

TESIS DOCTORAL

2022

CONVERGENCIA DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y CLÍNICA DEL ALUMNADO TEA

ALMA MARÍA IÑIGO MARTÍNEZ

PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN

DIRECTOR: JOSÉ QUINTANAL DÍAZ

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	21
PRIMERA PARTE	
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	22
CAPÍTULO 1	
CUESTIONES PREVIAS.....	23
1. El autismo, ese gran desconocido (estado de la cuestión).....	24
1.1. ¿Qué es el autismo?	24
1.1.1. Caracterización histórica del concepto.....	26
1.1.2. Diagnóstico: caracterización especializada	40
1.2. Un análisis del desarrollo evolutivo del lenguaje	49
1.2.1. Desarrollo evolutivo en nuestro sistema educativo	54
1.2.1.1. Desarrollo pragmático, semántico, de la forma y del lenguaje durante el periodo de Educación Infantil.....	60
1.2.1.2. Desarrollo pragmático, semántico, de la forma y del lenguaje a partir de la edad escolar (Educación Primaria).....	76
1.2.2. Alteraciones en el desarrollo comunicativo-lingüístico	85
1.3. Inclusión	90
1.3.1. ¿Qué entendemos por inclusión? Etiología del término	90
1.3.2. ¿Cómo trabajamos la inclusión?.....	101
1.4. Escolarización del alumnado TEA	109
1.4.1. Evolución del concepto de Educación Especial	109
1.4.2. Diagnóstico.....	114
1.4.3. Normativa y aulas TEA	119
1.5. Familia.....	148
1.5.1. ¿Cómo llega el TEA a la familia?	149

1.6. Profesorado de las aulas TEA.....	152
1.6.1. Perfiles.....	152
1.6.2. Formación del docente. Planes universitarios.	158
1.7. En un contexto más amplio... ..	165
1.8. Conclusiones	172

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO EMPÍRICO.....	175
------------------------------	------------

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	176
2.1. Planteamiento de la investigación- metodología	177
2.1.1. Introducción.....	177
2.1.2. Estado de la cuestión	180
2.1.3. Metodología de trabajo.....	190
2.1.3.1. Objetivos.....	191
2.1.3.2. Procedimientos: recursos e instrumentos.....	195
2.1.4. Instrumentos	204
2.1.4.1. Cuestionario de profesionales.....	205
2.1.4.2. Cuestionario de familiares.....	210
2.1.5. Propuesta de desarrollo de la investigación.....	211
2.1.5.1. Estudio de las áreas afectadas.....	226
2.1.5.2. Protocolos.....	240
2.2. Diseño de la investigación.....	248
2.2.1. Instrumentos, cuestionarios (metodología de encuesta)	248
2.2.1.1. Planteamiento de los objetivos de la investigación.....	248
2.2.1.2. Estructura.....	249
2.2.1.3. Validación de los instrumentos.....	251
2.2.1.4. Fiabilidad de los cuestionarios.....	292

2.3. Desarrollo de la investigación	295
2.3.1. Muestra.....	295
2.3.2. Proceso general seguido	297
2.3.2.1. Construcción de los instrumentos de recogida de información: cuestionarios.....	297
2.3.2.2. Validación de los instrumentos.....	299
2.3.2.3. Recogida de información.....	301
2.3.2.4. Análisis y creación de las bases de datos finales.....	301
 CAPÍTULO 3	
RESULTADOS.....	302
3. Resultados y análisis de datos	303
3.1. Resultados.....	303
3.1.1. Resultados profesionales educativos	303
3.1.2. Resultados profesionales sanitarios	331
3.1.3. Resultados familiares.....	361
3.2. Análisis de datos.....	377
3.2.1. Comparativa del análisis de resultados médico-educativa	377
 CAPÍTULO 4	
CONCLUSIONES.....	413
4. Conclusiones	414
 CAPÍTULO 5	
PROSPECTIVA Y PROPUESTA.....	423
5. Prospectiva y propuesta	424
 CAPÍTULO 6	
BIBLIOGRAFÍA.....	436
6. Bibliografía/webgrafía	437
 CAPÍTULO 7	
ANEXOS.....	467

7. Anexos	468
Anexo I: solicitud de validación.....	468
Anexo II: solicitud de colaboración	492
Anexo III: cuestionario de los profesionales	497
Anexo IV: cuestionario de los familiares	503
Anexo V: información a los padres/tutores legales para la derivación del expediente a la comisión técnica interterritorial.....	506
Anexo VI: protocolo de derivación del expediente del alumno a la comisión interterritorial (Ed. Infantil).....	507
Anexo VII: protocolo de derivación del expediente del alumno a la comisión interterritorial (Ed. Primaria).....	511
Anexo VIII: protocolo de derivación del expediente del alumno a la comisión interterritorial (Ed. Secundaria).....	515
Anexo IX: anexo I- ficha de derivación del alumno/a al equipo específico de alteraciones graves del desarrollo.....	520
Anexo X: anexo II- ficha de derivación para asesoramiento a profesionales de alteraciones graves del desarrollo.....	522
Anexo XI: registro de los familiares que han contestado	524
Anexo XII: respuestas obtenidas a los ítems de respuesta abierta por parte de los familiares	525
Anexo XIII: registro de respuestas obtenidas por parte de los familiares	543
Anexo XIV: registro de los profesionales educativos que han contestado.....	555
Anexo XV: registro de las respuestas obtenidas a los ítems de respuesta abierta por parte de profesionales educativos	556
Anexo XVI: registro de respuestas obtenidas por parte de los profesionales educativos	571
Anexo XVII: registro de los profesionales sanitarios que han contestado	581

Anexo XVIII: respuestas obtenidas a los ítems de respuesta abierta por parte de los profesionales sanitarios	582
Anexo XIX: registro de las respuestas obtenidas por parte de los profesionales sanitarios.....	596
Anexo XX: pruebas evaluación psicopedagógica EOEE TEA	609
Anexo XXI: pautas-recursos a nivel de centro.....	612
Anexo XXII: pautas-recursos a nivel de aula.....	616
Anexo XXIII: materiales manipulativos	620

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Secuencia histórica que ha seguido el conocimiento del autismo (elaboración propia)...	34
Tabla 2. Detección específica TEA (Hérvás et al (2012)).....	41
Tabla 3. Mapa cognitivo del funcionamiento cognoscitivo según Piaget.....	51
Tabla 4. Subestadios de la fase sensoriomotriz.....	53
Tabla 5. Subestadios de la fase preoperatoria.....	53
Tabla 6. Subestadios de la fase del pensamiento operatorio.....	54
Tabla 7. Esquema del sistema educativo español- LOMCE.....	58
Tabla 8. Organización de la enseñanza en modalidad especial.....	59
Tabla 9. Desarrollo del lenguaje desde el nacimiento hasta los 12 meses.....	63
Tabla 10. Desarrollo del lenguaje desde los 12 meses hasta los 18 meses.....	65
Tabla 11. Desarrollo del lenguaje desde los 18 meses hasta los 24.....	66
Tabla 12. Desarrollo del lenguaje desde los 2 años hasta los 6, comienzo de la edad escolar....	75
Tabla 13. Desarrollo del lenguaje en la edad escolar, entre los 7 y los 11 años.....	85
Tabla 14. Desarrollo del lenguaje en alumnos TEA en la edad escolar.....	89
Tabla 15. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Andalucía.....	120
Tabla 16. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Aragón.....	121
Tabla 17. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en el Principado de Asturias....	122

Tabla 18. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en las Islas Baleares.....	124
Tabla 19. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Canarias.....	125
Tabla 20. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Cantabria.....	126
Tabla 21. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Castilla y León.....	127
Tabla 22. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Castilla la Mancha.....	130
Tabla 23. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Cataluña.....	131
Tabla 24. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en la Comunidad Valenciana...	133
Tabla 25. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Extremadura.....	135
Tabla 26. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Galicia.....	136
Tabla 27. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en la Comunidad de Madrid...	138
Tabla 28. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en la Región de Murcia.....	140
Tabla 29. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en la Comunidad Foral de Navarra.....	142
Tabla 30. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en el País Vasco.....	144
Tabla 31. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en La Rioja.....	145
Tabla 32. Fórmulas de atención educativa para alumnado TEA en Ceuta y Melilla.....	146
Tabla 33. Relación estudios-objetivos	187
Tabla 34. Comparativa diagnóstico pedagógico-clínico.....	193
Tabla 35. Secuencia de la actividad investigadora.....	203
Tabla 36. Cronograma.....	204
Tabla 37. Áreas a evaluar.....	212
Tabla 38. Criterios de los trastornos del espectro autista del DSM-V.....	213
Tabla 39. Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo.....	214
Tabla 40. Grado de afectación.....	222
Tabla 41. Nivel de desarrollo/capacidad cognitiva (criterios e instrumentos)	223
Tabla 42. Nivel de desarrollo/capacidad cognitiva (competencias e instrumentos)	224
Tabla 43. Área social y autonomía social.....	225
Tabla 44. Estudios de diagnóstico.....	226
Tabla 45. Comparación de clasificaciones diagnósticas.....	230

Tabla 46. Criterios diagnósticos para TEA según el DSM-V.....	231
Tabla 47. Análisis de las dimensiones con alteraciones definitorias para los TEA.....	233
Tabla 48. Relación áreas afectadas- indicadores- instrumentos de evaluación- proceso de valoración y de intervención.....	237
Tabla 49. Estructura de los cuestionarios.....	250
Tabla 50. Ítems.....	293
Tabla 51. Interpretación del Coeficiente α de Cronbach.....	294
Tabla 52. Aplicación del Coeficiente α de Cronbach a los ítems de cada cuestionario.....	294
Tabla 53. Respuestas recibidas.....	296
Tabla 54. Respuestas necesarias.....	297
Tabla 55. Valoración del ítem 1 profesionales educativos.....	303
Tabla 56. Valoración del ítem 2 profesionales educativos.....	304
Tabla 57. Valoración del ítem 3 profesionales educativos.....	305
Tabla 58. Valoración del ítem 4 profesionales educativos.....	306
Tabla 59. Valoración del ítem 5 profesionales educativos.....	307
Tabla 60. Valoración del ítem 6 profesionales educativos.....	309
Tabla 61. Valoración del ítem 7 profesionales educativos.....	309
Tabla 62. Valoración del ítem 8 profesionales educativos.....	310
Tabla 63. Valoración del ítem 9 profesionales educativos.....	311
Tabla 64. Valoración del ítem 10 profesionales educativos.....	312
Tabla 65. Valoración del ítem 11 profesionales educativos.....	313
Tabla 66. Valoración del ítem 12 profesionales educativos.....	315
Tabla 67. Valoración del ítem 14 profesionales educativos.....	317
Tabla 68. Valoración del ítem 15 profesionales educativos.....	319
Tabla 69. Valoración del ítem 16 profesionales educativos.....	321
Tabla 70. Valoración del ítem 17 profesionales educativos.....	322
Tabla 71. Valoración del ítem 19 profesionales educativos.....	323
Tabla 72. Valoración del ítem 20 profesionales educativos.....	324
Tabla 73. Valoración del ítem 21 profesionales educativos.....	325

Tabla 74. Valoración del ítem 22 profesionales educativos.....	326
Tabla 75. Valoración del ítem 23 profesionales educativos.....	327
Tabla 76. Valoración del ítem 24 profesionales educativos.....	328
Tabla 77. Valoración del ítem 1 profesionales sanitarios.....	332
Tabla 78. Valoración del ítem 2 profesionales sanitarios.....	333
Tabla 79. Valoración del ítem 3 profesionales sanitarios.....	334
Tabla 80. Valoración del ítem 4 profesionales sanitarios.....	335
Tabla 81. Valoración del ítem 5 profesionales sanitarios.....	336
Tabla 82. Valoración del ítem 6 profesionales sanitarios.....	338
Tabla 83. Valoración del ítem 7 profesionales sanitarios.....	339
Tabla 84. Valoración del ítem 8 profesionales sanitarios.....	340
Tabla 85. Valoración del ítem 9 profesionales sanitarios.....	341
Tabla 86. Valoración del ítem 10 profesionales sanitarios.....	342
Tabla 87. Valoración del ítem 11 profesionales sanitarios.....	343
Tabla 88. Valoración del ítem 12 profesionales sanitarios.....	344
Tabla 89. Valoración del ítem 14 profesionales sanitarios.....	347
Tabla 90. Valoración del ítem 15 profesionales sanitarios.....	349
Tabla 91. Valoración del ítem 16 profesionales sanitarios.....	351
Tabla 92. Valoración del ítem 17 profesionales sanitarios.....	352
Tabla 93. Valoración del ítem 19 profesionales sanitarios.....	353
Tabla 94. Valoración del ítem 20 profesionales sanitarios.....	355
Tabla 95. Valoración del ítem 21 profesionales sanitarios.....	356
Tabla 96. Valoración del ítem 22 profesionales sanitarios.....	357
Tabla 97. Valoración del ítem 23 profesionales sanitarios.....	358
Tabla 98. Valoración del ítem 24 profesionales sanitarios.....	359
Tabla 99. Valoración del ítem 1 familiares.....	362
Tabla 100. Comparativa incidencia TEA.....	362
Tabla 101. Valoración del ítem 2 familiares.....	363

Tabla 102. Valoración del ítem 3 familiares.....	364
Tabla 103. Valoración del ítem 4 familiares.....	365
Tabla 104. Valoración del ítem 6 familiares.....	366
Tabla 105. Valoración del ítem 8 familiares.....	368
Tabla 106. Valoración del ítem 9 familiares.....	369
Tabla 107. Valoración del ítem 10 familiares.....	370
Tabla 108. Valoración del ítem 11 familiares.....	371
Tabla 109. Valoración del ítem 12 familiares.....	373
Tabla 110. Valoración del ítem 15 familiares.....	375
Tabla 111. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 1.....	377
Tabla 112. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 2.....	378
Tabla 113. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 3.....	379
Tabla 114. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 4.....	380
Tabla 115. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 5.....	381
Tabla 116. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 6.....	383
Tabla 117. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 7.....	384
Tabla 118. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 8.....	385
Tabla 119. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 9.....	386
Tabla 120. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 10.....	387
Tabla 121. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 11.....	389
Tabla 122. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 12.....	391
Tabla 123. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 14.....	393
Tabla 124. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 15.....	396
Tabla 125. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 16.....	399
Tabla 126. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 17.....	400
Tabla 127. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 19.....	402
Tabla 128. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 20.....	404
Tabla 129. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 21.....	405

Tabla 130. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 22.....	406
Tabla 131. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 23.....	407
Tabla 132. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 24.....	408
Tabla 133. Nivel organizativo por Comunidades Autónomas a partir del año 2015.....	426
Tabla 134. Evaluación psicopedagógica: instrumentos de evaluación para alumnado con TEA.....	435

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Calendario de implantación de la LOMLOE.....	55
Figura 2. Diferenciación ACNEAE-ACNEE.....	115
Figura 3. Comparativa LOMCE-LOMLOE.....	116
Figura 4. Declaración sobre los derechos de las personas que padecen autismo.....	166
Figura 5. Objetivos de nuestra investigación.....	198
Figura 6. Relación objetivos-procedimientos.....	199
Figura 7. Procedimientos.....	202
Figura 8. Cribado evolutivo específico.....	229
Figura 9. Itinerario A para informe favorable de escolarización en C. preferente.....	244
Figura 10. Itinerario B para informe favorable de escolarización en C. preferente.....	245
Figura 10. Itinerario B para informe favorable de escolarización en C. preferente.....	245
Figura 11. Demandas recibidas en el EOEP AGD antes del 11 de marzo de 2020.....	246
Figura 12. Relación objetivos-cuestionarios.....	252
Figura 13. Valoración del ítem 1 profesionales	256
Figura 14. Valoración del ítem 2 profesionales	257
Figura 15. Valoración del ítem 3 profesionales	257

Figura 16. Valoración del ítem 4 profesionales	258
Figura 17. Valoración del ítem 5 profesionales	259
Figura 18. Valoración del ítem 6 profesionales	259
Figura 19. Valoración del ítem 7 profesionales	260
Figura 20. Valoración del ítem 8 profesionales	260
Figura 21. Valoración del ítem 9 profesionales	261
Figura 22. Valoración del ítem 10 profesionales	261
Figura 23. Valoración del ítem 11 profesionales.....	262
Figura 24. Valoración del ítem 12 profesionales.....	263
Figura 25. Valoración del ítem 13 profesionales.....	263
Figura 26. Valoración del ítem 14 profesionales.....	264
Figura 27. Valoración del ítem 15 profesionales.....	264
Figura 28. Valoración del ítem 16 profesionales.....	265
Figura 29. Valoración del ítem 17 profesionales.....	266
Figura 30. Valoración del ítem 18 profesionales.....	266
Figura 31. Valoración del ítem 19 profesionales.....	267
Figura 32. Valoración del ítem 20 profesionales.....	268
Figura 33. Valoración del ítem 21 profesionales.....	268
Figura 34. Valoración del ítem 22 profesionales.....	269
Figura 35. Valoración del ítem 23 profesionales.....	269
Figura 36. Valoración del ítem 24 profesionales.....	270
Figura 37. Valoración del ítem 25 profesionales.....	271
Figura 38. Valoración del ítem 26 profesionales.....	271
Figura 39. Valoración del ítem 1 familiares.....	279

