sociales entre iguales.
- Enseñar relaciones sociales y estrategias de solución de problemas sociales para que logren desenvolverse en su entorno adecuadamente.

La introducción del alumnado con TGD en el mundo social ha de pasar por un entrenamiento en el reconocimiento de emociones y de la relación de las mismas en los deseos y las creencias, tanto propias como ajenas. Para ello es recomendable ofrecer instrucción social durante el día en entornos variados, mediante actividades concretamente planificadas para tales fines, como pueden ser: Actividades cooperativas, respuestas a la imitación, etc. (Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al, S/f).

Dicha intervención se lleva a cabo mediante el establecimiento de límites y rutinas, haciendo uso de agendas individualizadas, estableciendo una correcta estructuración visual y utilizando el juego como elemento mediador que les permita alcanzar todo tipo de destrezas. Todo ello se detalla en los subapartados B, C, D, E y H, respectivamente, dentro de las estrategias generales de intervención.

3.3.3 Intervención en problemas emocionales y de conducta

Estos problemas hacen referencia al control de conductas estereotipadas, comportamientos repetitivos o intereses obsesivos así como, a la flexibilidad, la autodeterminación o la simbolización en cada caso.

Comenzando por las conductas estereotipadas y repetitivas cabe decir, que estas suelen interferir en la adaptación escolar y familiar de estos niños. Esta rigidez y repetición suele ser un aspecto intrínseco a estos trastornos por lo que no se debe forzar su eliminación ya que es prácticamente imposible, sino que se debe intentar lograr un control sobre las mismas. Las causas de estas conductas pueden ser muy variadas, pueden indicar agitación, excitación o falta de comprensión; o pueden ser un intento por responder a las exigencias sociales, por lo que es necesario llevar a cabo una exhaustiva evaluación de cada caso (Frontera Sancho, 2010).

Por otro lado, la autodeterminación se refiere a la autonomía, la autorregulación, la capacidad de elección, toma de decisiones, etc. La intervención en estas áreas es, por tanto, es de suma importancia ya que, se suelen ver seriamente afectadas en estos

trastornos. Todas estas estrategias de funcionamiento están vinculadas al concepto de función ejecutiva propuesto por Luria en 1966 (en Aguirre Barco, P, Álvarez Pérez, R, et al , S/f). La función ejecutiva se refiere a la habilidad de mantener un conjunto apropiado de estrategias de solución de problemas para alcanzar una meta futura. Esta función suele verse alterada en los niños con TGD.

Dicha intervención se lleva a cabo mediante el sistema de aprendizaje sin error y haciendo uso del juego como elemento mediador. Todo ello se detalla en los subapartados Gy H, respectivamente, dentro de las estrategias generales de intervención.

3.4 METODOLOGÍA

Según el manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo, elaborado por Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al (S/f) se exponen una serie de aspectos generales a tener en cuenta respecto a las orientaciones metodológicas. Las actividades que se presenten a los alumnos con TGD deben lo más funcionales posibles y estar basadas en sus intereses, para lograr una importante motivación, de cara a futuros aprendizajes. Se deben emplear técnicas de aprendizaje sin error, en las que se les preste la ayuda necesaria con la intención de ir retirándola gradualmente. No hay que descuidar la enseñanza incidental que surge de las iniciativas de los alumnos y les permite, también, ampliar sus conocimientos. Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de contextos naturales y normalizados en los que poder poner en práctica las habilidades adquiridas y trabajadas de una manera individualizada en el aula. Por último, es importante partir de las habilidades preservadas en cada alumno con TGD para trabajar los aspectos y habilidades que se encuentren más alteradas.

Las actividades que se llevan a cabo en educación infantil suelen ser muy diversas y durante un tiempo muy variable, dependiendo de la dinámica de la clase, es por ello por lo que es importante mantener una buena coordinación entre profesores que permitan realizar adaptaciones constantes en el aula.

La metodología en la etapa de educación infantil, debe ser fundamentalmente activa, experimental y lúdica. Debe incidir en el desarrollo de la coordinación motriz, el lenguaje y la comunicación y desarrollar las bases para el razonamiento y comprensión. Se deben emplear materiales didácticos principalmente manipulativos, visuales e intuitivos. Además de trabajar los aspectos básicos de la socialización.

El aspecto metodológico hace referencia al punto de unión entre los objetivos y los contenidos, por lo que es necesario combinar las estrategias metodológicas en función de los contenidos que se van a trabajar, y en este caso de las características y capacidades de los alumnos con necesidades educativas especiales. La calidad de una metodología se define por su capacidad para hacer asequible un contenido concreto a un alumno en concreto (Fernández Morodo, Nieva Martínez, 2010). Existen una serie de principios generales con eficacia probada, interesantes para trabajar con este tipo de alumnos:

a) Principio de actividad y participación.

Este principio hace referencia al hecho de que el alumno sea parte activa en su propio proceso de aprendizaje, estos alumnos encuentran en la práctica el mejor recurso para asimilar los aprendizajes.

b) Principio de aprendizaje significativo

Dado a los problemas suelen darse a nivel de razonamiento, es necesario conectar los nuevos contenidos a los aprendizajes adquiridos previamente, con el fin de hacerlos más comprensibles, a la par que los puedan captar de una manera lo más experimental posible.

c) Principio de la globalización

Es recomendable organizar los contenidos de las distintas áreas relacionados entre sí, en torno a un tema que actúe como eje organizador de todos ellos. Si los contenidos se presentan de una manera parcial no llegan a tener mucha relevancia y los olvidarán más rápidamente.

d) Principio de personalización

Se lleva comentando desde el principio. Cada alumno tiene sus características y habilidades personales y su aprendizaje dependerá mucho del momento en el que se encuentre y de los componentes emocionales que disponga. Y es en base a esto a lo que hay que organizar su currículo.

e) Principio de interacción

Unido a lo interior, también es de suma importancia facilitar las interacciones con los demás compañero y con el propio profesor de forma que se sienta parte de la clase. Es

muy importante establecer una relación positiva con el alumno, mostrarles respeto y comprensión, en especial en los casos de trastornos de Asperger.

Los profesores deben proporcionar momentos y oportunidades de aprendizajes de manera colectiva.

f) Principio de estructuración y predictibilidad

La estructuración hacer referencia al hecho de incluir unas rutinas, horarios y sistemas de trabajo. Es decir, se trata de proporcionarles una organización externa ya que a ellos les resulta muy difícil organizarse ante su entorno y sus conductas.

Una vez realizado un repaso teórico sobre los principios metodológicos que se deben tener en cuenta a la hora de trabajar con alumnos con TGD, voy a realizar una propuesta metodológica para el ciclo de infantil. Bajo la premisa de “no hay nada nuevo bajo el sol” se intentaran dar una serie de pautas generales que después se deberán adaptar e, incluso, variar en cada situación.

3.4.1 **Cómo preparar el contexto**

Recursos materiales y personales

Son necesarios una serie de recursos materiales, pero sobre todo personales. Dentro de los *recursos personales*, la implicación de los miembros de la comunidad educativa como la colaboración familiar, son muy valiosas. Suele ser necesario un auxiliar educativo que les ofrezca atención continuada en los diferentes ámbitos como el comedor, patio o aula, ayudando, también, a la profesora permitiendo que se pueda encargar de los demás alumnos. La PT del centro también ofrece momentos de trabajo individualizado. En infantil no tanto, pero en cursos superiores la presencia de un logopeda suele ser necesaria, para poder trabajar esos aspectos del lenguaje y la comunicación que tan alterados se suelen encontrar.