Figura 40. Valoración del ítem 2 familiares.....	279
Figura 41. Valoración del ítem 3 familiares.....	280
Figura 42. Valoración del ítem 4 familiares.....	280
Figura 43. Valoración del ítem 5 familiares.....	281
Figura 44. Valoración del ítem 6 familiares.....	281
Figura 45. Valoración del ítem 7 familiares.....	282
Figura 46. Valoración del ítem 8 familiares.....	283
Figura 47. Valoración del ítem 9 familiares.....	283
Figura 48. Valoración del ítem 10 familiares.....	284
Figura 49. Valoración del ítem 11 familiares.....	284
Figura 50. Valoración del ítem 12 familiares.....	285
Figura 51. Valoración del ítem 13 familiares.....	286
Figura 52. Valoración del ítem 14 familiares.....	286
Figura 53. Valoración del ítem 15 familiares.....	287
Figura 54. Valoración del ítem 16 familiares.....	287
Figura 55. Valoración del ítem 17 familiares.....	288
Figura 56. Valoración del ítem 1 profesionales educativos.....	303
Figura 57. Valoración del ítem 2 profesionales educativos.....	304
Figura 58. Valoración del ítem 3 profesionales educativos.....	305
Figura 59. Valoración del ítem 4 profesionales educativos.....	306
Figura 60. Valoración del ítem 5 profesionales educativos.....	307
Figura 61. Valoración del ítem 6 profesionales educativos.....	308
Figura 62. Valoración del ítem 7 profesionales educativos.....	309
Figura 63. Valoración del ítem 8 profesionales educativos.....	310

Figura 64. Valoración del ítem 9 profesionales educativos.....	311
Figura 65. Valoración del ítem 10 profesionales educativos.....	312
Figura 66. Valoración del ítem 11 profesionales educativos.....	313
Figura 67. Valoración del ítem 12 profesionales educativos.....	314
Figura 68. Valoración del ítem 14 profesionales educativos.....	316
Figura 69. Valoración del ítem 15 profesionales educativos.....	318
Figura 70. Valoración del ítem 16 profesionales educativos.....	320
Figura 71. Valoración del ítem 17 profesionales educativos.....	321
Figura 72. Valoración del ítem 19 profesionales educativos.....	323
Figura 73. Valoración del ítem 20 profesionales educativos.....	324
Figura 74. Valoración del ítem 21 profesionales educativos.....	325
Figura 75. Valoración del ítem 22 profesionales educativos.....	326
Figura 76. Valoración del ítem 23 profesionales educativos.....	327
Figura 77. Valoración del ítem 24 profesionales educativos.....	328
Figura 78. Valoración del ítem 1 profesionales sanitarios.....	331
Figura 79. Valoración del ítem 2 profesionales sanitarios.....	332
Figura 80. Valoración del ítem 3 profesionales sanitarios.....	333
Figura 81. Valoración del ítem 4 profesionales sanitarios.....	334
Figura 82. Valoración del ítem 5 profesionales sanitarios.....	336
Figura 83. Valoración del ítem 6 profesionales sanitarios.....	338
Figura 84. Valoración del ítem 7 profesionales sanitarios.....	338
Figura 85. Valoración del ítem 8 profesionales sanitarios.....	339
Figura 86. Valoración del ítem 9 profesionales sanitarios.....	340
Figura 87. Valoración del ítem 10 profesionales sanitarios.....	341

Figura 88. Valoración del ítem 11 profesionales sanitarios.....	343
Figura 89. Valoración del ítem 12 profesionales sanitarios.....	344
Figura 90. Valoración del ítem 14 profesionales sanitarios.....	346
Figura 91. Valoración del ítem 15 profesionales sanitarios.....	348
Figura 92. Valoración del ítem 16 profesionales sanitarios.....	351
Figura 93. Valoración del ítem 17 profesionales sanitarios.....	352
Figura 94. Valoración del ítem 19 profesionales sanitarios.....	353
Figura 95. Valoración del ítem 20 profesionales sanitarios.....	354
Figura 96. Valoración del ítem 21 profesionales sanitarios.....	356
Figura 97. Valoración del ítem 22 profesionales sanitarios.....	357
Figura 98. Valoración del ítem 23 profesionales sanitarios.....	358
Figura 99. Valoración del ítem 24 profesionales sanitarios.....	359
Figura 100. Valoración del ítem 1 familiares.....	361
Figura 101. Valoración del ítem 2 familiares.....	363
Figura 102. Valoración del ítem 3 familiares.....	364
Figura 103. Valoración del ítem 4 familiares.....	365
Figura 104. Valoración del ítem 6 familiares.....	366
Figura 105. Valoración del ítem 8 familiares.....	367
Figura 106. Valoración del ítem 9 familiares.....	368
Figura 107. Valoración del ítem 10 familiares.....	370
Figura 108. Valoración del ítem 11 familiares.....	371
Figura 109. Valoración del ítem 12 familiares.....	372
Figura 110. Valoración del ítem 15 familiares.....	374
Figura 111. Valoración comparativa del ítem 1.....	377

Figura 112. Valoración comparativa del ítem 2.....	378
Figura 113. Valoración comparativa del ítem 3.....	379
Figura 114. Valoración comparativa del ítem 4.....	380
Figura 115. Valoración comparativa del ítem 5.....	381
Figura 116. Valoración comparativa del ítem 6.....	383
Figura 117. Valoración comparativa del ítem 7.....	384
Figura 118. Valoración comparativa del ítem 8.....	385
Figura 119. Valoración comparativa del ítem 9.....	386
Figura 120. Valoración comparativa del ítem 21.....	405
Figura 121. Valoración comparativa del ítem 22.....	406
Figura 122. Valoración comparativa del ítem 23.....	407
Figura 123. Valoración comparativa del ítem 24.....	408
Figura 124. Conclusiones.....	414
Figura 125. Propuesta de protocolo.....	428
Figura 126. Fase 1- Detección inicial en TEA.....	429
Figura 127. Fase 2- Diagnóstico TEA 6-12 meses.....	431
Figura 128. Fase 2- Diagnóstico TEA 12-36 meses.....	432
Figura 129. Fase 2- Diagnóstico TEA > 3 años.....	433

INDICE DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS

- AAA: Evaluador de Asperger en Adultos, (en inglés Assessment of Adaptive Areas).
- ABC: en inglés, Autism Behavior Checklist
- ABC: en inglés, Autism Behavior Checklist.
- ACACIA: Análisis de la Competencia Comunicativa e Interactiva en Autismo.
- ACNEAE: Alumno con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.
- ACNEE: Alumno con Necesidades Educativas Especiales.
- ACS: Adaptaciones Curriculares.
- ADI: Autistic Diagnostic Interview.
- ADI-R (en inglés, Autism Diagnostic Interview-Revised)
- ADOS-G: Escala de observación para el diagnóstico de autismo (en inglés Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic).
- AE: aulas enclave.
- AIS: Aula Integral de Apoyo.
- AIS: Aula Integral de Apoyo.
- AL: maestro/a de Audición y Lenguaje.
- ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- AQ: Cociente de Espectro Autista.
- AQA: Cociente de Espectro Autista (versión para Adolescentes).
- AQC: Cociente de Espectro Autista (versión para Niños).
- AQS: Cociente de Espectro Autista Abreviado.
- ASAS: Escala Australiana para el Síndrome de Asperger.
- ASCE: Aulas Sustitutorias de Centro Específico.
- ASDI: Entrevista Diagnóstica para el Síndrome de Asperger.
- ASSQ: Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista.
- ASSQ-GIRL: Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (extensión para chicas).
- ASSQ-REV: Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (versión revisada extendida).
- ATE: Auxiliar Técnico Educativo.
- BAPQ: Cuestionario del Fenotipo Ampliado del Autismo.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- B-TOM: Batería de Teoría de la Mente.
- CALS: Inventario de destrezas adaptativas.

- CARS: en inglés, Childhood Autism Rating Scale.
- CAST: Test Infantil del Síndrome de Asperger.
- CBCL: en inglés, Achenbach Child Behaviour Check List.
- CBS: Escala de Comportamiento de Cambridge.
- CEEPSIR: Centros de Educación Especial como Proveedores de Servicios y Recursos.
- CEIC: Conocimiento de Estrategias de Interacción con los Compañeros.
- CEIP: Centro/Colegio de Educación Infantil y Primaria.
- CIDDM: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.
- CLAS: apoyos a la Comunicación, Lenguaje, Autonomía y Socialización.
- CREE: Centros de Recursos de Educación Especial.
- CREENA: Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra.
- CRETDIC: Centro de Recursos Educativos para alumnos con Trastornos en el Desarrollo y en la Conducta.
- CRETDIC: Centro de Recursos para Trastornos de Conducta, Autismo y Trastornos Mentales.
- CSBS-DP: Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños,
- CyL: aulas específicas son denominadas de Comunicación y Lenguaje.
- CHAT: Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños.
- CHIS: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social.
- D-48 Y D-70: Tests de dominós.
- DOE: Diario Oficial de Extremadura.
- DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
- EA: Escala Autónoma.
- EAP: Equipo de orientación y Asesoramiento Psicopedagógico.
- EAT: Equipo de Atención Temprana.
- EBO: Educación Básica Obligatoria.
- ECTS: Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (en inglés, European Credit Transfer and Accumulation System).
- EE: Educación Especial.
- EOEP: Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica.
- EPA: Educación de las Personas Adultas.
- EQ: Cociente de Empatía.
- EQC- SQC: Cociente de Empatía / Sistematización (versión para Niños).
- ESO: Educación Secundaria Obligatoria.
- FQ: Cuestionario de Amistad.

- ICAP: Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual.
- ICD: Clasificación Internacional de Enfermedades (en inglés, International Classification of Diseases).
- IDEA: Inventario de Desarrollo del Espectro Autista.
- IES: Instituto de Educación Secundaria.
- LEA: Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía.
- LISMI: Ley Orgánica 13/1982, de 7 de abril, integración social de los minusválidos.
- LOD: Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, de reguladora del Derecho a la Educación.
- LOE: Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- LOGSE: Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.
- LOMCE: Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa.
- LOMLOE: Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- M-CHAT/ES: Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños Modificada.
- MEC: Ministerio de Educación y Cultura.
- Método ABA: Análisis Conductual Aplicado (en inglés, Applied Behavior Analysis).
- MSCA: Escala de desarrollo McCarthy.
- NAC: Nivel Actual de Competencias.
- NAPC: en inglés, National Autistic Society.
- NEAE: Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.
- NEE: Necesidades Educativas Especiales.
- PECs: Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (en inglés, Picture Exchange Communication System).
- PEP: Perfil Psicoeducacional.
- PIA: en inglés, Parent Interview for Autism).
- PLON: Prueba de Lenguaje Oral de Navarra.
- PMC: Proceso Mental Compuesto.
- PROA: Programa de Refuerzo, Orientación y Apoyo.
- PT: maestro/a de Pedagogía Terapéutica.
- Q-CHAT: Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños Cuantitativa.
- RAE: Real Academia Española.
- RD: Real Decreto.
- SIEI: apoyos Intensivos a la Escuela Inclusiva.
- SQ: Cociente de Sistematización.

- SQ-R: Cociente de Sistematización Revisado.
- SUPE: Servicio de Unidad de Programas Educativos.
- TDAH: Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad.
- TEA: Trastorno del Espectro del Autismo.
- TESEO: Base de datos del Ministerio de Educación de las Tesis Doctorales.
- TFG: Trabajo de Fin de Grado.
- TGD: Trastorno Generalizado del Desarrollo.
- TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- TRF: en inglés, Teacher Report Form.
- TSIS: Técnico Superior en Integración Social.
- UCE: Unidades de Currículo Especial.
- UCE: Unidades de Currículo Especial.
- UEECO: Unidades Educativas Específicas en Centros Ordinarios.
- UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (en inglés, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization).
- UNIR: Universidad Internacional de la Rioja.
- UT: Unidades de Transición.
- UTE: Unidades de
- UVAI: Unidades Volantes de Atención a la Integración.
- VABS II: en inglés, Vineland Adaptive Behavior Scales.
- WHO: en inglés, World Health Organization.
- WISC: Escala Wechsler de Inteligencia para niños.
- WPPSI: escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo del viaje que nos ha llevado la elaboración de este proyecto, muchas han sido las personas que nos han acompañado y ayudado para llegar a buen puerto. Sin la dirección y orientación de José Quintanal Díaz, director de esta tesis, seguramente me habría perdido en el camino. Asimismo, agradezco la colaboración de todos los profesionales, así como a los familiares de personas con autismo que han participado en este trabajo. Esta investigación nació con Hugo O. diciendo sus primeras palabras y con Diego, Manuel, Pablo y Joseph. Llegaron Daniela, Hugo M., Alejandro, Santi, Rubén, Enqi y Álex. Hoy, Daniela y Joseph triunfan en Educación Secundaria y el resto siguen avanzando día a día en “su viaje por la vida” incluyendo cada uno en su maleta todas las vivencias y aprendizajes que todos los profesionales logramos desarrollar en ellos.

Mención aparte, con mucho cariño, a mi familia, que me ha apoyado durante todo este tiempo ayudando en todo lo que han podido y más, siendo un gran apoyo para lograr este gran sueño.

Gracias a los amigos y a mis compañeros de la gran familia del Edith.

Y a todos aquellos que en alguna etapa de este proyecto han colaborado aportándonos información, animándonos para avanzar descubriendo y aprendiendo cosas nuevas, o simplemente escuchándonos.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1

CUESTIONES PREVIAS

1. El autismo, ese gran desconocido (estado de la cuestión)

Quizás una de las cuestiones más desconocidas a las que se enfrenta diariamente la escuela sea el autismo. En parte puede deberse a que es un hecho que resulta “invisible”, pues no existen características fisiológicas que lo hagan visible como ocurre en otros casos o por la ignorancia que la sociedad presenta hacia él. Existen muchas barreras a las que deben enfrentarse diariamente tanto estos alumnos como sus familias y, todo, unido a la incertidumbre que sufren en el proceso diagnóstico.

Al trabajar con ellos es cuando nos damos cuenta de que realmente son pensadores visuales, como la propia Temple (2006) que, cuando nos presenta este trastorno, explica su capacidad de “pensar en imágenes”, independientemente que el grado de afectación sea muy grande. También detectamos que la metodología en las aulas debe cambiar. Como docentes, hemos de ser capaces de llegar a cada uno de nuestros alumnos independientemente de sus necesidades y, para ello, utilizaremos distintos recursos metodológicos con el fin de ayudarles a acceder a la información mediante sistemas alternativos o aumentativos de la comunicación, con el uso de pictogramas, métodos como el denominado método PECS¹ (Picture Exchange Communication System) que, en definitiva, usa apoyos visuales para anticiparles la información o sus posibles cambios en las rutinas.

En este apartado podremos ubicar el recorrido histórico que ha ido sufriendo este trastorno, tanto a nivel evolutivo del término, con los primeros análisis de casos, como la aparición de los nacientes estudios hasta nuestros días, así como en la legislación y las modalidades de escolarización a las que pueden acceder este tipo de alumnado según el diagnóstico que tengan.

1.1. ¿Qué es el autismo?

Hemos visto necesario identificar las características que actualmente tenemos presentes para valorar la presencia del trastorno. Una forma de clasificar el autismo es teniendo en cuenta las áreas en las que presentan dificultades. La consideración de estas áreas se ha tenido en cuenta de

¹ PECS es un sistema alternativo/aumentativo de la comunicación único, desarrollado en USA en 1985 por Andy Bondy, PhD y Lori Frost. Este sistema se implementó inicialmente con alumnos de preescolar diagnosticados con Autismo en el *Delaware Autism Program*; consta de seis fases a lo largo de las cuales se persigue que el sujeto desarrolle una comunicación funcional partiendo de la discriminación de imágenes y su intercambio para realizar peticiones en las fases iniciales.

una forma gradual, antes global. Históricamente no siempre se han considerado así. Comenzaremos señalando la definición que consideramos más general, partiendo del estudio de Soto Calderón (2002) donde quedan reflejados los rasgos y las características diagnósticas (DSM) de las personas con autismo y podemos conocer las áreas en las que presentan dificultades: *relación social, comunicación, comportamiento e imaginación*.

En cuanto a la relación social, son personas que suelen presentar dificultades en cuanto a la atención conjunta que conlleva la interacción con otra persona, la expresión facial en sus emisiones, el interés en compartir, la capacidad de ponerse en el lugar del otro (empatía), el comprender las sutilezas sociales, los dobles sentidos, inferir las intenciones de los otros e identificar y transmitir las emociones propias y reconocerlas en los demás.

En el área de la comunicación, sus dificultades más frecuentes están relacionadas con la comprensión, la expresión, la intención comunicativa, la presencia de ecolalias (perturbación del lenguaje oral en la que el sujeto repite de manera involuntaria una palabra o frase), el desarrollo de las funciones comunicativas y el uso funcional del lenguaje.

En cuanto al comportamiento, sus dificultades radican en unos intereses muy restringidos, la presencia de estereotipias (movimientos repetitivos sin un fin determinado), rituales y conductas repetitivas, tendencia a la rutina, resistencia a los cambios (inflexibilidad) e hipersensibilidad estimular (sobretudo auditiva, gustativa, olfativa y táctil).

Por último, en cuanto a su imaginación, suelen presentar dificultades para la anticipación de sucesos. Por ello precisan que se les anticipen cambios en las rutinas; suelen precisar que esa información auditiva que se les da, permanezca en el tiempo, por lo que son muy útiles las historias sociales y el uso de pictogramas, la capacidad de abstracción, la creatividad y, son muy frecuentes, sus dificultades para dar sentido a las acciones y comprender las acciones causa-efecto. También les cuesta establecer metas en sus conductas y organizar y comprender la información en su contexto.

Cuando estas características confluyen, estaríamos hablando de autismo, un término que ha ido cambiando y acomodándose hasta lo que hoy conocemos como “los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)”. Se trata de un grupo de alteraciones de origen neurobiológico caracterizado por la alteración de sus capacidades en las áreas que hemos abordado anteriormente (relación social, comunicación, comportamiento e imaginación). Estas personas presentan unas cualidades muy significativas: observan, analizan y memorizan detalles muy concretos, utilizan muy bien la información visual y tienen una gran motivación por intereses concretos.

Para llegar a esta definición y características ha habido un recorrido histórico que no podemos ignorar, el cual, a continuación abordaremos.

1.1.1. Caracterización histórica del concepto

El “autismo” no es un concepto nuevo, ni se ha incorporado al bagaje experiencial escolar de manera reciente como podremos comprobar.

El primer autor que investigó sobre este tema fue John Haslam, el cual publicó en 1799 un libro en el que se describía a un niño de cinco años que había sufrido un grave sarampión. Este niño se encontraba ingresado en el hospital y su madre afirmaba que cuando cumplió los dos años era “más activo que de ordinario y más difícil de controlar”. “Le producía gran satisfacción observar a otros niños, pero nunca se unía a ellos, ni jamás estableció lazo especial hacia ninguno”. No logró andar hasta los dos años y medio y su primera palabra la articuló a los cuatro. La conducta de este niño no fue diagnosticada hasta 1962, cuando Vaillant leyó su descripción.

Más adelante se dieron a conocer los documentos clínicos de Jean Marc Gaspard Itard (1801), el cual publicó uno de los escritos más emocionantes de todos los tiempos, ya que ideó unos métodos de tratamiento que fueron el inicio de un nuevo enfoque en el ámbito de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) (Wing, 1982). Itard describió el caso de un niño de once o doce años del cual se hizo cargo; “el niño salvaje de Aveyron”. Según describió, la conducta del niño era extraña, no era capaz de hablar, se notaba afectado en movimientos espasmódicos y no mostraba afecto o atención a nada ni a nadie. Además, presentaba resistencia al cambio, obsesión con el orden y, sobre todo, mucha inocencia (Wing, 1982).

En esta misma línea, encontramos en 1911, al psiquiatra suizo Bleuler quien describió enfermos diagnosticados como esquizofrénicos, con unos términos muy particulares. Él hablaba de la evasión fuera de la realidad y el ensimismamiento interior que vivían estos sujetos. Pero era la primera vez que se empleaba el término “autista”, siguiendo la etimología griega, “autos” que significa “sí mismo” opuesto a “otro”. El autismo según Bleuler está caracterizado por *el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo*, llegándose a la creación de un mundo paralelo a la realidad exterior y presentando dificultades o incapacidad de comunicarse con los demás. “La realidad del mundo autista puede incluso parecer más válida que la propia realidad: los pacientes tienen en el mundo de fantasía por real, y la realidad por ilusión. Ya no creen en la evidencia de sus propios sentidos” (Bleuler, 1950).

Posteriormente en 1920, el psicólogo americano Lightner Witmer escribió un artículo sobre un niño de dos años y siete meses llamado Don, el cual presentaba la mayoría de las características

de un niño autista: no hablaba, no prestaba atención a personas ni objetos, ... En un principio Witmer pensó que se trataba de un caso de “subnormalidad profunda”, pero al ver que el niño prestaba atención a aquellas cosas que le interesaban, desechó esa idea y desarrolló técnicas para alentar la atención y el interés en el aprendizaje; esto contribuyó a que Don hiciera progresos en el trabajo escolar y en la adquisición de destrezas prácticas, como fueron el lenguaje, la escritura y la interacción social.

Otro autor que no debemos menospreciar es Grunya Efimovna Sukhareva (1925), fue una psiquiatra infantil soviética, de familia judía. Su experiencia profesional y su trayectoria son muy extensas, pero destacamos que en 1926 publicó, en la revista *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, de psiquiatría y neurología alemana, una descripción de los rasgos autistas en menores de ambos géneros.

Hasta este momento todos los autores que hemos citado, excepto Bleuler y Sukhareva, tienen en común que describieron a los sujetos, sin reflexionar sobre si existían otras personas con características y conductas semejantes. Pero como afirma Rivero (2018), el gran paso hacia la delimitación conceptual del Síndrome tuvo lugar en el siglo XX. El carácter diagnóstico de Bleuler habría pasado desapercibido, como una simple anécdota de no ser por Leo Kanner, quien en el año 1938 caracterizó el autismo como un síndrome específico, diferenciándolo de otras alteraciones psicopatológicas que podían atribuirse también a la infancia. “Desde 1938, han llegado a nuestro conocimiento algunos niños cuyo estado difiere de forma tan notable y única de cualquier caso conocido, que cada caso merece-y espero que un día llegue a recibir- una detallada consideración de sus fascinantes peculiaridades” (Kanner, 1943). A este psiquiatra austriaco le sorprendieron determinadas conductas que presentaban sus pacientes a edades muy tempranas (menores de un año); no le encajaban con los trastornos que él estaba tratando dentro de los diagnósticos clásicos de retraso mental, sordera, parálisis cerebral, etc. Fue categorizando las conductas y se dio cuenta de que un grupo de sujetos, concretamente once niños pequeños, presentaban conductas similares, definiendo las particularidades comunes de estos individuos como características de un trastorno que él denominó “autismo infantil”. Estas particularidades eran: la incapacidad para establecer relaciones con las personas del entorno, insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios (invarianza) y retrasos y alteraciones tanto en la adquisición como en el uso del lenguaje. “El trastorno más sobresaliente y fundamental es la incapacidad para relacionarse por sí mismo, de forma normal, con las personas y las situaciones, desde el comienzo de la vida... Desde el principio existe una soledad autista extrema que siempre que puede, desprecia, ignora e impide la entrada a cualquier cosa que le venga al niño del exterior” (Kanner, 1943).

De este modo, según Riviére (2007), la primera persona que definió el concepto fue Kanner en 1943, pero cabe destacar que antes de él otros autores ya habían observado y hablado sobre estas conductas en niños, lo que aún no se había reconocido como un trastorno.

Posteriormente, en 1944, Hans Asperger (pediatra vienés, doce años más joven que Kanner), publicó su primer artículo sobre un grupo de individuos que presentan una conducta muy similar, a la que se denominó Síndrome de Asperger. Este recogía la historia de cuatro muchachos de características similares a las de Kanner, pero con la diferencia de que en ellos no existía la ecolalia como manifestación lingüística. Utilizaba el término autismo (“psicopatía autista”), al igual que Kanner; coincidencia asombrosa si se tiene en cuenta que cada uno desconocía el trabajo y la publicación de su colega. Los pacientes identificados por Asperger mostraban un patrón de conducta caracterizado por falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación verbal, interés desmesurado por ciertos temas, torpeza motora y mala coordinación. Asperger solía utilizar la expresión de “pequeños profesores” para referirse a ellos, destacando la capacidad para hablar de sus temas favoritos de modo sorprendentemente preciso y detallado. Sin embargo, el hecho de estar escritas sus obras en alemán limitó en gran medida su difusión y no fue hasta 1991 cuando se tradujeron al inglés gracias a Uta Frith.

No sólo coincidieron Asperger y Kanner en la parte académica, los dos destacaron el valor social de estos sujetos, dándole un enfoque humanista al tratamiento de los pacientes. Asperger abogaba por una educación basada en la comprensión. En su época ya sostenía algo que a fecha de hoy aún parece sorprender a muchos profesionales: defendía que este tipo de alumnos aprenden más y mejor cuando son guiados por sus intereses, cuando se atienden sus centros de interés para iniciar otros aprendizajes. No obstante, la teoría de Kanner fue descartada en 1964, cuando Bernard Rimland, psicólogo y padre de un niño con autismo publicó *El autismo infantil: el síndrome y sus implicaciones para una teoría neural de la conducta*. En este trabajo, Bernard afirmó que el autismo era un desorden de origen neurobiológico y no estaba provocado por el contacto afectivo.

Según Wing (1998), en el año 1962 se creó la primera Asociación voluntaria del mundo para familiares y profesionales preocupados por el autismo, actualmente denominada National Autistic Society. Fue creada por Michael Baron, quien a raíz del nacimiento de su hijo Timothy en 1956, diagnosticado con autismo, trató de buscar estrategias y ayudar a los docentes a enseñar a este tipo de alumnos. Actualmente su misión está enfocada a transformar la vida de personas con autismo, así como a sus familiares y cuidadores ofreciéndoles apoyo, información, orientación, servicios de diagnóstico, de educación y de residencia. También tratan de cambiar las actitudes,

mejorando la comprensión pública del autismo. Llevan a cabo proyectos de investigación, talleres de formación y conferencias.

Hemos de reconocer también que la terminología empleada para referirse al autismo a lo largo del último cuarto de siglo ha ido variando. Así, el pediatra Andreas Rett en el año 1966 utilizó el término "autismo de la niña" para referirse al síndrome que aparece tras el segundo año de vida y afecta exclusivamente a la población femenina, cuya sintomatología y evolución son muy característicos y diferentes a las de los otros trastornos denominados como "autismo"; su trabajo fue reconocido a nivel internacional una década después a su descubrimiento.

Tampoco podemos pasar por alto un psicólogo que continuó la teoría de Kanner: fue Bruno Bettelheim (1967), quien atribuyó el origen del síndrome a la frialdad afectiva de los padres. Definió a las personas con autismo como aquellos seres "incapaces de interacción con el mundo". Su experiencia de aislamiento en los campos de concentración le llevó a hipotetizar que el autismo era consecuencia de una mala práctica educativa y popularizó el término de "madres nevera" para hacer referencia al distanciamiento materno como causa del trastorno. Hasta tal punto llegaba su convicción que en 1947 fundó y dirigió la Escuela Ortogénica de Chicago, donde los niños eran separados de sus madres para emprender una terapia con el único fin de reeducar a sus pacientes (Bettelheim, 1967).

Lo mismo que diversos psiquiatras infantiles afirmaban que el autismo formaba parte de la esquizofrenia infantil, como ya había hecho en los albores del siglo, el suizo Bleuler. Pero, gracias a los estudios de Israel Kolvin en la década en 1970, se pudieron corroborar las diferencias entre el autismo y la esquizofrenia.

Hasta el momento, hemos podido constatar cómo la observación experiencial ha permitido a los diferentes autores, plantear una particular interpretación de la realidad que vive el autismo. No obstante, avanzado el siglo XX será esta una cuestión que tendrá un sentido más valioso con la aparición de los primeros estudios específicos.

Estos autores que hemos venido citando son los que han venido marcando los hitos del autismo a lo largo del siglo XIX y primeros años del XX. Pero posteriormente han ido surgiendo nuevos estudios y con ellos nuevos profesionales que han enriquecido el planteamiento del tema. Así encontramos a Kanner quien continuaba desarrollando sus estudios, el cual en el año 1971 se retractó de su teoría sobre la frialdad de las madres como explicación del origen del autismo, apoyando la teoría de Bernard al comprobar que los hermanos de niños con autismo criados por los mismos padres no presentaban problemas sociales ni de conducta.

Durante las décadas de los setenta y los ochenta aparecieron una serie de estudios e investigaciones científicas de gran importancia como las de Wing y Frith: Wing aportó contenidos sobre la epidemiología del autismo, que le sirvió de base para su teoría del Espectro Autista; y Frith por su parte estableció una orientación evolutiva, que ayudó a esclarecer las características del desarrollo y a crear “la teoría de la mente”, de su alumno Baron-Cohen.

En este momento se empezó a considerar la posibilidad de que el autismo de Kanner forma parte de un espectro muy amplio del trastorno autista. Esto se debió a diversos estudios como el de Lorna Wing y Judith Gould (1978). La primera de ellas, psiquiatra y médica inglesa, tuvo una hija con autismo, lo que hizo que se involucrara en la investigación de los trastornos del comportamiento y, en particular, en el espectro autista, estudiando junto con Gould en el marco de la *National Autistic Society* de Inglaterra. Para ellas, el autismo es *un continuo más que una categoría diagnóstica, un conjunto de síntomas que se puede asociar a distintos trastornos y niveles intelectuales*. En su investigación establecieron como factores de estudio que los sujetos debían presentar déficit social, déficit de comunicación y lenguaje y déficit en sus actividades e intereses, elementos a los que hemos hecho mención anteriormente. En el análisis de la incidencia que el síndrome tiene en niños y contrastándolos con los criterios de Kanner, se encontró que un $2/10^4$ de los sujetos en la población londinense, presentaban déficit social que era el primer requisito que había establecido Kanner. En los otros dos factores había mayor incidencia, como los $22/10^4$ casos que presentaban rasgos que no encajaban en los que este autor señaló como propios de la población con autismo. Ha habido estudios posteriores analizando la incidencia que han abordado este mismo tema, presentando una variabilidad entre el dos y el cuatro por diez mil, en la incidencia del trastorno autista.

Todo este trabajo de investigación concluyó que todos los niños que padecían alteraciones sociales presentaban una ausencia total o anomalías en el lenguaje y actividades simbólicas.

Otros autores relevantes que destacaron en la década de los años ochenta son Lien de Rozental (1983), Frith (1985), Rivière (1986) y Loovas (1989). Lien de Rozental (1983), en Rivero (2018), describe el autismo como un desajuste del desarrollo que se percibe en la primera infancia. Uta Frith, establece como causa del mismo la existencia de factores de origen orgánico; según comenta Soto (1999) “...para Frith el autismo tiene una causa biológica y es consecuencia de una disfunción orgánica, sin embargo, es enfática en decir que no se ha podido establecer la naturaleza de la disfunción ni los factores que pueden provocar el trastorno”. En cuanto a los estudios de Ángel Rivière tuvieron diferentes enfoques trabajando en las intervenciones conductuales de estos pacientes, en procedimientos de evaluación, tratamientos, revisiones y análisis críticos de teorías explicativas. Soto (1999) señala que: “Para Rivière, el autismo constituye un peculiar modelo de una enfermedad de naturaleza fundamentalmente cultural, pero de origen probablemente

biológico”. Por último hemos de citar a Ivar Loovas que fue quien mostró que la conducta de los niños con autismo puede ser modificada a través del Método ABA²

De este modo, a partir de la última década del siglo se vive un cambio muy importante en la tipología que estudiamos, pues se empezó a comparar el desarrollo de un niño normal (neurotípico) con el de un niño con autismo, lo que aportó claves fundamentales para interpretar lo que se sabía sobre este trastorno.

Así encontramos autores como Wing (1998), Russell (2000), Sigman y Capps (2000), Soto Calderón (2002), Pérez (2005), Mulas et al. (2010) y Belinchón Carmona et al. (2010). Todo ellos coinciden en el cambio de perspectiva que se ha ido produciendo en el tiempo. Así encontramos que Wing publicó una guía para las familias de sujetos con autismo (niños y adultos), Sigman y Capps (2000) realizan un análisis desde la perspectiva evolutiva del desarrollo “normal” (neurotípico) y el de sujetos con autismo. Soto Calderón (2002) incluye “la individualidad de la persona”, ya no es un trastorno general, son sujetos con un trastorno.