En relación a los *recursos materiales* resultan muy útiles y necesarios los materiales visuales. Utilizar imágenes, pictogramas o fotos, ayudarán a reconocer mejor las cosas y las acciones. Los materiales con los que se trabaja en infantil suelen ser: material fungible como lápices, pinturas, folios, tijeras, etc. Considero interesante proporcionar al niño su propio material separado del resto, es decir presentarle todo lo necesario en una caja que el reconozca. Trabajar con una pizarra pequeña mientras los demás trabajan en la grande puede hacer que se centren y les permite seguir su propio

ritmo sin tener que seguir a la clase. Resumiendo, para el alumnado de integración son necesarios una serie de materiales absolutamente personalizados.

Ambiente

1-organizado. Un ambiente en el que cada acción tenga su lugar y su momento.

2-Predecible. Es importante que los niños sepan cómo y cuándo van a suceder las cosas y lo que se espera de ellos. Estos aspectos hacen referencia, sobre todo, a las rutinas que se mencionan más adelante.

3-Estructurado La estructuración se refiere a como se organizará el aula de forma que el alumno con TGD entienda que diferencias existen entre los diversos espacios para que entienda donde se realizan las diferentes actividades y donde se sitúan los materiales necesarios en cada caso. En este caso, será interesante establecer límites visuales claros.

Dependiendo de cada caso será interesante colocar al alumno en una posición que evite las distracciones y facilite las adaptaciones, alejado de la ventana y con espacio para la auxiliar o cerca de la salida por si fuera necesario salir. Estas recomendaciones estarían más orientadas a cursos de primaria en los que se suele mantener un lugar fijo en el aula, en infantil, en cambio, los lugares y espacios son más flexibles.

4-facilitador de aprendizajes. Al igual que con el resto de alumnos de la clase el profesor debe de aprovechar los momentos cotidianos que se dan en el aula para enseñar aspectos no programados.

3.4.2. Estrategias generales de intervención

Estas estrategias pretenden servir de guía para la labor docente en educación infantil. En ningún caso es necesario llevar a cabo todas y cada una de las propuestas, si no que se deben seleccionar las que más se adecuen a sus necesidades y nuestros intereses educativos.

A) Proceso de conocimiento. Lo primero y vital es conocer bien a la persona que tenemos delante, sus esquemas de comunicación, su entorno, carácter, etc. Esto no es

tarea fácil ni sencilla y requiere mucho tiempo. Cuanto más les conozcamos más podremos ayudarles a que ellos se conozcan. Estos niños suelen presentar problemas en el reconocimiento de sus emociones y lo que les pasa y generalmente, lo expresan mediante el movimiento. Es por ello por lo que necesitan que los adultos, en este caso su profesor, sepan poner palabras a esas manifestaciones y pensamientos para que con nuestra ayuda vayan creando su identidad. Las expectativas que como profesores mostremos sobre nuestros alumnos tendrán importantes repercusiones sobre los resultados.

B) Poner límites. Dada su impulsividad debemos establecer una serie de límites claros. Esto se debe llevar a cabo con todos los niños pero en estos casos quizá debemos incidir más. Por ello vamos a dejar claro que se debe hacer y que no, como que no se puede pegar, escupir, tirar cosas... Nos valdremos de pictogramas para ello si es necesario (ver ejemplo)



Pueden realizarse, también, una serie de ejercicios cara a cara con el alumno. En este caso consiste en rellenar las fichas con 4 cosas que queramos que realice y 4 que no. Pueden negociarse premios e indicarlos de manera clara, colocándolos al lado de las fichas, por ejemplo.

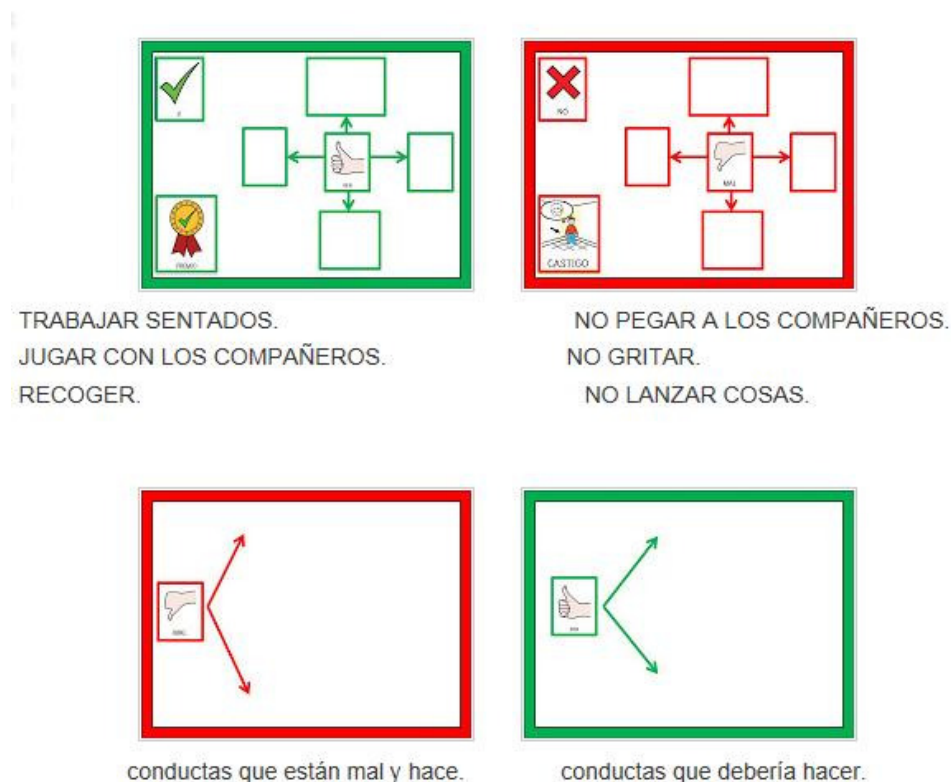


Figura1. *Plantillas para establecer las normas.* (Maestra de Pedagogía terapéutica, online)

C) Establecer rutinas. Las situaciones que mantienen una secuencia regular resultan menos estresantes para estos alumnos. La utilización de rutinas diarias ayudará y una organización precisa en el colegio y les permitirá reconocer y predecir mejor los acontecimientos. No debemos olvidar que estos alumnos suelen poseer “puntos fuertes” que generalmente están relacionados con aprendizajes mecánicos y que les van a permitir llevar a cabo rutinas constructivas.

Las rutinas se establecerán en función de la organización que lleve a cabo cada colegio, teniendo en cuenta los aspectos significativos del mismo y de cada aula.

Las rutinas más comunes en infantil suelen ser las siguientes:

- Quitarse la chaqueta al entrar en clase y colocarla en su correspondiente perchero (señalizado con una foto).
- Coger su bata y colocársela correctamente.
- Sentarse en el suelo a esperar a la profesora (esto puede variar de un centro a otro).
- Saludar.