Pérez (2005) se centra en la intervención educativa desde una perspectiva psicológica, llegando a la conclusión de que *“el tratamiento educativo en autismo y en trastornos de espectro autista tiene que partir de dos ejes esenciales de conocimiento que deben vertebrar la realización de cualquier programa de intervención: el conocimiento evolutivo y ontogenético del desarrollo normal y el conocimiento de la forma de ‘ser’ autista. En la integración flexible y creativa de ambos conocimientos radica lo esencial del tratamiento que se lleva a cabo en autismo”*.

Mulas et al. (2010) realizan una revisión de *“los métodos de intervención que se han venido utilizando en niños y adolescentes con TEA.”* Hacen referencia a los elementos que debería tener un buen programa de intervención y a las dificultades que existen para valorar la eficacia de los distintos métodos.

Belinchón Carmona et al. (2010) revisaron todos los trabajos publicados sobre autismo hasta 2007 por autores españoles y observaron un incremento progresivo, *así como una notable coincidencia entre el enfoque general de los trabajos y las recomendaciones publicadas en el ámbito anglosajón sobre la investigación y el tratamiento del autismo para ese periodo.*

Concluyen el artículo afirmando que *“los estudios psicológicos y biomédicos del autismo en España están actualmente en expansión, pero que se requerirían cambios importantes en el modo en que los autores desarrollan y comunican sus trabajos y una mayor implicación de las*

² El Análisis Conductual Aplicado (ABA) es una rama de la psicología que ha demostrado la eficacia de diversos procedimientos y técnicas conductuales en la reducción de comportamientos inapropiados. Los tres principios básicos del modelo de intervención ABA son: análisis (el progreso se evalúa a partir de las intervenciones registradas y medidas en su progreso), comportamiento (basado en principios científicos de la conducta) y aplicado (principios aplicados en las conductas observadas).

instituciones (especialmente, universidades y asociaciones de padres). Finalmente, se sugieren algunas propuestas para mejorar la calidad y visibilidad de los futuros estudios y su utilidad real para las personas afectadas.”

Tal y como recoge Rivero (2018) la historia etiológica del autismo la podemos analizar por medio de dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, como son la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y estadístico (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Las primeras ediciones de la ICD no nombraban el autismo pues en las cuatro primeras ediciones sólo incluía las enfermedades mentales con causa orgánica. La octava edición (1967) menciona solo el autismo infantil como una forma de esquizofrenia y la novena edición (1977) lo incluía bajo en el encabezamiento de “psicosis infantil”.

La décima edición de la ICD (1992) lo mismo que la tercera del DSM (1980), la tercera revisada (1987) y la cuarta (1994) recogen la definición actual de que no se trata de una “psicosis” sino que es un espectro de trastornos autistas, que son trastornos del desarrollo. El término utilizado en ambos sistemas de clasificación es el de “Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)”, un término que engloba una serie de trastornos dentro de los cuales se halla la terminología actual de “Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)”, aportado por Wing y Gould. Estos afirmaron que *el autismo no es un trastorno categórico* (Baron Cohen, 2010) pues lo definieron como *un continuo más que como una categoría diagnóstica*, reflejando con ello la idea de que existe toda una gama de manifestaciones de este trastorno y estableciendo también una tríada para explicar ese cambio en la terminología: interacción social, comunicación social y flexibilidad e imaginación.

No obstante, una vez hecho este repaso histórico, hemos de reconocer que la definición que aportó Kanner (1943) sigue vigente en la actualidad: se trata de un trastorno cualitativo de la relación, en el que existen alteraciones de la comunicación y el lenguaje y, falta una flexibilidad mental y comportamental. Se incluye entre las definiciones diagnósticas más empleadas. Según Soto (1994), Kanner describía el Síndrome del Autismo Infantil con los siguientes rasgos: incapacidad para establecer relaciones con las personas, retraso en la adquisición del habla, el uso de ésta, pero no para comunicar, ecolalia retardada, inversión pronominal, actividad de juego repetitiva estereotipada, insistencia obsesiva en preservar la identidad, carencia de imaginación, buena memoria, aspecto físico normal, se diagnostica en la primera infancia. Según él, Kanner (en su obra de 1952) destaca dos puntos importantes en el diagnóstico: una soledad extrema y una insistencia obsesiva a la invarianza.

De este modo, encontramos que en el DSM-IV se diferencia entre el trastorno autista (síndrome de Kanner) y el Trastorno de Asperger (síndrome de Asperger). No obstante, en la edición DSM-V (2013) los expertos pretendieron que el diagnóstico se pudiera adecuar a la evolución del trastorno durante toda la vida de la persona. Por eso se redujo el número de diagnósticos y se englobaban todos dentro de Trastornos del Espectro del Autismo «TEA». Se pretendía de este modo facilitar el diagnóstico, teniendo en cuenta la heterogeneidad de los subgrupos que recoge esta última edición, evitando que algunas características y comportamientos particulares que permiten la descripción clínica se conviertan en determinantes del diagnóstico. Además, en esta versión se reducía el número de dominios sintomáticos a dos: grupo 1 (comportamientos, intereses y actividades repetitivas y restringidas) y grupo 2 (alteraciones sociales combinadas con alteraciones en la comunicación). En la última versión, DSM-V- TR (revisado) de marzo de 2022, se pretende evitar el sobrediagnóstico y el aumento de la prevalencia del trastorno del espectro del Autismo.

El otro cambio, está en relación con “ESPECIFICAR”, que puede acompañar el diagnóstico de autismo. En el DSM- V (2013) se aconseja especificar si el trastorno del espectro del autismo estaba «asociado con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento», en cambio en el DSM- V -TR (revisado, 2022) posibilita que se indiquen problemas concurrentes, aunque por su intensidad no sean trastornos comórbidos.

Tabla 1. Secuencia histórica que ha seguido el conocimiento del autismo.



Fuente: elaboración propia.

Con este breve recorrido histórico del término, podremos comprender un poco mejor el concepto de autismo. No obstante, el verdadero refrendo llega con el estudio que realizó Briosó en el 2016. La mejor contribución de su trabajo fue el enunciado de las cuatro claves distintas que contribuyen a comprender e interpretar el autismo; también a identificarlo y contextualizarlo. Veámoslas:

Primera clave: “el autismo como trastorno del neurodesarrollo”. Se sabe que existe una predisposición genética compleja y multifactorial al trastorno y también afecta la interacción con los factores ambientales. En los estudios acerca de la variabilidad genética, concluyen en que al menos mil genes pueden estar implicados en la presencia del trastorno del espectro del autismo. Hoy en día encontramos un significativo aumento en el número de sujetos diagnosticados, fiel reflejo de nuestra realidad en las aulas. Esto es debido en gran parte a las mejoras en los instrumentos de detección, a la mejor preparación de los profesionales y a los cambios conceptuales en las categorías diagnósticas entre otras causas.

Segunda clave: “hay que reconocer los perfiles de desarrollo de las personas con autismo”. Ya contamos con un patrón atípico de las capacidades alteradas y preservadas que nos proporcionan las investigaciones y teorías que se van formulando y actualizando con los estudios que se realizan partiendo de personas con este trastorno. Las capacidades socioafectivas y comunicativas se encuentran alteradas; presentan respuestas y expresiones emocionales atípicas, presentan dificultad para comprender el papel que desempeña la mirada en los intercambios sociales, en la atención conjunta y en la adquisición del lenguaje. Podemos afirmar que muchas de estas personas presentan un déficit socioafectivo.

En cuanto a la cognición social tienen dificultades para atribuir a los otros deseos, intenciones y creencias, para poder interpretarlos y, en consecuencia, para poder predecir la conducta de los demás. Les cuesta entender las bromas los chistes y otras expresiones que no son literales, no saben mentir ni engañar y necesitan ayuda para participar con éxito en conversaciones y relaciones sociales complejas. Más adelante podremos ver que un gran recurso para trabajar esta área es abordar la Teoría de la Mente y la resolución de conflictos en situaciones planteadas y naturales.

El concepto de Teoría de la Mente (Theory of Mind) podemos sintetizarlo como la capacidad que posee un sujeto para percibir que el resto de individuos que le rodean tienen un estado interno personal e individual.

El concepto de Teoría de la Mente fue utilizado por primera vez por Premack y Woodruff en 1978 para explicar el comportamiento de un chimpancé tras realizar una serie de experimentos donde le presentaban diferentes situaciones problema y se le daban dos alternativas para resolverlas (una correcta y otra incorrecta). Finalmente, concluyeron que el chimpancé era capaz de resolver de

forma correcta las situaciones problema porque era capaz de resolverlo y, además, era capaz de atribuir a los investigadores un estado mental, el deseo.

“Al decir que un sujeto tiene una Teoría de la Mente, queremos decir que el sujeto atribuye estados mentales a sí mismo y a los demás, ... Un sistema de inferencias de este tipo se considera, en un sentido estricto, una teoría; en primer lugar, porque tales estados no son directamente observables, y en segundo lugar, porque el sistema puede utilizarse para hacer predicciones, de forma específica, acerca del comportamiento de otros organismos (...)” Premack y Woodruff, 1978 (p. 515-526).

El desarrollo neurotípico de la Teoría de la Mente debe surgir entre los tres y los cinco años, aunque se sigue perfeccionando durante los años posteriores. Cuando el niño descubre la “mente” es capaz de tomar consciencia de que las personas tenemos mente, y que dentro de ella están los deseos, las creencias, las emociones, ...

Actualmente este concepto de Teoría de la Mente ha ido adquiriendo una mayor importancia tanto en la investigación como en la práctica clínica y escolar, sobre todo con relación al desarrollo y tratamiento del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).

El procesamiento de la información (el estilo cognitivo) de estos sujetos es débil, está enfocado al detalle (coherencia central). Presentan dificultades para procesar los estímulos complejos y para discriminar lo relevante de lo irrelevante, los estímulos rápidos y cambiantes y contextualizar la información recibida.

En cuanto a la anticipación y flexibilidad presentan generalmente grandes dificultades para adaptarse a cambios; por ello resulta muy importante la anticipación y que seamos flexibles en las rutinas, porque necesitan ir definiendo metas y planificar las acciones. Además, suelen presentar muy frecuentemente conductas repetitivas y estereotipadas e intereses limitados. Así pues, presentan déficits en muchas o casi todas las funciones ejecutivas (memoria de trabajo, planificación, flexibilidad cognitiva e inhibición).

En estas personas con autismo pueden darse otras capacidades alteradas como puede ser la hiper/hipo sensibilidad auditiva, táctil, gustativa, propioceptiva..., al mismo tiempo que cuentan con una serie de capacidades preservadas como la discriminación y comprensión viso-espacial, la memoria mecánica, el razonamiento lógico de leyes fijas y algunos aprendizajes, como les sucede a la lectura o la música.

Tercera clave: el autismo se manifiesta en un amplio espectro, debido a la extensa diversidad de manifestaciones del trastorno; por lo que se le denomina Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). A lo largo del tiempo han ido evolucionando las clasificaciones psiquiátricas en las que se

basan los profesionales para su diagnóstico. De este modo encontramos que en el DSM-III (APA, 1980) lo clasificaba dentro de los trastornos profundos del desarrollo (trastorno autista y trastorno no autista no especificado) mientras que el DSM-IV (APA, 1994) que presentaba ya una gran evolución al clasificarlo entre los trastornos generalizados del desarrollo (TGD's) con distintas categorías: trastorno autista (Síndrome de Kanner), trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno del desarrollo no especificado. El concepto de trastorno generalizado del desarrollo se refería a aquel que resulta alterado o desviado, y se manifiesta antes de los 3 años y por un tipo característico de comportamiento anómalo que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas que puede acompañarse de alteraciones asociadas.

En la última edición del DSM-V (APA, 2013), como hemos citado anteriormente, se incluyen numerosos cambios entre ellos los trastornos de inicio en la infancia pasan a incluirse en una nueva categoría: trastornos del neurodesarrollo. El autismo, de este modo, pasa a ser considerado desde una óptica categorial (DSM-IV: TGD's) a una óptica dimensional, la cual supone que se deja de clasificar el trastorno para pasar a describir las áreas afectadas/dimensiones. El Trastorno del Espectro del Autismo incluiría a todos los actuales como el trastorno autista, el trastorno de asperger, el trastorno desintegrativo, etc.

Vemos pues, cómo se pasa de los tres dominios sintomáticos que en su día caracterizó Kanner a la consideración actual del DSM-V de estos dos:

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social, en diversos contextos, manifestado por:
 1. Deficiencias en reciprocidad socioemocional
 2. Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social
 3. Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos:
 1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos
 2. Excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones de comportamientos ritualizados
 3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco
 4. Hiper o hiperreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno

Especificándose sus características en la presentación clínica, de modo este modo encontramos que, según es grado de severidad se dan tres niveles, los cuales dependen del contexto y pueden variar con el tiempo. Además, encontramos una serie de elementos que pueden darse o no, como son la discapacidad intelectual, la alteración del lenguaje asociado, la asociación con enfermedades médicas (como la epilepsia), genéticas (como es el Síndrome de Rett,..) o algún otro factor ambiental conocido (como presentar muy bajo peso,...), la asociación a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (TDAH, ansiedad, depresión, trastorno del control de los impulsos, trastorno bipolar, autoagresiones, alteraciones de la alimentación, trastornos del sueño,...), catatonia, etc.

Aún existen dos cuestiones polémicas del DSM-V que en nuestro tema no podemos pasar por alto, la primera de ellas es la desaparición de la etiqueta diagnóstica del Síndrome de Asperger y la falta de concreción en la especificación de los niveles de gravedad ya que por un lado puede representar un problema para que las necesidades sean reconocidas y por otro, puede limitar la imparcialidad clínica en situaciones de pocos recursos (aunque se especifica que no deben utilizarse los niveles de gravedad para la provisión de servicios).

Según Hess (2022), el DSM-V, publicado en mayo de 2013, indicó en el primero de los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro del Autismo que se requiere que se presenten ***déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, como se manifiesta en lo siguiente:***

- Déficit en la reciprocidad socioemocional.
- En los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social.
- En el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.

Ahora en el DSM-V- TR (revisado) de marzo de 2022, se indica lo siguiente en este primer criterio diagnóstico que se presenten ***déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, como se manifiesta POR TODO lo siguiente:***

- Déficit en la reciprocidad socioemocional.
- En los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social.
- En el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.

De esta manera se perfila y se aclara que para ese criterio diagnóstico se tienen que cumplir todas las manifestaciones. Se pretende evitar el sobrediagnóstico y el aumento de la prevalencia del trastorno del espectro del Autismo.

El otro cambio, está en relación con “ESPECIFICAR”, que puede acompañar el diagnóstico de autismo. En el DSM- V (2013) se aconseja especificar si el trastorno del espectro del autismo está «asociado con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento», en cambio en el DSM- V -TR (revisado, 2022) posibilita que se indiquen problemas concurrentes, aunque por su intensidad no sean trastornos comórbidos.

Cuarta clave: la necesidad de adoptar una perspectiva evolutiva. La detección e intervención temprana son decisivas, no tanto el diagnóstico. Cuanto antes se comience a intervenir con un niño más probable es promover su desarrollo y cambiar la trayectoria evolutiva.

Conociendo las cuatro claves distintas que nos ayudan a comprender el autismo según Briosio (2016), nosotros consideramos que debemos dar una gran importancia a la intervención educativa con este tipo de alumnado.

Por ello, es necesario que los educadores que trabajen con estos sujetos, tengan en cuenta al menos, tres cuestiones básicas: en primer lugar, llevar a cabo una enseñanza estructurada y previamente anticipada; en segundo lugar, en el proceso educativo, resultará fundamental servirse de apoyos visuales, ya que una de las características principales de una persona con TEA es que son por definición pensadores visuales (si una información se da de manera oral, no permanece en el tiempo ni en el espacio, en cambio sí se usan apoyos visuales dicha información se hace tangible y duradera en el tiempo). Y, en tercer lugar, todos los profesionales deben usar sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación con el fin de lograr que estos sujetos puedan tener una interacción efectiva con su entorno, es decir la comunicación en sí misma.

Para lograr comprender las diferencias evolutivas del alumnado con Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA) respecto al alumnado neurotípico, primero tendremos que comprender su origen y en función del grado de afectación, saber qué modalidades de escolarización puede determinar el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) o el Equipo de Orientación del Centro. Esto conllevará a que la atención de los profesionales educativos se centre en distintos aspectos según la modalidad, por ejemplo, un sujeto diagnosticado con grado 1, necesitará apoyos escolares por parte del Departamento de Orientación como le puede ocurrir a cualquier alumno, en cambio un alumno diagnosticado de grado 2, necesitará “ayuda notable”, suelen ser los alumnos que presentan una modalidad de escolarización preferente en aula TGD/TEA, dicho cambio de escolarización refleja unas necesidades mayores que aquellos alumnos que pueden realizar una escolarización ordinaria. Y, por último, los sujetos que son

diagnosticados con grado 3, necesitan “ayuda muy notable” y suelen ser los alumnos que están escolarizados en Centros de Educación Especial, bien por su afectación del propio trastorno (comunicación, intereses...) o por la comorbilidad de otras patologías o trastornos, siendo los más comunes la afectación cognitiva y los problemas de conducta ante la baja o mínima tolerancia a la frustración.