- Todos los días comentar que tiempo hace y ponerlo en el calendario de clase, el día de la semana que es, etc. Para este punto toda la clase lo realizará en gran grupo en la pizarra o el soporte que utilicen mientras que el alumno con TGD podrá utilizar una pizarra individual con sus propias imágenes y demás.
- Etc.

D) Agendas individualizadas. En infantil estas agendas serán mediante dibujos, pero a media que avanzan los cursos, pueden ser escritas. Unido al punto anterior, el de las rutinas, las agendas también se utilizan para fomentar ese sentimiento de seguridad y predictibilidad. Los cambios inevitables del día a día o cambios a largo plazo como un mes, pueden indicarse en la agenda y de esta forma el alumno solo deberá acudir a ella en caso de duda.

E) Estructuración visual. Tanto para las rutinas, como para la agenda, son necesarios una serie de materiales visuales (pictogramas en la mayoría de ocasiones) que les faciliten la comprensión tanto de las rutinas como de las tareas que deben realizar.



Ejemplo de una serie de pictogramas.

Las fotos o imágenes las podemos distribuir por toda la clase, aprovechando los diferentes rincones o podemos tenerlas a mano y utilizarlas cuando sea necesario. Puede ser de gran utilidad que las imágenes sean del propio alumno realizando las actividades, ya que de esta forma, el niño se reconocerá realizando las mismas.

Frontera Sancho (2010) explica que una gran proporción de la enseñanza actual tiene lugar a través del lenguaje, los profesores explican conceptos, introducen nuevas ideas,

etc. a través del lenguaje hablado, principalmente. Sin embargo, la evidencia clínica señala como las características de las personas con TGD pueden interferir significativamente en las habilidades del alumno para aprender a través de los métodos de enseñanza tradicionales. Para adaptar mejor la respuesta educativa de estos alumnos, una propuesta que se hace es la de acompañar o sustituir el lenguaje hablado con información pictórica, tal y como se ha comentado anteriormente.

F) Cuaderno de comunicación. En casos en los que la comunicación del alumno se vea seriamente afectada quizá sea de gran utilidad este instrumento. Mediante este cuaderno se pretende establecer medidas de comunicación intencional. El cuaderno consiste en incluir el vocabulario que se va aprendiendo significativamente, comenzando por los referidos a uno mismo y seguidos por los referentes a su entorno más cercano: familia y escuela.

Se puede comenzar colocando normas de intercambio social, como: Hola, adiós, por favor, gracias, etc. unido al vocabulario de la unidad que se vaya a trabajar, e ir sumando los nuevos conceptos y palabras que se vayan adquiriendo.

Pero no debemos olvidar que en los niños con TGD no solo es importante que aprendan a hablar, sino que deben de ser capaces, también, de entender cuáles son sus necesidades y deseos para poder compartirlos con otros. En muchas ocasiones deberemos enseñarles, primero, a comunicarse por vías diferentes al habla (gestos, sonidos, señalando, etc.) Sistemas que los demás niños van descubriendo por sí mismos.

G) Aprendizaje sin error. Como señaló Rivière (1997), estos alumnos viven con mucha frecuencia situaciones de desamparo y desconcierto ante sus errores, por lo que resulta necesario organizar sus tareas y ejercicios de aprendizaje centrándonos en el éxito. Para ello es necesario tener en cuenta el nivel evolutivo, cognitivo y el estilo de aprendizaje de cada alumno. En el caso de niños con Síndrome de Asperger se observan unas habilidades mecánicas bastante fuertes, frente a habilidades de comprensión e interpretación más débiles. Es cuestión de analizar cada caso en concreto para ajustarse al mismo.

H) El juego cómo mediador. El juego es un medio muy rico para adquirir diferentes destrezas en todo tipo de niños. Mediante el juego se trabajan destrezas sociales, comunicativas, motrices, cognitivas, etc. asumiendo un papel activo y sin correr riesgos.

Sin embargo, los niños con autismo suelen presentar dificultades a la hora de jugar o lo hacen de una manera muy particular. Es por esto, por lo que se debe de convertir en un objetivo más y, por tanto, en un aspecto más a trabajar. Es necesario que les enseñemos a jugar dándoles apoyos y sirviéndoles de guía.

I) Otros apoyos. Espínola y González (2008) proponen una serie de apoyos didácticos muy útiles en la labor docente diaria, que pueden ser de gran ayuda en el trabajo con estos alumnos.

- Otorgarle tiempo necesario. Esto implica: esperarlo, escucharlos
- Permitirle que tome la iniciativa. No adelantarlos y esperar a ver cómo reacciona
- Ponerse a su altura, nivel físico
- Demostrar que le escuchamos
- Establecer turnos de conversación
- Establecer preguntas claras
- Evitar preguntas negativas, preguntas que contengan la respuesta o muy repetitivas o complicadas para el alumno.
- Poner palabras a la experiencia.

Para finalizar, en términos generales, deberemos premiar (de la manera que veamos conveniente: felicitándole, otorgándole momentos de descanso, reforzándole, etc.) los comportamientos que se aproximen a los objetivos que nos hemos marcado con estos alumnos.

Tabla 7. Resumen de la propuesta de intervención

Objetivos De la intervención	Áreas de intervención	Estrategias de intervención
Mejorar las habilidades comunicativas.	Comunicación y lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de comunicación • El juego como mediador • Estructuración visual.
Lograr una conducta autorregulada adaptada al entorno social.	Área social	<ul style="list-style-type: none"> • Poner límites • Establecer rutinas • Agendas individualizadas • Estructuración visual.
Favorecer un correcto desarrollo emocional y conductual.	Problemas emocionales y de conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje sin error. • El juego como mediador.

Como símil a la tabla generada, la cual resume la propuesta de intervención, los autores Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al (s/f) presentan una tabla que propone una clasificación sobre las áreas de intervención prioritarias, mencionando en las misma los diferentes trabajos y programas que se han desarrollado.

Tabla 8. Tabla recopilatoria sobre áreas de intervención y metodología.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN PRIORITARIA	ORIENTACIONES METODOLÓGICAS
Socialización	Bases de un programa de atención temprana para TEA (Gortázar, 2006). Estrategias para facilitar la interacción social. El módulo 2 de la serie EDUCAUTISME, Competencias e interacciones sociales (Jordan y Powell, 1994). Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Guía práctica para educadores (Howling y Baron-Cohen, 2006). En la mente I y II (Monfort, 2001).
Comunicación	PECS (The Picture Exchange Communication System). SPC (Sistema Pictográfico de Comunicación). Programa de Comunicación Total de B. Schaeffer.
Autodeterminación, flexibilidad y simbolización.	Ambientes estructurados. Apoyos visuales. Enseñanza de la elección. Ampliación de intereses. Incorporación de la flexibilidad. Sistemas de anticipación (agendas personales).
Adaptación y estructuración del ambiente	El programa TEACCH.

Extraída de Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al, s/f, p.37.

3.5 EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

Para realizar una correcta evaluación será preciso establecer unos aspectos indicativos del trastorno, que nos permitan observar las respuestas y los avances producidos tras la aplicación de la propuesta. Existen múltiples pruebas que muestran valores personales en diferentes ámbitos.