1.1.2. Diagnóstico: caracterización especializada

La Constitución Española define, en sus artículos 14 y 27, la educación básica como un derecho y un deber universal y gratuito. Esto supone que todos los niños entre seis y dieciséis años, sea cual sea su situación, deben estar escolarizados. Así, el sistema educativo español se organiza para dar respuesta a toda la diversidad del alumnado, atendiendo a sus necesidades educativas, incluso cuando éstas son especiales, estableciendo que, en esa circunstancia, la atención al alumnado debe hacerse en base a los principios de integración y normalización, lo que implica el establecimiento de medidas que permitan la inclusión de dicho alumnado en la escuela ordinaria, velando porque todos y cada uno de los niños alcance el mayor desarrollo personal.

El concepto de alumno con necesidades educativas especiales, ACNEE (LOE, 2006) *hace referencia al alumnado que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de la conducta, la personalidad o el desarrollo.* En la LOMCE (2014) surge el término de alumno con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE), refiriéndose a *aquellos alumnos que requieren una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar.*

En el caso de los ACNEE's, las acciones educativas serán especiales y requerirán su adaptación en base a las condiciones personales y sociales. Para que sean valoradas estas necesidades educativas los especialistas y profesionales tienen dos posibilidades a la hora de derivar a un alumno ante la sospecha del trastorno:

- *Diagnóstico médico:* el neurólogo y el psiquiatra son los encargados de llevar a cabo una valoración médica. Ésta debe ser vista posteriormente por el EAT (Equipo de Atención Temprana) o EOEP, equipos especializados en el marco escolar, para que el alumno cuente en el aula con los apoyos y ayudas educativas necesarios.

- *Diagnóstico educativo*: es el personal del centro, generalmente el tutor/a quien da la voz de alarma y con ayuda del departamento de orientación se cumplimenta la demanda de evaluación psicopedagógica. Es necesario informar a la familia para que esté de acuerdo y lo autorice. En caso de poseer informes médicos es muy importante hacer llegar toda la información a los equipos de orientación encargados de hacer la valoración (EOEP).

El proceso de detección de los TEA, como nos afirman Yunta et al. (2006), se organiza en dos niveles. Un primer nivel denominado vigilancia del desarrollo y un segundo nivel, denominado detección temprana. El proceso de detección se culmina con un tercer nivel, que comprende el proceso diagnóstico y el establecimiento. Estos autores hacen hincapié en la detección específica de manera precoz, para ello debemos tener en cuenta los signos de alerta que establecen Hérvas et al (2012):

Tabla 2. *Detección específica TEA.*

Tabla IV. Detección específica TEA: signos de alerta a cada edad	
<p>9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • No suele seguir con la mirada cuando el cuidador señala y exclama: "¡mira el... (un objeto familiar)!" 	<ul style="list-style-type: none"> • No dice palabras simples (16 meses), no dice "papá" y "mamá" con sentido
<p>12 meses (lo anterior más lo siguiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No intenta obtener un objeto fuera del alcance llamando la atención del cuidador señalando, verbalizando y estableciendo un contacto visual (acción protoimperativa) • Ausencia o disminución de balbuceo • Ausencia o disminución de gesticulaciones (señalar, hacer adiós con la mano) 	<p>18 meses (lo anterior más lo siguiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No señala partes de su cuerpo • No dice algunas palabras con significado • No hace juego simbólico (muñecos, teléfono) • No responde cuando el examinador señala un objeto • No señala consistentemente un objeto, verbaliza y establece contacto visual alternativamente entre el objeto y el cuidador con la única intención de dirigir la atención del adulto hacia el objeto (acción protodeclarativa) • No trae objetos a los adultos, simplemente para mostrarlos
<p>15 meses (lo anterior más lo siguiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No suele establecer contacto visual cuando habla con alguien • No extiende los brazos anticipadamente cuando van a tomarlo en brazos • No muestra atención compartida (compartir el interés por un objeto o actividad) • No responde de forma consistente a su nombre • No responde consistentemente a órdenes simples 	<p>24 meses (lo anterior más lo siguiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No utiliza frases de dos palabras • No imita tareas domésticas • No muestra interés por los otros niños/as
	.../...

Tabla IV. Detección específica TEA: signos de alerta a cada edad (continuación)

	A partir 36 meses	A partir 4-5 años	Adolescencia
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo deficiente del lenguaje - Escaso uso del lenguaje - Ecolalia demorada o lenguaje idiosincrásico - Déficit en la comunicación no verbal: gestos (instrumentales, convencionales), entonación, volumen, ritmo y velocidad - No señala para expresar interés - Poca imitación espontánea de acciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Entonación rara o inapropiada - Ausencia/cualidad extraña de los gestos - Vocabulario inusual para la edad del niño (tecnicismos) - Limitado uso del lenguaje para comunicarse - Tendencia a hablar espontáneamente solo sobre temas específicos de su interés - Escaso uso del lenguaje para compartir experiencias personales - Preguntas o expresiones inapropiadas sin importar el contexto 	<ul style="list-style-type: none"> - Escaso uso del lenguaje para compartir vivencias y experiencias emocionales con sus iguales y con sus familiares - Ausencia de "charla social" - Comprensión literal del lenguaje - Dificultades para establecer una conversación recíproca adecuada a su edad
Alteraciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - No iniciación de atención conjunta (compartir un foco de interés con otro) - Baja respuesta a la atención conjunta - Ausencia sonrisa social para compartir placer - Ausencia de respuesta a la sonrisa social - Escaso uso del contacto ocular para comunicarse - Ausencia de acciones con juguetes/objetos - No mostrar o dirigir la atención sobre algo de su interés - Falta de interés por sus iguales - Acercamientos extraños con sus iguales (p.ej., tocar las orejas) - Escaso reconocimiento/respuesta a estados emocionales de otros - No ofrecimiento de consuelo - No juegos de ficción - No inicia juegos simples con otros niños/as - No participa en juegos sociales sencillos - Preferencia de actividades solitarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para la integración del contacto ocular con otras formas de comunicación (gestos, lenguaje) - Dificultad para unirse al juego de otros niños/as - Intentos inapropiados para jugar de manera conjunta con otros niños/as - No cumplimiento de las normas sociales implícitas (criticar al profesor, no cooperar en actividades del grupo) - Limitada habilidad para apreciar las normas de su edad y cultura (moda, estilo de hablar) - Las demandas sociales le confunden o le desagradan (no quiere ir a los cumpleaños) 	<ul style="list-style-type: none"> - Escaso interés por pertenecer a un grupo - Escaso interés por seguir la moda - Dificultades de comprensión social - Dificultades para mostrarse asertivo en una variedad de situaciones
Intereses y conducta	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia a los cambios - Excesiva sensibilidad general al ruido - Juegos repetitivos - Hipersensibilidades - Manierismos/estereotipias 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de planificación (establecer un objetivo y los pasos a seguir) - Dificultades para saber comportarse en situaciones poco "estructuradas" (pasillo, gimnasio,...) o situaciones imprevistas - Intereses intensos y poco compartidos - Rituales-compulsiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Intereses intensos y poco dirigidos a desarrollar una orientación vocacional (p. ej., diseñar juegos de ordenador)

Fuente: Hérvas et al (2012).

Son numerosos los artículos que encontramos en los que nos proponen que el proceso diagnóstico tenga dos fases, entre los que destacan Cabanyes-Truffino y García-Villamizar (2004), Yunta et al. (2006) y Hérvas et al (2012). Una primera fase en la que se realice una evaluación global de los TEA y una fase posterior de diagnóstico específico. En la evaluación global se pretende:

- *Confirmar las preocupaciones referidas por los padres y profesionales de asistencia primaria.*
- *Efectuar el diagnóstico diferencial con otros problemas de la infancia (mutismo selectivo, abusos en la infancia, esquizofrenia, trastornos específicos del desarrollo, síndrome del cromosoma X frágil, etc.) [75,76].*
- *Descartar la existencia de patologías que puedan condicionar un TEA secundario (esclerosis tuberosa, retraso mental, encefalopatías metabólicas, etc.) [77].*

Para lograr esos tres objetivos según Cabanyes-Truffino y García-Villamizar (2004) se requiere en primer lugar una entrevista con los padres, para recoger el perfil de neurodesarrollo del hijo, en la que reseñen las preocupaciones que tienen sobre este proceso y sobre sus comportamientos y que incluya los antecedentes significativos del niño y de la familia. Cuando no se disponga de los datos del MCHAT y del PDDST-1, se aplicarán estos instrumentos. Es muy recomendable utilizar MCHAT y así lo atestigua el propio Gobierno de España, que en 2011 realizó un estudio el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Detección y diagnóstico de trastornos del espectro autista

En segundo lugar, la observación de las actitudes y conductas del niño, para buscar la confirmación de las preocupaciones de los padres y la identificación de algún otro indicador no referido. Y, en tercer lugar, una exploración neurológica, adaptada a la edad cronológica del niño y con una doble finalidad: evaluar el nivel de neurodesarrollo del niño e identificar manifestaciones fenotípicas y signos de patologías específicas. La aplicación de algún instrumento específico de evaluación global de los TEA y la realización de pruebas complementarias, que se orientan, fundamentalmente, a la identificación de los trastornos secundarios y al diagnóstico diferencial.

La fase posterior de diagnóstico específico de los TEA, persigue establecer el diagnóstico definitivo de TEA e identificar el tipo del que se trata. Para ello, se dispone de una serie de instrumentos que han demostrado su utilidad tal y como enuncian Cabanyes-Truffino y García-Villamizar (2004):

- *ADI (del inglés Autistic Diagnostic Interview): es una entrevista que proporciona una información muy detallada sobre el desarrollo social, el juego, la comunicación y el lenguaje en los cinco primeros años de vida.*
- *ADI-R (del inglés, Autism Diagnostic Interview-Revised): se trata de una entrevista semiestructurada, dirigida a los padres de niños con una edad mental superior a 18 meses. Su duración es de aproximadamente una hora y media con niños de 3 y 4 años de edad, y en torno a tres horas en el caso de niños mayores o adultos. Los autores han editado una versión abreviada (ADI-R-short edition) que alivia algo este problema, pero es todavía excesivamente amplia para la actividad asistencial.*
- *PIA (del inglés Parent Interview for Autism): es una entrevista estructurada destinada a padres de niños pequeños con un posible trastorno autista. Consta de 118 ítems, organizados en 11 dimensiones, que evalúan varios aspectos de la conducta social, la comunicación, las actividades repetitivas y el comportamiento sensorial. Su aplicación requiere unos 45 minutos.*

- *CARS (del inglés Childhood Autism Rating Scale): es una escala de evaluación de conductas por medio de una entrevista a los padres y de la observación del niño. Identifica retrasos en el neurodesarrollo, problemas en la imitación y las relaciones interpersonales, resistencia al cambio y afecto inapropiado.*
- *ABC (del inglés Autism Behavior Checklist): contiene 57 descripciones de conductas anómalas propias del autismo que se agrupan en cinco áreas sintomáticas: sensorial, relación, uso de los objetos y del propio cuerpo, lenguaje, autonomía social y personal.*
- *ADOS-G (del inglés Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic): es una entrevista semiestructurada destinada a evaluar el juego, la interacción social, la comunicación y el juego simbólico por medio de una serie de actividades sociales de tipo lúdico. Está normalizada desde los 15 meses hasta los 40 años. Consta de cuatro módulos diferentes en función del grado de desarrollo.*

Hervás et al. (2012), añaden que el diagnóstico del autismo requiere una aproximación multidisciplinaria. La evaluación debe incluir información de los padres, la observación del niño, de la interacción con él y del juicio clínico. Existen instrumentos clínicos diagnósticos con demostrada fiabilidad en el diagnóstico de TEA, especialmente el ADI-R (Autism Diagnostic Interview-revised) o el ADOS (Autism Diagnostic Observational Schedule). Establecen que deben incluir unas pruebas de laboratorio y unas pruebas específicas. Dentro de la investigación de laboratorio incluyen estudios metabólicos, estudios genéticos, pruebas electrofisiológicas y neuroimagen. Las evaluaciones específicas deben incluir:

- *Evaluación del habla, el lenguaje y la comunicación:*
 - *Lenguaje comprensivo: Test de Peabody (2años, 6meses - 90años): evalúa la comprensión del vocabulario a través del reconocimiento de las imágenes nombradas. Respuesta a preguntas de qué, cómo, cuándo o quién y respuestas sobre un texto previamente leído. Comprensión de gestos o expresiones faciales, capacidad para detectar la picardía, el humor o las metáforas.*
 - *Lenguaje expresivo. A nivel de su discurso espontáneo se hace una valoración tanto de la forma (cantidad de vocabulario, longitud de su discurso, ritmo y tono, ecolalias, literalidad, capacidad para hacer y responder preguntas, iniciar y mantener una conversación) como de su contenido (coherencia del discurso, temas focalizados en intereses peculiares o tendencia a evadirse en fantasías o repetición de diálogos aprendidos). Escala Reynell de desarrollo de lenguaje (Reynell 1997) para edades entre 1-7 años.*
- *Evaluación cognitiva:*
 - *WPPSI-III (2 años, 6 meses – 7 años, 3 meses), WISC IV (6 años – 16 años, 11 meses), WAIS (16 años - 89 años). Valoran la capacidad intelectual global (CI)*

a partir de los resultados parciales de las áreas verbales, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, ajustadas a la edad de cada sujeto.

- *K-ABC (2 años, 6 meses – 12 años): valora la capacidad intelectual global, definida como proceso mental compuesto (PMC), a través de los resultados obtenidos en los subtest que valoran el procesamiento mental simultáneo y el secuencial. Tiene un apartado exclusivo para conocer el nivel de adquisición de los conocimientos académicos y da la posibilidad de calcular la capacidad no verbal.*
- *Teoría de la mente (2 - 8 años): capacidad de atribuir pensamientos, intenciones y sentimientos ajenos y diferentes de los nuestros. Se evalúan a través de la interpretación de viñetas o dibujos específicamente diseñados y a través de historias sociales que tienen que ver con estados mentales o acontecimientos físicos. (Historias Sociales de F. Happe 1994, TOM Test Muris 1999, Test de los Ojos Baron-Cohen 1999).*
- *Teoría de la coherencia central: capacidad para procesar la información (auditiva o visual) de forma global y dentro del contexto. Se evalúa a través de la descripción de láminas o interpretación de relatos o de una lectura.*
- *Funciones ejecutivas (6-8 años): capacidad para establecer soluciones a un problema novedoso llevando a cabo predicciones sobre sus consecuencias. Implica buena capacidad para planificar, organizarse y ser capaz de tomar decisiones. Por ejemplo, Wisconsin Card Sorting Test WCST-64, Tower of London, etc.*
- *Juego: durante el primer año de vida ya se puede observar el interés de los niños por los distintos juegos y cómo los utiliza. Podemos ver su curiosidad para explorarlos y para comprender y prever las consecuencias de la causa-efecto en alguno de ellos. A partir de los 2 años, observamos su capacidad creativa y de simbolización. Representar con sus muñecos situaciones vividas con anterioridad, organizar secuencias de acciones bien estructuradas, o utilizar un objeto cualquiera en sustitución del que necesita pero no tiene (bolígrafo como espada o como avión). La aparición de los juegos tecnológicos ha supuesto una revolución en la dedicación de las horas libres de los niños/chicos desde edades muy tempranas. Conforme se van haciendo mayores, con mucha frecuencia para los chicos con diagnóstico de TEA, debido a sus dificultades sociales, pueden llegar a convertirse en su única motivación y en ocasiones en una adicción. Como instrumento de evaluación está el Costello Symbolic Playtest (Lowe & Costello, 1988).*
- *Evaluación de la conducta adaptativa: escalas de conducta adaptativa de Vineland (VABS II) (0-18 años) (Vineland Adaptive Behavior Scales) , nos da información sobre la capacidad de comunicación (receptiva, expresiva y escrita), habilidades de la vida cotidiana (personal, doméstica y comunitaria), socialización (relaciones*

interpersonales, juego, ocio y habilidades adaptativas) y, hasta los 6 años, el desarrollo motor. Contiene una lista adicional de preguntas sobre conductas desadaptativas utilizable a partir de los 5 años de edad.