El GARS (Gilliam Autism Rating Scale; Gilliam y Janes 1995) es una prueba basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. En esta prueba los ítems se agrupan en 4 categorías diferentes: estereotipias, comunicación, interacción social y alteraciones evolutivas y se aplica en el intervalo de edad comprendido entre los 3 y los 22 años para lograr una estimación sobre los síntomas del autismo. Comparar los valores personales recogidos con el GARS antes y después de la aplicación del programa, permitirá valorar los efectos del mismo.

Al igual que el GARS, el Inventario Del Espectro Autista (IDEA) elaborado por Rivière (1997), también aporta datos personales sobre diferentes áreas afectadas en estos trastornos: las relaciones sociales, la capacidad de referencia conjunta, las capacidades intersubjetivas y mentalistas, las funciones comunicativas, el lenguaje expresivo, el lenguaje receptivo, la anticipación, la flexibilidad, sentido de la actividad, ficción e imaginación, imitación, suspensión. Cada dimensión presenta una escala de 0 a 8 puntos, siendo el 0 el mínimo de afectación y el 8 el máximo. Mediante esta prueba también pueden contrastarse los datos obtenidos antes y después de las aplicaciones de la propuesta.

Por último, existen muchas otras variables referidas al contexto, que deben tenerse en cuenta ya que pueden influir en el desarrollo del programa. Estas variables pueden ser familiares, sociales o referidas al centro. En ellas se tendrían en cuenta aspectos como la implicación de los padres, los recursos humanos y materiales tanto sociales como a nivel de centro, etc. todas estas variables se medirán de una manera cualitativa mediante la realización de entrevistas a los padres antes, durante y después de la aplicación de la propuesta, así como, una la observación sistemática durante la aplicación del programa.

Concluyendo, el método de evaluación de la propuesta se llevará a cabo mediante la evaluación continua y global basada en la observación directa, con el apoyo de las hojas de registro y de cuestionarios de detección (ver anexo 3), que darán constancia tanto de los avances llevados a cabo por los niños, como de la eficacia de la propuesta en sí.

Las escuelas han ido evolucionando con el paso de los años, dejando atrás modelos más limitadores y discriminatorios y abriendo paso a una escuela más tolerante e inclusiva en la que la heterogeneidad es reconocida y considerada como algo positivo.

La atención a la diversidad es una realidad en nuestras aulas, pero se generan muchas dudas ante la llegada de nuevos casos a los centros. Dada la amplitud de casos de TGD que pueden presentarse en las aulas, resulta interesante poseer un programa de intervención que oriente la labor y organización educativa en cada caso.

Los programas necesitan fundamentarse en las realidades en las que se van a aplicar y sobre las capacidades previamente evaluadas de los alumnos, además, deben de estar apoyados por el conjunto que forma el centro escolar. En este trabajo, se han presentado una serie de estrategias de intervención, así como una serie de principios metodológicos, que pretenden servir de orientación para los docentes, sin olvidar que la responsabilidad no recae únicamente sobre ellos, sino que los distintos profesionales deben de colaborar con los maestros fomentando una cooperación interdisciplinar.

Resumiendo, una buena propuesta es la que no se limita al papel o a las ideas, sino la que se aplica y se prueba, mejorándola y puliéndola, a medida que las valoramos. Como dice el dicho, “la experiencia es un grado” y nos va servir para valorar que aspectos funcionan mejor en cada caso, dejando siempre un hueco libre para la imaginación y las nuevas propuestas.

4. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

4.1 CONCLUSIONES GENERALES

Este trabajo fin de grado, se ha realizado con el objetivo principal de diseñar un programa de intervención educativa para los alumnos con trastornos generalizados del desarrollo que sirva a los docentes como guía ante situaciones de integración en el aula. Con la intención de lograr tal fin, lo prioritario es informarse sobre los aspectos conceptuales de los trastornos generalizados del desarrollo. Este aspecto es sobre el que inciden los tres primeros objetivos específicos planteados: Describir las características definitorias de los trastornos generalizados del desarrollo con el fin de ampliar los conocimientos sobre ellos, delimitar las diferencias que pueden llevar a equivocaciones a la hora de detectar las alteraciones en el desarrollo y mostrar que aspectos se deben tener en cuenta a la hora de detectar los posibles trastornos del desarrollo.

Existen multitud de materiales bibliográficos, publicaciones en diferentes formatos divulgativos, contenido referenciado en la red, etc. que permiten hacer acopio de toda la información necesaria para realizar un completo marco teórico. Marco teórico que resulta de vital importancia para la consecución de los objetivos restantes.

El cuarto de los objetivos propuestos “Analizar qué tipos de apoyos educativos poseen y que intervención educativa puede realizarse presentando, para ello, ejemplos de intervenciones previas” se ha centrado en examinar las actuaciones que se llevan a cabo tanto en la sociedad como en las comunidades educativas. Estas intervenciones que se realizan son muy enriquecedoras, dado que se referencian a partir de diferentes puntos de vista desde los que poder intervenir. Todos estos trabajos se ven sustentados por el resto, igual que en este caso.

Por último, el quinto objetivo se plantea como una articulación de todos los anteriores para dar lugar a una serie de propuestas que sirvan de orientación y guía a los docentes implicados en esta tarea.

La elaboración del trabajo me ha dado la oportunidad de indagar sobre un tema existente en las aulas y sobre el que deseaba conocer más para completar la información recibida a lo largo del estudio del grado de maestro en educación infantil. El trabajo de documentación me ha resultado de gran ayuda en mi formación y me ha recordado la importancia de la formación continua en la labor educativa. Formación que permite ajustarse en todo momento a los cambios sociales que se ven reflejados en el aula.

4.2 LIMITACIONES OBSERVADAS

La principal limitación observada es la referida a la falta de tiempo. Escasez de tiempo para investigar sobre un caso en concreto o recolectar información sobre actuaciones o dudas de docentes que se hallan en esta situación.

Otra limitación encontrada y muy unida a la anterior, es el hecho de no haber podido aplicar la propuesta en un contexto real para observar como funcionaría.

4.3 SUGERENCIAS Y LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Un tema tan amplio, como el que nos ocupa, permite reabrir múltiples vías de investigación. Una que me resulta muy interesante es la relacionada con las actitudes que debe trabajar el docente para afrontar estos quehaceres, como se trabaja la observación, la paciencia, etc. Es decir, mostrar que aspectos son interesantes de cultivar y promocionar entre los docentes de cara a trabajar con estos casos en las aulas.

Llevar a cabo una lista con problemas o dudas que se encuentran los docentes a la hora de actuar hubiese sido interesante y otra posible vía de continuación. Mediante la recopilación de diferentes aspectos, pueden surgir una serie de dudas o dificultades que no se hayan comentado o profundizado en la propuesta. Hubiese resultado de gran utilidad el haber podido aplicar la propuesta presentada, en un contexto real, de esta manera se hubiera podido ajustar más a la realidad.

Un tema muy actual es el referido a las nuevas tecnologías en las aulas. Centrándose en este aspecto se podría elaborar una propuesta de intervención teniendo en cuenta estos recursos tan presentes en nuestras vidas hoy en día.

Como he señalado son muchas las posibilidades que se nos presentan, tanto a mí misma como a cualquiera que este interesado en el tema.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5.1. BIBLIOGRAFÍA EMPLEADA

- Aguirre Barco, R; Álvarez Pérez, P; Angulo Domínguez M^aC; Prieto Díaz, I (online). *Manual de atención al alumnado con necesidades educativas específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo*. Andalucía consejería de educación. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE>

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A

- Asociación de padres de afectados de autismo y otros trastornos de espectro autista de Bizakaia (APNABI) (Sin fecha). *APNABI Autismo Bizakaia*. Recuperado el 14 de Marzo de 2013 de <http://www.apnabi.org/>

- Asociación Asperger España (Sin fecha). *Federación Asperger España*. Recuperado el 13 de Marzo de 2013 de <http://www.asperger.es/>

- Banús Llord, S (2013). *Psicología infantil y juvenil. TGD características*. Recuperado el 22 de Marzo de 2013 de <http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/tgdcaracteristicas/index.php>

- Baron-Cohen, S; Bolton, S (1993). *Autismo una guía para padres*. Madrid: Alianza editorial.

- Bohórquez Ballesteros, D.M; Alonso Peña, J.R; et al (2007). *Manual TGD para padres*. Salamanca: Universidad de Salamanca y ministerio del trabajo y asuntos sociales.

- Blog de Maestra de pedagogía terapéutica (Sin fecha). Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://maestraespecialpt.blogspot.com.es/>

-Confederación autismo España (sin fecha). *Autismo España*. Recuperado el 12 de Marzo de 2013 de <http://www.autismo.org.es/AE/default.htm>

-Caballo, EV; Simón M.A (2005): *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.

-Diéguez García, N (Sin fecha): “*Trastorno del espectro autista. Programa de intervención educativa desde la perspectiva de la diversidad*”. Recuperado el 11 de Abril de 2013 de http://www.edu.xunta.es/web/sites/web/files/content_type/learningobject/2011/12/20/be4b02225225f7fdea062d963d3f4d75.pdf

-Educa Madrid (Sin fecha): *El método TEACCH*. Recuperado el 17 de abril de 2013 de http://www.educa.madrid.org/cms_tools/files/7fbaf702-85c4-4f8b-a7c7-1c60caaffde0/resumenTEACCH.pdf

-Escribano, L; González del Yerro, A; et al (2010). *La prevención de conductas desafiantes en la escuela infantil. Un enfoque proactivo*. México DF: Jit Press S.A

-Espíndola, J; González Serrano, S (2008). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia*. Santiago de Chile: Atenas Ltda. Recuperado el 29 de Abril de 2013 de <http://es.scribd.com/doc/21780201/Guia-de-apoyo-tecnico-pedagogico-Autismo>

-Fernández Morodo, T; Nieva Martínez, A (2010). *El desafío cognitivo*. Madrid: Edelvives.

-Frontera Sancho, M (2006). *Los trastornos generalizados del desarrollo*. Infocop Online. Recuperado el 14 de abril de 2013 de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=844

-Frontera Sancho, M (2010). *El desafío del desarrollo. Alumnos con Síndrome de Asperger. Necesidades y respuesta educativa*. Madrid. Edelvives.

-Frith, U (1991): *Autismo*. Madrid: Alianza editorial

-Gilliam, JE (1995). *Gilliam Autism Rating Scale*. Austin TX: Pro-Ed.

-Gortázar Díaz, P (2001). *La enseñanza de gestos naturales en personas con autismo*. Valencia. Recuperado el 1 de mayo de 2013 de <http://www.autismosevilla.org/profesionales/Comunicacion%20y%20Lenguaje%20en%20TEA/La%20ensenanza%20de%20gestos%20naturales%20en%20personas%20con%20autismo.pdf>

-Grupo de estudio de trastornos del espectro autista. Instituto de investigación de enfermedades raras-instituto de salud Juan Carlos III (2004). *Trastornos del espectro autista*. Recuperado el 1 de Abril de 2013 de http://ier.isciii.es/autismo/pdf/aut_16ra.pdf

-Hernández, JM; Artigas-Pallares, J; et al (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de neurología* 41, n.4. Recuperado de <http://eoeptgdbadajoz.juntaextremadura.net/wp-content/uploads/2011/10/Gu%C3%ADa-de-buena-pr%C3%A1ctica-para-la-detecci%C3%B3n-temprana-de-los-trastornos-del-espectro-autista.pdf>

-Hervás, A; Sánchez santos, L (sin fecha). *Autismo. Espectro autista*. Recuperado el 1 de abril de 2013 de http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/autismo_espectro-autista.pdf

-Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación. Boletín oficial del estado, 106, de 4 de mayo de 2006

-Madero Cañete, L (sin fecha). *Modelo de organización y funcionamiento de un aula específica*. Andalucía: consejería de educación.

-Martin Rodríguez, Mª C (Sin fecha). *La respuesta TEACCH en el aula para alumnos/as dentro del espectro autista*. Andalucía: consejería de la educación.

-Molina Montes, A (Sin fecha). *Cómo potenciar la comunicación en el alumnado con trastorno del espectro autista*. Andalucía: consejería de la educación.

-Moreno Pérez, F. J; Aguilera Jiménez, A; Saldaña Sage, D; Álvarez Pérez, R (2005). ¿Cómo mejorar el autismo? Una propuesta desde el sistema escolar sevillano. *Revista apuntes de psicología*, Volumen 23, 257-274.

-New York State Department Of Health Early Intervention Program (1999). Report o the recommendations: Autism/pervasive developmental disorders. Recuperado el 2 de abril de 2013 de http://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/disorders/autism/early.htm#Background_Information_and_Recommendations:_Assessment

-Organización Mundial de la salud (OMS) (1993). *Clasificación internacional de las enfermedades, 10ª revisión. Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos para investigación*. Madrid: Meditor.

-Padres y familiares de niños con autismo (sin fecha). *TGD-padres-TEA*. Recuperado el 29 de Marzo de 2013 de <http://www.tgd-padres.com.ar/index2.htm>

-Perrenoud, P (1990). *La construcción del éxito y el fracaso escolar*. Madrid: Morata

-Psicología Online (sin fecha). *Definición de los trastornos generalizados del desarrollo*. Recuperado el 21 de marzo de 2013 de <http://www.psicologia-online.com/monografias/sindrome-asperger/introduccion-definicion-tdg.html>

-Profesora de Educación Especial (sin fecha). Blog: ¿Eres especial?..Yo también. Recuperado el 26 de Marzo de 2013 de <http://navasgar.wordpress.com/>

-Rivière, A; Martos, J (1997). *Tratamiento del autismo: nuevas perspectivas*. Madrid: instituto de migraciones y servicios sociales.

-Repeto Gutiérrez, S (Sin fecha). *Naturaleza de los trastornos del espectro autista*. Andalucía: consejería de la educación.

-Vázquez Reyes, C.Mª; Martínez Fera, MªI (Sin fecha). *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica*. Andalucía: consejería de educación.