- *Evaluación de los síntomas de la psicopatología general: escalas de Achenbach Child Behaviour Check List (CBCL) para padres y Teacher Report Form (TRF) (1 año, 6 meses– 18 años) y autoinforme a partir de los 11 años. Valoran problemas generalizados del desarrollo, afectivos, de ansiedad, somáticos, oposicionistas, de conducta y TDAH, dependiendo de la edad del chico/a. Permiten comparar los resultados obtenidos a nivel familiar y en la escuela. El autoinforme nos indica, además, la capacidad del chico/a, para reconocer sus propias dificultades y características.*

Además, Hervás et al. (2012) añaden que los profesionales deben determinar la posible existencia de trastornos concurrentes. El diagnóstico diferencial incluye: Discapacidad intelectual sin asociación con TEA; Trastorno de lenguaje expresivo; mutismo selectivo; Esquizofrenia de comienzo precoz; Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC); Síndrome de Landau Kleffner y el trastorno reactivo de la vinculación.

Este modelo de evaluación que proponen estos autores requiere la creación de una red *sociosanitaria específica, anclada en la propia comunidad, desde los servicios de atención primaria y los centros educativos, con programas de información para los padres y conexión directa con equipos multidisciplinares especializados en trastornos neurocognitivos de la infancia.*

Esta estructuración del proceso diagnóstico también queda recogida en diversas guías como la elaborada por Barthélèmy et al. (2019), la de Cervera Chulvi (2015), la de Díez-Cuerdo et al. (2005) y la de Hernández et al. (2005).

Como concluye Soto (2002): *“Toda evaluación debe ser global, cuidadosa y detallada”* por lo que debemos tratar de realizar evaluaciones multidisciplinares. Actualmente se están llevando a cabo abordajes integrales como pueden ser los programas de AMITEA del Hospital Universitario Gregorio Marañón, TEAyudamos del Hospital Universitario de Fuenlabrada o, AdaptaTEA del Hospital Universitario Puerta de Hierro, son grandes iniciativas, pero aún nos queda mucho camino por recorrer.

El modelo de evaluación psicopedagógica actual es distinto según la Comunidad Autónoma que analicemos. En todas las comunidades existen Equipos de Orientación Educativa de carácter general formados por los Equipos de orientación educativa y psicopedagógica (EOEP'S) y los Equipos de Atención Temprana (EAT'S). En algunas comunidades la denominación cambia, como ocurre en el caso de Navarra que se tratan de Unidades de Apoyo Educativo y Unidades

Técnicas de Orientación Escolar, dentro de estas últimas se encuentran las Unidades Técnicas de Educación Especial. En el País Vasco son denominados “berritzegunes”.

En cuanto al proceso de evaluación, en líneas generales se parte de la solicitud de evaluación que hace el tutor con la ayuda del personal de apoyo (profesor de Pedagogía Terapéutica, PT o de Audición y Lenguaje, AL), dependiendo de la edad del alumno se derivará al Equipo de Atención Temprana (0-6 años) o al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (a partir de los 6 años hasta el final de la ESO). En caso de ser necesario se puede llevar a efecto una valoración posterior que derivarán a los equipos específicos, que, en el caso del autismo, son los equipos que se ocupan de las alteraciones graves del desarrollo.

Cualquiera de estos tres equipos será quienes apliquen las pruebas que consideren oportuno y emitan el informe correspondiente. Asimismo, se identifican las características que presenta el alumno, señalando los recursos materiales y humanos que necesita y la modalidad de escolarización conveniente.

Actualmente son tres las modalidades de escolarización que existen en España: escolarización ordinaria, escolarización en centros de Educación Especial y escolarización combinada. Veámoslas, de un modo somero:

- La escolarización ordinaria es aquella que se lleva a cabo en los centros de Educación Infantil, Primaria o Secundaria que pueden contar con recursos extraordinarios, personales (apoyos) y materiales.
- En el caso de la escolarización en centros de Educación Especial se dispone de un currículo distinto, con una ratio específica por aula y personal y material especializado.
- Y por último la escolarización combinada entre un centro ordinario y un centro o aula específica de educación especial.

De todas ellas la más común es la escolarización ordinaria, en aulas preferentes TEA. Para hacer efectiva esta escolarización se ha de contar con un diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo/ Trastorno del Espectro del Autismo (TGD/TEA), emitido por los profesionales autorizados (bien del ámbito sanitario o del campo de la orientación educativa) y una descripción exhaustiva de las necesidades educativas del alumnado. Los EOEP's podrán realizar una propuesta de escolarización en centro preferente y, el EOEP específico de alteraciones graves del desarrollo, o las Comisiones Técnicas, emitirán el correspondiente informe acerca de esta modalidad de escolarización, que deberá adjuntarse y formar parte de las propuestas y dictámenes de escolarización de los Equipos de Sector correspondiente. Este cambio de modalidad debe ser autorizado por parte de la familia.

Son numerosos los autores que afirman la necesidad de la detección y posterior evaluación de manera temprana pero este tipo de valoración por parte de los equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica actualmente están muy saturados y desde que se empiezan a detectar los primeros signos hasta que se tiene un diagnóstico definitivo no es de extrañar que pasen dos cursos académicos ya que la burocracia de los trámites entre los distintos departamentos y equipos ralentiza el proceso.

En estos momentos solamente siete de las diecisiete Comunidades Autónomas poseen órdenes propias o documentos por los que se regulan los centros o la escolarización de los alumnos con trastorno del espectro del autismo (Extremadura, Castilla y León, Castilla y la Mancha, Aragón, La Rioja, País Vasco y Comunidad de Madrid) y las dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla).

Este tipo de escolarización, en la Comunidad de Madrid se lleva a cabo de la siguiente manera: dentro del centro hay un aula específica a la que pertenecen cinco alumnos (determinados por los Equipos) que son atendidos por dos profesionales, un maestro de Audición y Lenguaje y/o Pedagogía Terapéutica y un Técnico Superior, generalmente de integración social. Estos profesionales trabajan aquellas áreas en las que el alumnado presenta mayores dificultades: curriculares y sociales.

Es sumamente importante como enuncia Rey (2018) para la Confederación Autismo España en la Guía de actuación para profesorado y familias, que se trabaje la prevención de las situaciones de abuso y acoso en el contexto educativo, para lo que resulta imprescindible que, desde las aulas, se fomente y transmita el respeto a la diversidad, para concienciar de que “todos somos diferentes”. En esta misma línea también encontramos la guía de la Fundación ONCE y del Comité Español de Representación de Personas con Discapacidad (2019).

En la actualidad nos encontramos en un momento de cambio legislativo con la promulgación de la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE). El apartado cuarenta y nueve se centra en la modificación de los apartados 1 y 2 del artículo 71 de la LOE transformando la clasificación de las necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE), quedando la redacción en los siguientes términos: “ ..., *por presentar necesidades educativas especiales, por retraso madurativo, por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado*”.

1.2. Un análisis del desarrollo evolutivo del lenguaje

Después de haber estudiado el concepto de “autismo” vamos a abordar el desarrollo evolutivo del lenguaje teniendo en cuenta que afecta a distintos ámbitos del sujeto y que hay una serie de elementos clave que conviene considerar a la hora de trabajar con esta población. Para ello nos basaremos en los estudios del desarrollo que planteó Piaget ya que actualmente son numerosos los autores que siguen el modelo piagetiano, entre los que destacan: Saldarriaga-Zambrano et al. (2016), Páez (2011), Téllez et al. (2007) y Mounoud (2001).

Jean Piaget nació en 1896 en Suiza. Su atracción por la comprensión de los individuos hizo que a lo largo del desarrollo de sus estudios resolviera la necesidad de vincular los estudios filosóficos (especulación) y la orientación científica (empírica). Las dos fuentes de inspiración que utilizó en el desarrollo de su teoría fueron los factores biológicos y las estructuras psicológicas. Como resumen Miras, Salvador y Álvarez (2001), señalan que *el individuo tiende a organizar sus actividades, para lo cual debe adaptarse a su entorno, asimilando los nuevos elementos del medio a los esquemas preexistentes, y del mismo modo, acomodando éstos últimos, por lo que consigue superar los requerimientos de la nueva situación.*

Piaget creía que el conocimiento evoluciona a lo largo de una serie de etapas, a las que él dará el nombre de estadios. Esto va a tener sus implicaciones en la consideración de los cambios en el desarrollo de los individuos. En primer lugar, la secuencia de aparición de las etapas es invariante, esto es, los estadios siguen un orden fijo determinado, independientemente del momento de aparición en cada sujeto. No obstante, el pensamiento de los niños en cualquier etapa concreta es cualitativa y cuantitativamente diferente del pensamiento en la siguiente etapa o en la antecesora. Además, sabemos que los estadios son jerárquicamente inclusivos, es decir, las estructuras de un estadio vienen determinadas por la superación del precedente y, por otro la existencia, en cada estadio, de unas estructuras cognoscitivas que le son propias y que confieren al individuo la capacidad de actuar de un modo concreto para conocer los elementos del medio. Esto en muchos alumnos con autismo no va a suceder de igual modo, ya que como bien define el trastorno no afecta por igual a todos los sujetos por lo que analizaremos qué áreas se encuentran más afectadas y qué desarrollos aparecen de manera más tardía o significativamente distintos.

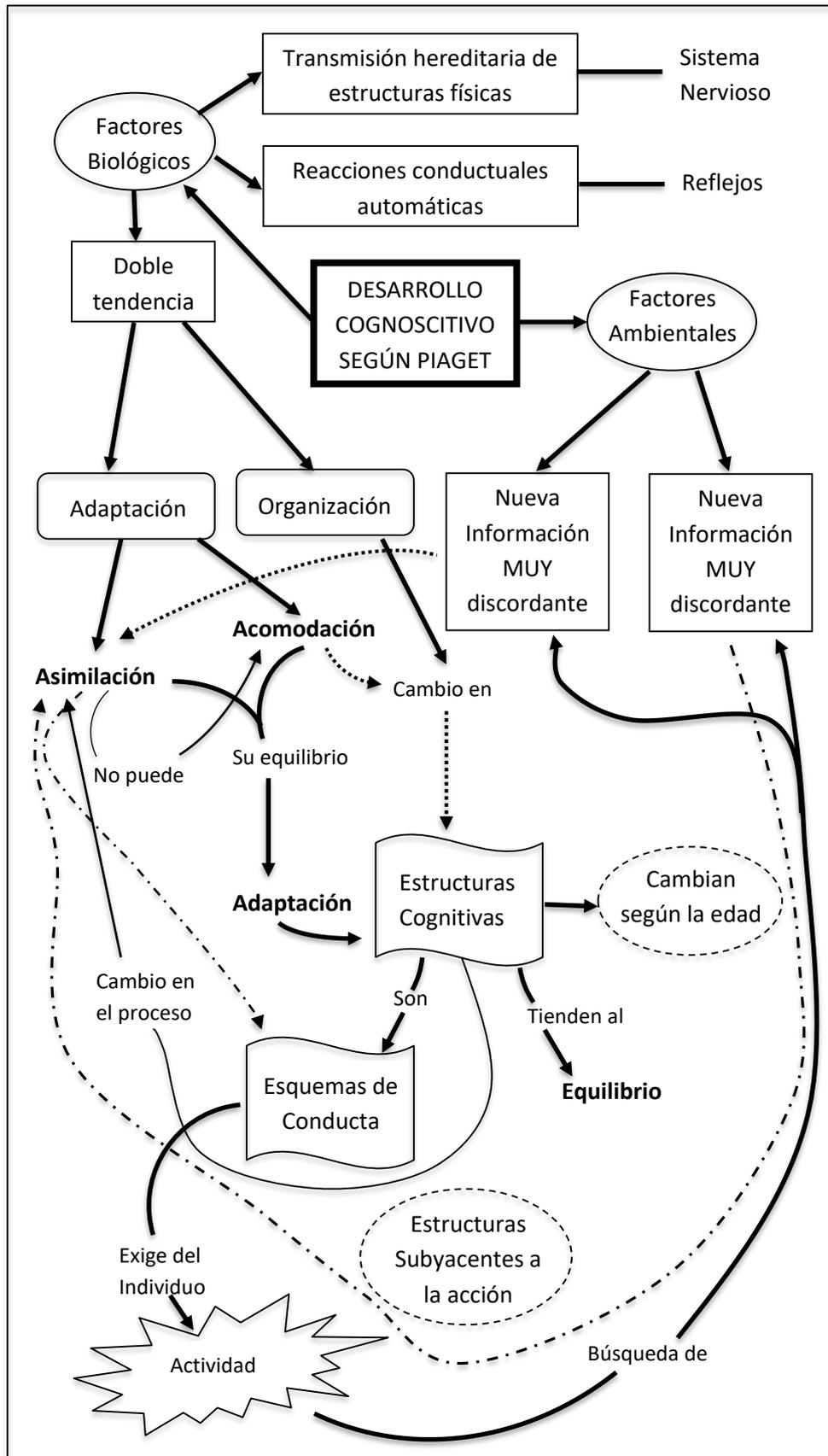
El desarrollo cognoscitivo de los individuos se diferencia en cuatro etapas principales: sensorio-motora (corresponde a los cero-dos años aproximadamente), preoperatoria (entre los dos y los seis años), operaciones concretas (de los seis a los doce años) y operaciones formales (a partir de los doce años hasta la adultez). Como ya hemos señalado, independientemente de que las edades

enunciadas sean semejantes en todos los individuos, Piaget considera que el desarrollo se basa en los siguientes principios tal y como nos enuncian Martínez, Granados y Hernández (2001, p. 203):

Existe continuidad entre todos los procesos.

- El desarrollo responde a un proceso continuo de generalizaciones y diferenciación.
- Existe una línea de continuidad; cada nivel de desarrollo arraiga en una fase anterior y se continúa en la siguiente.
- Cada fase implica una repetición de procesos del nivel anterior bajo una diferente organización.
- Las diferencias en la pauta de organización crean una jerarquía de experiencia y acciones.
- Los individuos avanzan distintos niveles dentro de una jerarquía, aunque en el cerebro de cada individuo existe la posibilidad de todos estos desarrollos, aunque no todos se realizan.

Tabla 3. Mapa Cognitivo del funcionamiento cognoscitivo según Piaget.



Fuente: Martínez, Granados y Hernández (2001, p. 202).

La fuente principal de inspiración para Piaget son los factores biológicos, pero a partir de ellos surge una gran cuestión, ¿Qué factores responden a las estructuras mentales que forman parte de la inteligencia? En su teoría encontramos que habla de varios tipos de factores: en un primer lugar encontramos la transmisión hereditaria de las estructuras físicas, el sistema nervioso; por otro lado, encontramos los factores transmitidos por la herencia de las reacciones conductuales automáticas, es decir los reflejos. Y, un tercer tipo sería la herencia a través de las dos tendencias básicas: la adaptación y la organización. La adaptación es la tendencia a adaptarse al medio, en este proceso se lleva a cabo la asimilación y la acomodación. La asimilación es la acción del organismo sobre los elementos del medio incorporándolo a sus esquemas de conducta, y la acomodación es lo contrario, la acción del medio sobre el organismo. La adaptación es, por tanto, el proceso de equilibrio entre la asimilación y la acomodación.

Junto a los factores biológicos, Piaget también tiene en cuenta los factores ambientales que influyen en el desarrollo cognoscitivo del sujeto los cuales nos van a aportar nueva información muy discordante o no muy discordante.

Esto afectará muy directamente a los sujetos con Trastorno del Espectro del Autismo, debido a que, si alguno de los factores se encuentra afectado, la respuesta que va a generar el sujeto va a ser distinta. Por ejemplo, las reacciones conductuales que suelen presentar a estímulos acústicos altos; es muy frecuente que personas con TEA sufran hipersensibilidad acústica, por tanto, sus reflejos ante dichos estímulos serán diferentes y con ello su adaptación y su asimilación y acomodación a esa situación necesitará de intervención para aprender/desensibilizar, en la medida de lo posible, para llegar a un equilibrio y por tanto una mayor adaptación.

Durante *el periodo sensoriomotor* el bebé se relaciona con el mundo a través de los sentidos (percepción) y de la acción (movimiento). Se desarrolla una inteligencia puramente práctica totalmente vinculada con sus deseos de satisfacción física (sensorial) de manera inmediata. Así podemos observar en el bebé que muestra...

Tabla 4. *Subestadios de la fase sensoriomotriz.*

1. El ejercicio de los reflejos. (Primer mes de vida).
2. Desarrollo de los esquemas (Reacciones circulares primarias). (1 a 4 meses)
3. Descubrimiento de Procedimientos (Reacciones circulares secundarias). (4 a 8 meses).
4. Conducta intencional (Coordinación de esquemas secundarios y su aplicación a nuevas situaciones). (8 a 12 meses).
5. Novedad y exploración (Reacciones circulares terciarias) (12 a 18 meses).
6. Representación mental (Invención de medios nuevos mediante combinaciones mentales). (18 a 24 meses)

Fuente: Martínez, Granados y Hernández (2001, página 204).

La *fase preoperatoria* comienza en el momento en que el niño demuestra una cierta capacidad simbólica de representación. En esta etapa los niños aún están centrados en su propio punto de vista (egocentrismo), reflejando una ausencia de descentralización e irreversibilidad.