-Vázquez Uceda, M (2007). *Procedimientos para la comunicación en el alumnado con trastornos generalizados del desarrollo (TGD)*. P@K-EN-REDES, Volumen 1, número 2. Recuperado de http://www.redes-cepalcala.org/revista/articulos/N2_autismo.pdf

-Vázquez Uceda, M; Murillo Bonilla, F (Sin fecha). *Orientaciones básicas para iniciar el trabajo en un aula especializada para alumnado con trastornos del espectro autista*. Andalucía: consejería de educación.

-Wing, L (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona. Paidós.

-Zardain, P; Trelles García, G (2009). *El síndrome de asperger*. Guía educativa. Asturias: asociación asperger Asturias.

5.2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

-Canal Bedia, R; Santos Bordujo, J; et al. (2007). *Detección y diagnóstico de trastornos del espectro autista*. Real patronato sobre discapacidad. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Recuperado el 1 de abril de 2013 de <http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/deteccion-y-diagnostico-de-trastornos-del-espectro-autista.pdf>

-Corujo Soler, A (sin fecha). *Orientaciones para la elaboración de las programaciones de aula*. Andalucía: consejería de la educación

-Departamento de discapacidad y rehabilitación. Ministerio de Salud de Chile (2011). *Guía práctica de detección y diagnóstico oportuno de los trastornos del espectro autista*. Recuperado el 1 de Abril de 2013 de <http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/guia-de-practica-clinica-TEA.pdf>

-Valdez, D (Sin fecha). *La teoría de la mente y sus alteraciones en el espectro autista*.
Andalucía: consejería de la educación.

ANEXOS

Anexo I

DSM-IV-TR: MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, texto revisado en el año 2000 (American Psychiatric Association)

Trastornos generalizados del desarrollo (TGD)

Criterios para el diagnóstico del F84.0 Trastorno autista (299.00)

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
- (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- (d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
- (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

- (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Crterios para el diagnóstico del F84.2 Trastorno de Rett (299.80)

A. Todas las características siguientes:

1. desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
3. circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

1. desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
3. pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
4. mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Crterios para el diagnóstico del F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299-10)

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. lenguaje expresivo o receptivo
2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
3. control intestinal o vesical
4. juego
5. habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
4. ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

ANEXO 2 TABLAS

Tabla 2. Los cuatro niveles de la dimensión trastorno cualitativo de la relación

1. Impresión clínica de aislamiento completo y “profunda soledad desconectada”. No hay expresiones de apego a personas específicas. En los casos más graves, se ofrece la impresión de que no se diferencian cognitivamente o emocionalmente las personas de las cosas. No hay señales de interés por las personas, a las que ignora o evita de forma clara.
2. Impresión definida de soledad e incapacidad de relación, pero con vínculo establecido con adultos (figuras de crianza y profesores). La persona en este nivel ignora, sin embargo, por completo a los iguales, con los que no establece relación. Las iniciativas espontáneas de relación, incluso con las figuras de crianza, son muy escasas o inexistentes.
3. Relaciones infrecuentes, inducidas, externas y unilaterales con iguales. Con frecuencia, la impresión clínica es la de una “rígida e ingenua” torpeza en las relaciones, que tienden a establecerse como respuesta y no por iniciativa propia.
4. Hay motivación definida de relacionarse con iguales. La persona en este nivel suele ser al menos parcialmente consciente de su “soledad” y de su dificultad de relación. Ofrece una impresión paradójica de una “inteligencia torpe”. Las sutilezas de las relaciones, su dinamismo subyacente, tienden a “escapársele”, pero quisiera relacionarse con sus iguales, fracasando frecuentemente en el intento de lograr una relación fluida.

Extraída de Rivière, 1997, pp.70

Tabla 3. Los cuatro niveles de la dimensión de trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas)

1. Ausencia completa de acciones conjuntas, interés por las acciones de otras personas o gestos (incluyendo miradas) de referencia conjunta. La persona en este nivel tiende a ignorar por completo las acciones, miradas y gestos significativos de otras personas. Frecuentemente reacciona con evitación o rabieta a los intentos de otras personas de “compartir una acción”.
2. Realización de acciones conjuntas simples (por ejemplo, devolver una pelota o un cochecito que se lanza mutuamente) con personas implicadas. No hay (o no hay apenas) miradas “significativas” de referencia conjunta. Se comparten acciones sin ninguna manifestación de que se perciba la subjetividad del otro.
3. Empleo más o menos esporádico de miradas de referencia conjunta en situaciones interactivas muy dirigidas. No hay empleo de “miradas cómplices” en situaciones más abiertas. Parece haber una interpretación limitada de miradas y gestos ajenos con relación a situaciones.
4. Pautas establecidas de atención y acción conjunta. Sin embargo, pueden “escaparse” muchas “redes sutiles” de gestos y miradas en situaciones interactivas, especialmente cuando éstas son abiertas y complejas. Además, no se comparten apenas “preocupaciones conjuntas” o “marcos de referencia comunicativa” triviales con las personas cercanas.

Extraída de Rivière, 1997, pp.76

Tabla 4. Los cuatro niveles de los trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.

1. Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria), atención conjunta y actividad mentalista. Falta de interés por las personas y de atención a ellas.
2. Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales. En la relación con la persona con E.A. en este nivel puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como "sujeto".
3. Indicios de intersubjetividad secundaria, pero no de atribución explícita de mente. En este nivel no se soluciona la tarea de falsa creencia. En algunos casos, se emplean, de forma limitada y ocasional, términos mentales como "contento" o "triste".
4. La persona con E.A. en este nivel tiene conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, y emplea términos mentales. Resuelve la tarea de T.M. de primer orden, al menos. Sin embargo, los procesos mentalistas en las interacciones reales son limitados, lentos y simples. No se acomodan bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones.

Extraída de Rivière, 1997, pp.82

Tabla 5. Los cuatro niveles de la dimensión de trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.

1. Ausencia de comunicación, entendida como "cualquier clase de relación intencionada con alguien, acerca de algo, que se realiza mediante empleo de significantes".
2. La persona realiza actividades de "pedir", mediante "conductas de uso instrumental de personas", pero sin signos. Es decir, "pide" llevando de la mano hasta el objeto deseado, pero no puede hacer gestos o decir palabras para expresar sus deseos. De este modo, tiene conductas con dos de las propiedades de la comunicación (son "intencionadas" e "intencionales"), pero sin la tercera (no son "significantes").
3. Se realizan signos para pedir: pueden ser palabras, símbolos enactivos, gestos "suspendidos", símbolos aprendidos en programas de comunicación, etc. Sin embargo, sólo hay comunicación para cambiar el mundo físico. Por tanto, sigue habiendo ausencia de comunicación con función ostensiva o declarativa.
4. Empleo de conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., que no sólo buscan cambiar el mundo físico. Sin embargo, suele haber escasez de declaraciones capaces de "cualificar subjetivamente la experiencia" (es decir, referidas al propio mundo interno) y la comunicación tiende a ser poco recíproca y poco empática.