Esta segunda fase del desarrollo intelectual Piaget lo subdivide en dos grandes periodos: fase de preparación de las operaciones concretas (pensamiento preoperatorio) y la fase de las operaciones concretas (pensamiento operatorio concreto).

Tabla 5. *Subestadios de la fase preoperatoria.*

1. El pensamiento simbólico preconceptual (2-4 años).
1.1. La Imitación Diferida.
1.2. Los Símbolos Mentales.
1.3. El Juego Simbólico.
1.4. El uso del Lenguaje.
2. El pensamiento intuitivo (4-6/7 años)
2.1. La identidad cualitativa.
2.2. La distinción apariencia-realidad.

Fuente: Martínez, Granados y Hernández (2001).

El *pensamiento operatorio* concreto comprende desde los siete u ocho años hasta los once o doce años, y conlleva un importante avance en el desarrollo del pensamiento infantil. Durante esta etapa aparecen por primera vez operaciones mentales, aunque referidas o ligadas a objetos concretos. Entre las principales operaciones comprendidas en este estadio, Piaget señala la clasificación, la seriación, la conservación y otras.

Tabla 6. *Subestadios del pensamiento operatorio.*

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Primer Estadio. Hasta los 7-8 años, donde no hay conservación de ninguna de las cantidades.2. Segundo Estadio. De los 8 a los 10 años; no son admitidas por el individuo la conservación del peso ni del volumen, pero sí la conservación de la sustancia.3. Tercer Estadio. De los 10 años 11 años; la única cualidad aún no adquirida es la del volumen.4. Cuarto Estadio. A partir de los 11 o 12 años. En este estadio los individuos comienzan a considerar la conservación de las tres características de los objetos. |
|--|

Fuente: Martínez, Granados y Hernández (2001).

Estas tres fases neurotípicas del desarrollo intelectual que acabamos de señalar, suceden por igual en los alumnos con autismo, la única apreciación que debemos hacer es que los periodos de aparición (edad) pueden verse modificados.

1.2.1. Desarrollo evolutivo en nuestro sistema educativo

En España el sistema educativo está regido actualmente por la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE); su implantación comienza en enero de 2021 y finalizará en el curso 2023-202 como se puede apreciar en la figura 1.

Figura 1. Calendario de implantación de la LOMLOE.



Fuente: página web del MEC (<https://educagob.educacionyfp.gob.es/lomloe/calendario-implantacion.html>)

Se encuentra organizado en diferentes etapas educativas: Educación Infantil (etapa no obligatoria), que abarca hasta los seis años, la educación básica (Educación Primaria y Educación Secundaria) que abarca desde los seis hasta los dieciséis años, la Educación Secundaria Superior (Formación Profesional de grado medio), la Educación Superior (estudios universitarios y Formación Profesional de grado superior) y la Educación de Personas Adultas.

A pesar de que la Educación Infantil no es una etapa educativa obligatoria, el segundo ciclo es gratuito en todos los centros sostenidos con fondos públicos.

La educación básica es obligatoria y gratuita, y abarca diez años de escolaridad divididos en dos etapas:

- Educación Primaria comprende seis cursos académicos que se cursan entre los seis y los doce años.
- Educación Secundaria Obligatoria (ESO) abarca de los doce a los dieciséis años y está formada por cuatro cursos académicos. Al finalizar esta etapa los alumnos reciben el título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria y bien pueden acceder a la Educación Secundaria Superior o al mundo laboral.

La Educación Secundaria Superior tiene una duración de dos cursos académicos, entre los dieciséis y los dieciocho años. Los alumnos tienen la posibilidad de elegir entre el Bachillerato (rama general) y la Formación Profesional de grado medio (rama profesional).

La Educación Superior comprende estudios universitarios y estudios profesionales, ambas opciones se cursan a partir de los dieciocho años.

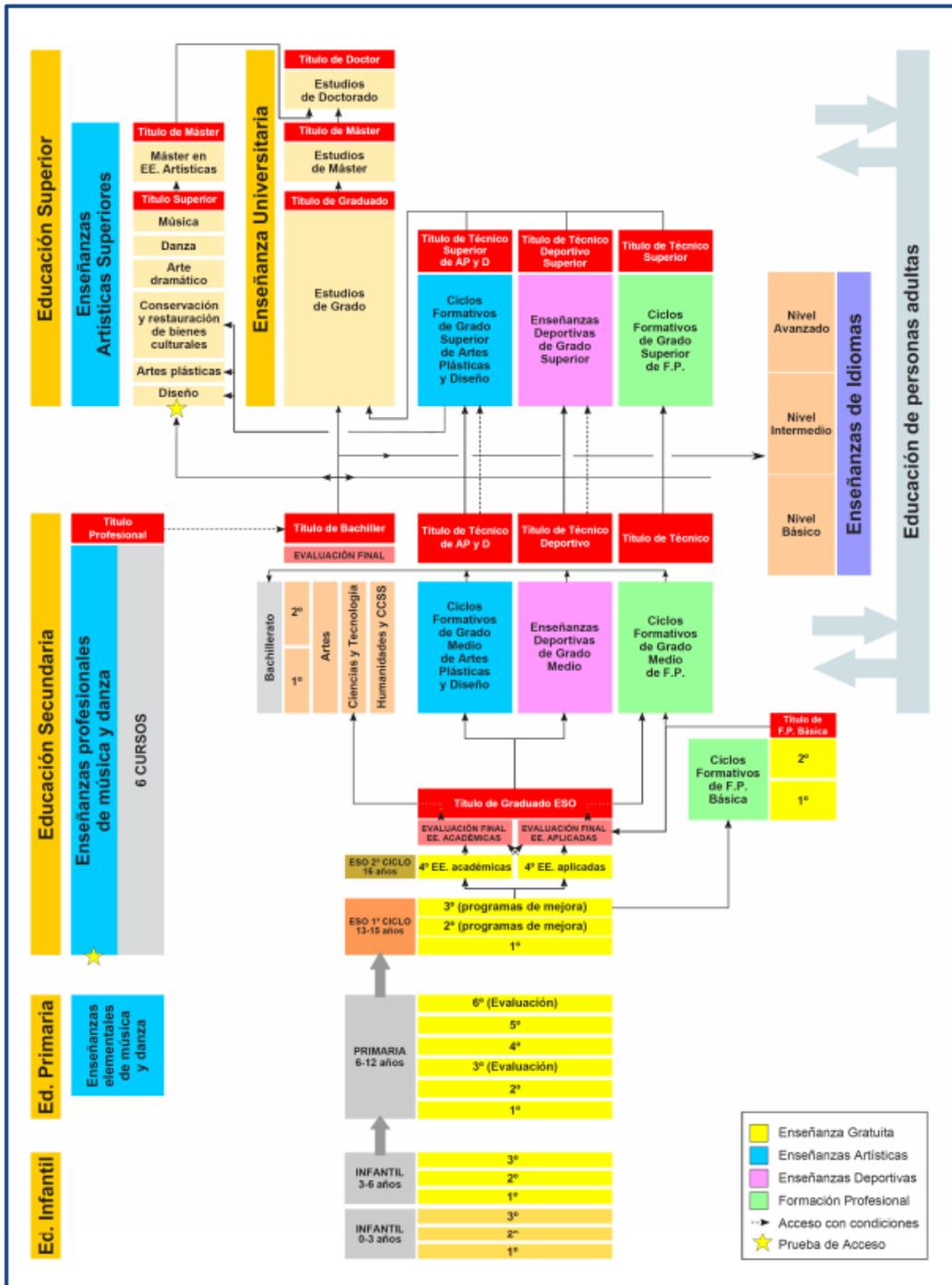
La Educación de las Personas Adultas (EPA) incluye distintas enseñanzas ofertadas por las diferentes Administraciones (educativas, laborales y locales). Está dirigida a personas mayores de dieciocho y, excepcionalmente, a mayores de dieciséis años que trabajan y no pueden acudir a un centro educativo en régimen ordinario o que son deportistas de alto rendimiento.

Además de estas enseñanzas, el Sistema educativo español ofrece las enseñanzas de régimen especial: Educación Infantil especial (no obligatoria), Educación Básica Obligatoria (EBO), tiene carácter obligatorio y se estructura en tres ciclos: el primero de los 6 a los 9 años, el segundo entre los 9 y los 12 años y el tercero entre los 12 y los 16 años. Tal y como ocurre en la modalidad ordinaria, se contemplan las mismas prórrogas de permanencia en el curso por etapa como medida extraordinaria, motivo por el cual el alumnado puede extender su permanencia en ella hasta los 18 años.

El alumnado del sistema educativo español también puede cursar enseñanzas de idiomas, enseñanzas artísticas y enseñanzas deportivas.

La LOMLOE va encaminada a permitir las adaptaciones que sean necesarias tanto metodológicas como curriculares para que sea el currículo quien se adapte a las necesidades educativas de que puedan presentar este tipo de alumnado con necesidades educativas especiales (ACNEE), impulsando la detección precoz, la atención temprana y la educación inclusiva. Las Administraciones educativas continuarán prestando el apoyo necesario a los centros de educación especial para que, además de escolarizar al alumnado que requiera una atención muy especializada, desempeñen la función de centros de referencia y apoyo para los centros ordinarios. Para ello, el Gobierno, en colaboración con las Administraciones educativas, desarrollará un plan para que, en el plazo de diez años los centros ordinarios cuenten con los recursos necesarios para poder atender en las mejores condiciones al alumnado con discapacidad.

Tabla 7. Esquema sistema educativo español- LOMCE.



Fuente: página web del MEC (<https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:2167e690-49c6-4bd8-80eb-ed0cadf7b58e/grafico1415.pdf>)

Tabla 8. Organización de la enseñanza en modalidad especial.

ORGANIZACIÓN DE LAS ENSEÑANZAS - MODALIDAD ESPECIAL				
ETAPA	CICLO	CURSO	CARACTER	EDAD
INFANTIL	1ER Y ÚNICO CICLO	1º	NO OBLIGATORIO	3-4 Años
		2º		4-5 Años
		3º		5-6 Años
EDUCACIÓN BÁSICA OBLIGATORIA (EBO)	1 ER CICLO. CORRESPONDE CON PRIMARIA	1º	OBLIGATORIO	6-7 Años
		2º		7-8 Años
		3º		8-9 Años
		4º		9-10 Años
	2º CICLO. CORRESPONDE CON PRIMARIA	5º		10-11 Años
		6º		11-12 Años
		7º		12-13 Años
	3 ER CICLO. CORRESPONDE CON LA E.S.O.	8º		13-14 años
		9º		14-15 años
		10º		15-16 años

Fuente: extraído del artículo el alumnado con trastorno del espectro del autismo en España (2020).

La formación o enseñanza reglada es la que se imparte en centros públicos o privados de forma presencial, a distancia o mixta, cuyo resultado para el alumnado es la obtención de un título con validez académica. La enseñanza reglada se diferencia de la no reglada en la validez de la titulación; se trata de una enseñanza prevista por el sistema educativo de un país dentro de su plan de estudios. Como hemos podido observar en la tabla 7, el sistema educativo español establece las siguientes etapas: Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanzas Universitarias. Otras formaciones regladas son las universidades de adultos, las enseñanzas deportivas, las enseñanzas artísticas y las escuelas de idiomas.

La Educación Especial es el servicio educativo que ofrece atención con equidad a alumnos con equidad a alumnos con discapacidad, o bien con aptitudes sobresalientes y de acuerdo con sus

condiciones, necesidades, intereses y potencialidades. En la tabla 8 observamos que las etapas en Educación Especial son: Educación Infantil y Educación Básica Obligatoria (EBO).

En lo que a nuestro estudio afecta, nos interesa analizar el proceso evolutivo que siguen los alumnos, atendiendo a las etapas que estableció Piaget teniendo en cuenta las etapas educativas en España.

1.2.1.1. Desarrollo pragmático, semántico, de la forma y del lenguaje durante el periodo de Educación Infantil

La etapa de Educación Infantil podríamos situarla en dos de las etapas descritas de Piaget, el estadio sensoriomotor y el pensamiento preoperatorio.

A) ESTADIO SENSORIOMOTOR

En el recorrido evolutivo del lenguaje de los niños menores a un año vamos a tener en cuenta dos aspectos, por un lado, la comunicación y la expresión, es decir, estudiaremos cómo el niño va a tratar de comunicarse con el mundo que le rodea, y por otro lado la comprensión, es decir, la manera en que el niño comprende el mundo; en esta primera etapa vamos a tener en cuenta los aspectos fonéticos porque es en esta etapa cuando el bebé va a ir mostrando interés por los aspectos sociales: sonrisa social, mirada intencionada, gestos y primeras emisiones fonéticas.

Más adelante iremos analizando también la comprensión y la capacidad de comunicar (producción) del sujeto, si bien, al tratarse de un área tan compleja en la vida del sujeto, iremos teniendo en cuenta cada una de las áreas que conforman esa producción del lenguaje: fonología, morfosintaxis, léxico-semántica y pragmática.

Las aportaciones de diferentes investigadores como Lenneberg, 1967; Forsyth, Johnson y Brown, 1964; Bateson, 1975; Bruner, 1976 y muchos otros, nos permiten entender que el desarrollo del lenguaje puede circunscribirse a dos etapas principalmente, por un lado, la etapa pre-lingüística, que abarca desde el nacimiento hasta los 10-12 meses, y luego la etapa lingüística, que llega aproximadamente hasta completar el segundo año de vida:

- Etapa pre-lingüística o etapa preverbal: se caracteriza por la expresión buco-fonatoria, emisión de sonidos onomatopéyicos con valor comunicativo en sí mismo. Durante esta

fase el niño establece la comunicación con su medio más cercano (familia) y más concretamente con su madre o con las figuras de su apego; es de tipo afectivo y gestual.

- Etapa lingüística: comienza con la emisión de la primera palabra, a la cual Castañeda en su libro *el lenguaje verbal del niño* (1999) le otorga “una legítima importancia como el primer anuncio del lenguaje cargado de un propósito de comunicación”.

Veamos con más detalle cómo tiene lugar el desarrollo en estos dos periodos:

> **Periodo Prelingüístico:**

Según Robert E. Owens (2003), los niños menores de 6 meses son puros *observadores*, puesto que es en este periodo cuando van progresivamente adquiriendo el control muscular grueso y madurando cerebralmente; “los niños dejan de moverse de manera refleja y empiezan a ser capaces de arrastrarse y de rodar”. Entre el nacimiento y los tres meses si nos fijamos en su comunicación y en la expresión, podemos observar que los niños focalizan su atención visual hacia el adulto de referencia que le mira y le habla, con el cual realiza el intercambio de gestos, miradas y vocalizaciones. El bebé de este modo expresa sus estados de satisfacción e insatisfacción a través del llanto, la sonrisa, la tensión y la relajación corporal. Hacia el final del primer mes, la sonrisa de los bebés comienza a evolucionar, pasando a ser menos automática, aunque todavía indiscriminada. Los niños responden al movimiento, de manera indiscriminada tanto a personas como a objetos, llegando al tercer mes, que es cuando comienzan a orientarse más hacia las personas y a sonreír menos ante los objetos; de este modo la sonrisa comienza a tener un carácter más social (motivo por el cual muchos autores lo denominan como “sonrisa social”) e incluso es físicamente más expresiva, apareciéndole arrugas alrededor de los ojos.

También antes de los 3 meses surgen las primeras vocalizaciones sociales espontáneas, como respuesta a la relación social (al menos cuatro sonidos diferentes). En cuanto a la comprensión, el bebé comienza a captar la mirada, el contacto corporal, la mímica facial y los elementos sonoros que acompañan a la palabra (melodía, tono, ritmo, ...) y, reacciona de manera diferente a las voces según el tono y los gestos del adulto.

Más adelante, entre los tres y seis meses los bebés comienzan a utilizar la sonrisa y el llanto como un medio de comunicación intencional y a responder de manera activa en juegos sociales de atención y acción conjunta (repiten acciones cuando es imitado por el adulto). Aprenden juegos vocales como exploración de sus propias posibilidades de emisión de sonidos, como expresión de los estados de ánimo y como forma de comunicación social (vocaliza cuando se le habla, para llamar la atención, ...). En esta etapa los bebés comienzan a emitir los primeros sonidos aislados semejantes a las vocales o a algunas consonantes, diferenciadas en tonalidad, entonación y ritmo (como expresión de malestar y bienestar y como forma de comunicación). Son los denominados

"gorgeos". Al comienzo las madres tienden a imitar esas emisiones cuando tienen unos 2 meses, lo hacen para llamar la atención del niño, pero más tarde surgen los intercambios de gorjeos. En cuanto a la comprensión comienza definitivamente a detectar distinciones en los sonidos del habla.