Extraída de Rivière, 1997, pp.86

Tabla 6. Los cuatro niveles de la dimensión de trastorno del lenguaje expresivo

<p>1. Ausencia total de lenguaje expresivo. El mutismo puede ser total o “funcional”. Este último se define por la presencia de verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas (pueden ser, por ejemplo, emisiones con función “musical”). Es decir, no implican análisis significativo ni tienen la función de comunicar.</p> <p>2. El lenguaje es predominantemente ecológico o compuesto de palabras sueltas. Aparecen ecolalias y palabras funcionales. No hay propiamente “creación formal” de sintagmas o de oraciones. No hay discurso ni conversación.</p> <p>3. Lenguaje oracional. Capacidad de producir oraciones que ya no son predominantemente ecológicas, y que implican algún grado de conocimiento implícito de reglas lingüísticas (una cierta competencia formal). Sin embargo, los sintagmas y las oraciones no llegan a configurar discurso ni se organizan en actividades conversacionales. La interacción lingüística produce la impresión de “juego de frontón”, que carece del espontáneo dinamismo de las verdaderas conversaciones. Puede haber muchas emisiones irrelevantes o inapropiadas.</p> <p>4. Lenguaje discursivo. Es posible la conversación, aunque tiende a ser lacónica. Las personas en este nivel pueden ser conscientes de su dificultad para “encontrar temas de conversación” y para transmitir con agilidad información significativa en las interacciones lingüísticas; intercambian con dificultad roles conversacionales, comienzan y terminan las conversaciones de forma abrupta, pueden decir cosas poco relevantes o poco apropiadas socialmente. Se adaptan con dificultad a las necesidades comunicativas de sus interlocutores. Frecuentemente su lenguaje está prosódicamente muy alterado. Parece “pedante”, rebuscado y poco natural, o abrupto y poco sutil. Hay dificultades para regular los procesos de selección temática y cambio temático en la conversación y en el discurso.</p>
--

Extraída de Rivière, 1997, pp.89

Tabla 7. Los cuatro niveles de la dimensión de trastorno cualitativo del lenguaje receptivo

<p>1. “Sordera central”. El niño o adulto en este nivel ignora por completo el lenguaje, con independencia de que le sea específicamente dirigido a él. No responde a órdenes, llamadas o indicaciones lingüísticas de ninguna clase. Con frecuencia provoca sospechas de si no será sordo.</p> <p>2. Asociación de enunciados verbales con conductas propias; es decir, la persona con E.A. en este nivel “comprende órdenes sencillas”. Sin embargo, su comprensión consiste esencialmente en un proceso de asociación entre sonidos y contingencias ambientales o comportamientos. No implica ni la asimilación de los enunciados a un código, ni su interpretación e incorporación a un sistema semántico-conceptual, ni su definición intencional en términos pragmáticos.</p> <p>3. Comprensión de enunciados. En el nivel tercero hay ya una actividad mental de naturaleza psicolingüística, que permite el análisis estructural de los enunciados, al menos parcial. La comprensión suele ser extremadamente literal y muy poco flexible. Se incorporan a ella con gran dificultad las claves pragmáticas. Así no es apenas modulada por los contextos interactivos. Los procesos de inferencia, coherencia y cohesión que permiten hablar de “comprensión del discurso” son muy limitados o inexistentes. Hay tendencia a atender a las interacciones verbales sólo cuando se dirigen a la persona de forma muy específica y “directiva”.</p> <p>4. El nivel más alto se define por la capacidad de comprender planos conversacionales y discursivos del lenguaje. Sin embargo, hay alteraciones sutiles en procesos de diferenciación del significado intencional del literal, en especial cuando uno y otro no coinciden. También en los procesos de doble semiosis (comprensión del lenguaje figurado) y modulación delicada de la comprensión por variables interactivas y de contexto.</p>

Extraída de Rivière, 1997, pp.94

Tabla 8. Los cuatro niveles de la dimensión de trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación.

1. Resistencia muy intensa a cambios y rígida adherencia a estímulos que se repiten de forma idéntica (por ejemplo, películas de vídeo vistas una y otra vez). No hay indicios de actividades anticipatorias en situaciones cotidianas, aunque sí puede haber respuestas contingentes ante los estímulos que obsesionan. Pueden darse respuestas de oposición a *estímulos* (por ejemplo, alimentos) nuevos, más que a situaciones nuevas. No está asimilado un orden espacial o temporal claro por la persona en este nivel. El niño (o adulto) sólo anticipa situaciones en que no está directamente implicado, tales como las que se ven repetidamente en el vídeo. Los estímulos tienen que ser idénticos, en todos los aspectos, para ser anticipados.
2. Aparecen conductas anticipatorias simples en situaciones cotidianas muy habituales (por ejemplo, preparar el abrigo para salir, a una hora en que se sale habitualmente) y conductas que sugieren capacidades incipientes de interpretación de indicios anticipatorios. Frecuentemente siguen dándose conductas oposicionistas y rabietas en situaciones de cambio (cambios de itinerarios, de órdenes, de rutinas diarias, etc.). Pueden darse reacciones muy intensas ante situaciones nuevas e imprevistas por la persona con E.A. Los periodos que no siguen el orden habitual (fines de semana, vacaciones, etc.) son normalmente más turbulentos y se acompañan de alteraciones de conducta más marcadas, alteraciones emocionales, ansiedad, etc., en comparación con los días en que se sigue la rutina cotidiana.
3. Las competencias de anticipación de las personas del nivel tercero permiten un tratamiento más "amplio" del futuro. Por ejemplo, están bien incorporadas estructuras o marcos ("esquemas") de "semana" o "periodo de actividad" (vacaciones, frente a tiempo escolar, etc.). Suele haber una aceptación mejor de los cambios que en las personas de nivel 2, pero pueden producirse reacciones catastróficas ocasionales ante cambios imprevistos. Es frecuente que las personas de nivel tercero "regulen" por sí mismas ciertas rutinas (como encerrarse en su cuarto, todos los días a una misma hora, a ver fotografías). No insertan, sin embargo, sus competencias de anticipación en estrategias activas de previsión y organización del futuro. Pueden presentar ansiedad frecuente en relación con sucesos futuros previstos, por los que a veces preguntan de forma repetitiva.
4. La persona prefiere un orden claro y un ambiente predecible. Puede incorporar, sin embargo, mucha más versatilidad ambiental que las personas de niveles anteriores. Es capaz de regular la estructura de su propio ambiente, por lo menos hasta cierto punto, aunque no tanto de insertar esa estructura en proyectos a muy largo plazo. Puede haber reacciones catastróficas puntuales ante cambios ambientales muy imprevistos. La persona en este nivel se caracteriza porque puede emplear estrategias activas para ayudarse a anticipar, sin necesidad de ayudas externas.

Extraída de Rivière, 1997, pp.112

Tabla 9. Los cuatro niveles del trastorno de la flexibilidad mental y comportamental

1. Predominan las estereotipias motoras simples (balanceo anteroposterior o lateral, hand washing, giros o rotaciones de objetos, aleteos y sacudidas de brazos, giros sobre sí mismo, etc.).
2. Rituales simples (por ejemplo, tener que dar dos vueltas al perímetro de un edificio antes de penetrar en él). Suelen acompañarse de resistencia a cambios ambientales nimios, y de pautas de insistencia activa en que se repitan unos mismo rituales. Pueden aparecer también estereotipias. Rigidez cognitiva muy acentuada.
3. Rituales complejos (por ejemplo, pautas minuciosas e invariables que deben seguirse para ducharse, para comer, para penetrar en un lugar o comenzar una actividad). Frecuentemente hay apego excesivo a objetos, fijación en itinerarios, etc. También puede haber preguntas obsesivas. Inflexibilidad mental muy acentuada.
4. Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales, de gama limitada y frecuentemente no relacionados con el mundo social en sentido amplio. Puede haber un perfeccionismo rígido en la realización de tareas o la solución de problemas.

Extraída de Rivière, 1997, pp.117

Tabla 10. Los cuatro niveles de trastorno cualitativo del sentido de la actividad propia

1. Predominio masivo de conductas sin meta (por ejemplo, carreritas sin rumbo con aleteo) e inaccesibilidad completa a consignas externas que dirijan la acción de la persona con E.A. de este nivel. Las conductas de ésta ofrecen la impresión de acciones sin propósito ninguno, y que no se relacionan con los contextos en que se producen.
2. Sólo se realizan actividades funcionales ante consignas externas. Tales actividades son breves y no dependen de una comprensión de su finalidad. Los niños y adultos en este nivel pueden ofrecer la impresión de “ordenadores sin disco duro”. Requieren constantemente y “paso a paso” de incitaciones externas para “funcionar”. Cuando no realizan actividades funcionales dependientes de esa incitación externa, presentan patrones muy pasivos de conducta o bien muy excitados, o actividades sin meta propias del nivel (1), tales como estereotipias de ciclo corto o deambulación sin rumbo.
3. Presencia de actividades “de ciclo largo” (por ejemplo, realizar una tarea con un cierto grado de autonomía, y en que no es necesario un control externo de cada paso), pero que no se viven como formando parte de totalidades coherentes de situación y acción (por ejemplo, un curso), y cuya motivación reside generalmente más en contingencias externas o impresiones de dominio que en el sentido mismo de las tareas.
4. La persona realiza actividades complejas y de ciclo muy largo (por ejemplo, cursos académicos o actividades laborales complejas), cuya meta precisa conoce, pero no asimila profundamente esas actividades a motivos encajados en una “previsión biográfica” de futuro, en un “yo auto-proyectado”.

Extraída de Rivière, 1997, pp.126

Tabla 11. Los cuatro niveles del trastorno cualitativo de las competencias de ficción e imaginación.

<p>1. Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción.</p> <p>2. Presencia de juegos funcionales (que no implican sustitución de objetos o invención de propiedades) consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales, de forma simple (por ejemplo, hacer rodar un cochecito, o llevar una cucharita vacía a la boca). Los juegos funcionales tienden a ser estereotipados, limitados en contenidos, poco flexibles y poco espontáneos. Frecuentemente se suscitan “desde fuera”. No hay juego simbólico.</p> <p>3. Juego simbólico “evocado”, y rara vez por iniciativa propia. La persona en este nivel puede tener algunas capacidades incipientes de “juego argumental”, o de inserción de personajes en situaciones de juego (por ejemplo, empleando figuritas de juguete, a las que monta en un camión), pero el juego tiende a ser producido desde fuera más que espontáneo, y muy escasamente flexible y elaborado en comparación con la edad. Frecuentemente es muy obsesivo (el niño tiene que llevar a todas partes sus figuras, muñecos, etc). Puede haber dificultades muy importantes para diferenciar ficción y realidad (no es infrecuente que los niños o adolescentes en este nivel “no puedan ver películas” violentas en la TV, porque responden como si fueran situaciones reales).</p> <p>4. Capacidades complejas de ficción. La persona con E.A. en este nivel puede crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles, muy centradas en torno a un personaje por ejemplo. Hay dificultades sutiles para diferenciar ficción y realidad, y las ficciones tienden a emplearse como recursos para aislarse. En algunos casos, la persona se “sumerge” excesivamente en sus propias ficciones y se aísla en ellas.</p>

Extraída de Rivière, 1997, pp.134

Tabla 12. Los cuatro niveles de la dimensión de trastorno cualitativo de la imitación

<p>1. Ausencia completa de conductas de imitación.</p> <p>2. Imitaciones motoras simples, evocadas. No hay imitación espontánea.</p> <p>3. Aparecen pautas de imitación espontánea, generalmente esporádicas y poco flexibles. La imitación puede carecer de la implicación intersubjetiva de que suele acompañarse en los niños normales, o de la versatilidad que suele tener.</p> <p>4. Dificultad para “guiarse por modelos personales internos”. Puede haber modelos adultos, pero suelen ser rígidos y basados en variables “externas” (como que “X tiene coche” o “X tiene novia”), sin implicación intersubjetiva o fundamento empático.</p>
--

Extraída de Rivière, 1997, pp.137

Tabla 13. Los cuatro niveles de trastorno de la suspensión (de la capacidad e hacer significantes)

1. No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. La comunicación está ausente o se produce mediante gestos instrumentales con personas.
2. No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos, Por ejemplo, no hay juego funcional con objetos (ni, por supuesto, juego de ficción o niveles más complejos de suspensión).
3. No se suspenden las propiedades reales de las cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.
4. No se dejan en suspenso representaciones, para crear o comprender metáforas o estados mentales ajenos o propios que no se corresponden con las realidades.

Extraída de Rivière, 1997, pp.142

ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE ALUMNOS Y ALUMNAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Nombre y apellidos del alumno o alumna:		_____			
Fecha de nacimiento:	_____	Edad:	_____		
Nivel:	_____	Ciclo:	_____	Etapa:	_____
Centro educativo:	_____				

Por favor, indique si las siguientes afirmaciones se pueden atribuir al alumno o alumna que está observando. Rodee con un círculo el nivel más adecuado en cada caso.

F: frecuentemente	AM: a menudo	PV: pocas veces	N: nunca
-------------------	--------------	-----------------	----------

	F	AM	PV	N
1. No atiende cuando se le llama. A veces parece sordo.				
2. No señala para enseñar algo que ocurre o está viendo				
3. No habla o ha dejado de hacerlo.				
4. Su lenguaje es muy repetitivo y poco funcional				
5. Utiliza a las personas como si fueran instrumentos para lograr lo que desea				
6. Se comunica generalmente para pedir o rechazar, no para realizar comentarios				
7. No reacciona ante lo que ocurre a su alrededor				
8. No muestra interés por la relación con los demás, no pide su atención, a veces los rechaza.				
9. No mira a la cara o a los ojos, sonriendo a la vez				
10. No se relaciona con los otros niño/as, no les imita				
11. No mira hacia donde se le señala				
12. Usa los juguetes de manera peculiar (girarlos, alinearlos, tirarlos ...)				
13. Ausencia de juego social, simbólico e imaginativo ("hacer como si ...)				
14. Sus juegos son repetitivos				
15. Alinea u ordena las cosas innecesariamente				
16. Es muy sensible a ciertas texturas, sonidos, olores o sabores.				
17. Tiene movimientos extraños, repetitivos				
18. Presenta rabietas o resistencia ante cambios ambientales				
19. Tiene apego inusual a algunos objetos o a estímulos visuales concretos				
20. Se ríe o llora sin motivo aparente.				
21. Tiene buenas habilidades visoespaciales				

Extraída de Aguirre Barco, Álvarez Pérez, et al, s/f, pp.18