Será el segundo semestre cuando los bebés logren grandes avances. Según Robert E. Owens (2003), los niños entre los 7 y los 12 meses son puros *experimentadores*, desarrollando nuevas formas de desplazarse y adquiriendo nuevas capacidades. En cuanto a la comunicación y la expresión, responden de manera activa y son ellos mismos los que van a provocar el inicio de juegos de intercambio con los adultos, enseñándoles objetos a los adultos y utilizando el gesto de señalar como forma de comunicación (primero con la mirada y después con el gesto de indicación).

Por eso, podemos entender que, hacia los 6 meses los niños son seres completamente sociales: sonríen y vocalizan, utilizan el balbuceo con diferentes entonaciones y de maneras distintas: repeticiones de fonemas y sílabas iguales (como por ejemplo: /aaaaa/ o /ma ma/), sílabas bien definidas (ejemplo: /ma/, /pa/, /ta/,...) y emiten cadenas silábicas reiteradas y largas (ejemplo: /pa pa pa/) para, posteriormente, pasar a la emisión de otras estructuras silábicas más complejas (combinación de diferentes sílabas) (ejemplo: /cua cua/, /guau guau/). Así, hacia los 12 meses empiezan a utilizar alguna palabra con significado (ejemplo: /aba/ para pedir agua, /gaeta/ para pedir galleta, ...), aunque no se parezca a la del lenguaje adulto y dicen "adiós" con la mano.

En cuanto a la comprensión, son capaces de diferenciar voces familiares de las que no lo son, identificando a los adultos por su voz y de comprender las verbalizaciones de los adultos mediante los elementos sonoros que acompañan a la palabra (melodía, tono, ritmo) y los no sonoros (gestos, mímica, movimientos). Reconocen algunas palabras por identificación y oposición de algunos fonemas y ciertas palabras unidas a experiencias cotidianas. De este modo, comienzan a responder a palabras familiares (su nombre, no, adiós, papá, mamá, ...).

Tabla 9. Desarrollo del lenguaje desde el nacimiento hasta los 12 meses.

EDAD	COMUNICACIÓN Y EXPRESIÓN	COMPRENSIÓN
0 – 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Atención visual hacia el adulto que le mira y le habla. - Intercambio de gestos, miradas y vocalizaciones. - Expresión de estados de satisfacción e insatisfacción a través del llanto, la sonrisa, la tensión y la relajación corporal. - Sonrisa social. - Primeras vocalizaciones sociales espontáneas y como respuesta a la relación social (al menos cuatro sonidos diferentes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Capta la mirada, el contacto corporal, la mímica facial y los elementos sonoros que acompañan a la palabra (la melodía, el tono, el ritmo, ...). - Reacciona de manera diferente a las voces según el tono y los gestos.
3 – 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de la sonrisa y el llanto como formas de comunicación intencional. - respuesta activa en juegos sociales de atención y acción conjunta (repite acciones cuando es imitado por el adulto). - Juegos vocales como exploración de sus propias posibilidades de emisión de sonidos, como expresión de estados de ánimo y como forma de comunicación social (vocaliza cuando se le habla, para llamar la atención, ...). - Primeros sonidos aislados semejantes a las vocales y a algunas consonantes, diferenciadas en tonalidad, entonación y ritmo (como expresión de malestar y bienestar y como forma de comunicación). 	<ul style="list-style-type: none"> - Detecta distinciones en los sonidos del habla.
6 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Responde e inicia juegos de intercambio con los adultos. - Enseña objetos a los adultos. - Aparece el gesto de señalar como forma de comunicación (primero con la mirada y después con el gesto de indicación). - Utiliza el balbuceo con diferentes entonaciones y de maneras distintas; repeticiones de fonemas y sílabas iguales; sílabas bien definidas y emisión de cadenas silábicas reiteradas y largas (pa, pa, pa). - Emisión de otras estructuras silábicas más complejas (combinación de diferentes sílabas). - Hacia los 12 meses puede empezar a utilizar alguna palabra con significado, aunque no se parezca a la del lenguaje adulto. - Dice “adiós” con la mano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diferencia voces familiares de las que no lo son, identificando a los adultos por su voz. - Comprende las verbalizaciones de los adultos mediante los elementos sonoros que acompañan a la palabra (melodía, tono, ritmo) y los no sonoros (gestos, mímica, movimientos). - Reconoce algunas palabras por identificación y oposición de algunos fonemas. - Reconoce ciertas palabras unidas a experiencias cotidianas. - Responde a palabras familiares (su nombre, no, adiós, papá, mamá).

Fuente: elaboración propia.

> Periodo lingüístico:

En el análisis del desarrollo del lenguaje entre los 12 y los 24 meses hemos de tener en cuenta por un lado la producción (fonología, morfosintáctica, léxico-semántica y pragmática) y por otro la comprensión. Vayamos por partes:

En el primer semestre (entre los 12 y los 18 meses), los bebés emiten las primeras palabras: palabras propias (ej.: /aba/, para pedir agua, mamá, papá, ...), onomatopeyas (ej.: /guau guau/, para referirse a un perro o miau para referirse a un gato) y palabras semejantes a las de los adultos (ej.: /chacateta/, para referirse a la chaqueta), con sílabas directas, formadas por consonante y vocal (ej.: /tota/, para pedir la pelota). En este periodo, aún no utilizan los grupos consonánticos. En la emisión de las primeras palabras (aproximadamente 10) hay un predominio de las nominales, las de acción y algunos adjetivos posesivos, en este orden. Comienzan a usar palabras socialmente correctas (hola, adiós, gracias) y nombres referidos a alimentos, personas y objetos que le llaman la atención (con su propia limitación fonética, por lo que personalizan esa

expresión). Además, no podemos olvidar que en esta etapa imitan gestos y sonidos, surgen juegos de “hacer como si” (acciones de su vida diaria) y crean su propia jerga ininteligible.

En cuanto a la comprensión, presenta un gran avance: por cada 10 palabras que emiten, entienden alrededor de 50. Son capaces de comprender la mayoría de las órdenes que le da el adulto (una sola acción) y algunas preguntas sencillas. Comienzan a desarrollar el esquema corporal, muestra de ello es que en esta etapa son capaces de señalar algunas partes de un muñeco al nombrárselas como por ejemplo la cabeza, las manos o los pies.

En el segundo semestre de este segundo año, continua la adquisición progresiva de los sonidos del habla, produciéndose los errores frecuentes en la pronunciación por sustitución u omisión de consonantes en sílabas como por ejemplo /pirioquido/ para pedir el periódico o /tatata/ para pedir una patata, al igual que los errores en la construcción de los verbos generalizando las reglas en la conjugación de verbos irregulares como por ejemplo supo en lugar de sabido, /volvido/ en lugar de vuelto o rompido en lugar de roto. Comienzan a realizar emisiones de dos palabras como por ejemplo nene agua, lo que ya supone un indicio de sintaxis, haciendo uso del masculino y del femenino. Se produce un uso de palabras abiertas (sustantivos, verbos, adjetivos) y cerradas (artículos, pronombres, adverbios) en posiciones fijas. En este periodo, también se produce una sobre extensión del significado de las palabras, con el consiguiente aumento del vocabulario: entre 20-50 palabras a los 18 meses y entre 200-250 a los 24 meses. A esta edad son capaces de nombrar 3 de cada 6 objetos por los que se les pregunta.

En el contexto de conversación, los niños de dos años suelen ser capaces de responder a su interlocutor, integrarse en pequeños diálogos de unos cuantos turnos, iniciar o cambiar el tema de conversación, aunque la cantidad de temas que suelen tratar es todavía muy limitada; van a depender de su entorno, de las experiencias vividas, ...; aprenden la adopción de turnos de manera natural y comienzan a mantener viva una conversación y adoptar la perspectiva de su oyente.

Muy importante para su interrelación es que comienzan a utilizar el gesto imitativo con intención comunicativa como por ejemplo el gesto de señalar; el lenguaje lo convierten en su forma preferida de comunicación, sobre todo las imitaciones verbales, como por ejemplo la repetición de palabrotas, aunque sigue siendo muy recurrida la comunicación gestual. Aparecen las primeras emisiones verbales con intención y objetivo claro (peticiones, llamar la atención, expresar necesidades, ...), como es quiero agua, petición de hacer pis, ... En esta etapa surge el juego simbólico, reflejo de un gran cambio evolutivo, emiten soliloquios mientras juegan y progresivamente van imitando sin necesidad de tener presente el modelo.

En cuanto a la comprensión a lo largo del periodo observamos cómo van a ser capaces de entender un cuento o narración corta, llegando a apreciarse un cambio muy significativo en su capacidad de abstracción, pues serán capaces de identificar objetos representados en imágenes (al menos 6), como por ejemplo al contar un cuento podremos apoyarnos en ilustraciones significativas y sencillas.

En esta etapa el desarrollo de un niño/a con TEA va a comenzar a despuntar, pueden darse dos situaciones, bien que no exista ningún desfase en el desarrollo evolutivo, comenzando a aparecer una prosodia peculiar propia o bien, comienza a aparecer un desfase debido a que no comienzan a emitir y no reaccionan a estímulos externos.

Existe un falso mito por el cual algunas familias relacionan el autismo con la vacuna de los 18 meses; esto es debido a que se produce un momento de no evolución del desarrollo neurotípico, dándose en algunos casos regresiones (retrocesos).

Tabla 10. Desarrollo del lenguaje desde los 12 hasta los 18 meses.

EDAD	PRODUCCIÓN				COMPRENSIÓN
	Fonología	Morfosintáctica	Léxico-semántica	Pragmática	
12 – 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Emisión de las primeras palabras: palabras propias; onomatopeyas y palabras semejantes a las adultas. - Sílabas de consonante y vocal (aún no utiliza grupos consonánticos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Emisiones de una palabra. - Predominio de palabras nominales después de acción y algunos adjetivos posesivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de palabras sociales (hola, adiós, gracias). - Nombres referidos a alimentos y personas. - Dice al menos diez palabras claras. - Nombra uno de cada seis objetos por los que se le pregunta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Imita gestos y sonidos. - Aparecen los juegos de “hacer como si” (acciones de su vida diaria). - Utilización de su propia jerga ininteligible. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor capacidad comprensiva que expresiva: por cada 10 palabras que dice entiende alrededor de 50. - Entiende la mayoría de las órdenes que le da el adulto (una sola acción). - Identifica objetos conocidos al nombrárselos. - Señala algunas partes de un muñeco al nombrárselas. - Entiende algunas preguntas. - Se interesa por las imágenes.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 11. Desarrollo del lenguaje desde los 18 hasta los 24 meses

EDAD	PRODUCCIÓN				COMPRENSIÓN
	Fonología	Morfosintáctica	Léxico-semántica	Pragmática	
18 – 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición progresiva de los sonidos del habla. - Errores frecuentes en la pronunciación por sustitución u omisión de consonantes o sílabas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Emisiones de dos palabras. - primeros indicios de sintaxis. - Uso de palabras abiertas (sustantivos, verbos, adjetivos) y cerradas (artículos, pronombres, adverbios) en posiciones fijas. - Uso del masculino y el femenino. - Errores en la construcción de los verbos generalizando las reglas en la conjugación de verbos irregulares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobreextensión del significado de las palabras. - Gran aumento del vocabulario (20-50 palabras a los 18 meses y entre 200-250 a los 24 meses). - Nombra 3 de cada 6 objetos por los que se le pregunta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización del gesto imitativo con intención comunicativa. - El lenguaje se convierte en la forma preferida de comunicación, aunque sigue utilizando la comunicación gestual. - Apogeo de las imitaciones verbales (la repetición verbal se convierte en una forma de comunicación). - Uso del lenguaje para pedir las cosas, llamar la atención, expresar necesidades, etc. - Utilización de soliloquios mientras juega. - Desarrollo de acciones de juego simbólico. - Imitación sin modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entiende la mayoría de los mensajes habituales (órdenes de 2 o más acciones consecutivas). - Entiende un cuento o una narración corta. - Señala más de 6 partes del cuerpo en el muñeco al nombrarlas. - Identifica, al menos, 6 imágenes al nombrarlas.

Fuente: elaboración propia.

B) PENSAMIENTO PREOPERATORIO

A partir de los dos años (24 meses), en la segunda etapa de las que establece Piaget (pensamiento preoperatorio), vamos a estudiar el desarrollo del lenguaje con un planteamiento ya evolucionado. El bebé, en el periodo anterior ha adquirido unos dominios del lenguaje que ya no va a perder, sino más bien a reforzar, y le permitirán adquirir otros nuevos. Por eso, nuestro análisis se centrará en los diferentes componentes que conforman el lenguaje oral (el desarrollo pragmático, semántico, sintáctico y fonológico).

Seguimos en la Etapa Infantil de la estructura escolar, donde aún la escolarización no es obligatoria (segundo ciclo) y donde la figura familiar presenta todavía una gran influencia sobre el desarrollo del sujeto.

Veamos cómo tiene lugar éste.

- Desarrollo pragmático

El ámbito donde se produce el avance más importante, en cuanto al desarrollo lingüístico del sujeto, es en el uso del lenguaje o pragmática.

Según la RAE, la pragmática es la disciplina o aspecto de la lingüística cuyo objeto de estudio es el significado del lenguaje en relación al contexto donde se desarrolla la idea; no estudia el significado de las palabras u oraciones aisladas, sino el modo en que son usadas en actos de comunicación.

Es precisamente en este ámbito donde podemos observar perfectamente la interacción entre el lenguaje y la socialización (Sarter y Stephens, 1988).

Hacia los tres años se produce un incremento en la tendencia a charlar, la mayor parte del habla de los niños de esta edad está orientada socialmente; participan en diálogos relativamente largos sobre un mismo tema si bien, todavía les resulta muy difícil conectar turnos en una conversación (abundancia de habla espontánea); van tomando conciencia de los aspectos sociales de una conversación (respeto de turnos, roles, ...).

Entre los tres y los cuatro años: intentan utilizar frases claras, bien construidas y adaptadas a los oyentes; tienden a utilizar respuestas más elípticas (son las respuestas que omiten información que ya está dada) como, por ejemplo:

Respuesta no elíptica: me llamo Pedro

Respuesta elíptica: Pedro

En esta etapa también van tomando cada vez más conciencia de los aspectos sociales de una conversación, como por ejemplo ponerme en la perspectiva del otro, ser capaces de respetar turnos, de mantener durante más tiempo un tema, de seguir las reglas de cortesía (por favor, gracias, ...).

Hacia los cuatro años adoptan cierta forma de “mamás” cuando se dirigen a los bebés (“baby-talk” o habla infantilizada); producen el doble de emisiones afectivas que a los tres años, antes eran más físicas; les encanta discutir sobre sentimientos y emociones.

Como conclusión podemos decir que, durante el período de la educación infantil, el 60% de los intercambios entre el niño y su interlocutor se caracteriza por el intento de los niños de controlar la conducta (ven, toma) o de obtener información de su interlocutor. Los niños utilizan más que las niñas la palabra “no” y, el intercambio de información se convierte en la función más importante durante esta etapa. A los cuatro años supone el 40% de los intercambios comunicativos.

A los cuatro años pueden adoptar distintos papeles sobre todo jugando; estos papeles exigen diferentes estilos lingüísticos que se denominan registros; adoptan un lenguaje para ese papel, dependiendo del entorno, de las vivencias, de la edad...

La habilidad para adoptar distintos registros depende tanto de la edad como de la experiencia. Generalmente prefieren adoptar registros correspondientes a roles familiares.

Para diferenciar unos roles de otros empiezan variando aspectos más sencillos como por ejemplo el tono y la intensidad de la voz y más tarde los temas y el vocabulario.

Se han encontrado diferencias de género: las niñas asumen más roles, hablan más y modifican más su registro para adaptarse a esos roles. En cambio, los niños son más cuidadosos a la hora de adoptar roles que se ajusten a su propio sexo.

Uno de los aspectos más interesantes de los registros son las **reglas de cortesía** que se tratan de palabras adecuadas, un tono de voz más bajo y usando peticiones indirectas.

Los niños pequeños también recurren a preguntas y peticiones contingentes o de clarificación para continuar el intercambio, pero no tanto como lo hacen los adultos, en un primer momento son expresiones no verbales.

Una cuarta parte de las peticiones contingentes de los niños de dos años tienen un carácter no verbal, como por ejemplo la expresión facial de confusión. A medida que van madurando, estas formas no verbales van disminuyendo. Son capaces de responder a las peticiones de clarificación, pero no lo hacen de manera coherente y tampoco resuelven el problema.

Un tercio de las peticiones de clarificación de los preescolares se hace de forma muy general (¿qué?, ¿eh?). No son conscientes de qué parte es la que no comprenden, solo cuando llegan a primaria serán capaces de hacer peticiones de clarificación específicas. Necesitan que se les diga de manera explícita que aclaren lo que han querido decir.

La estrategia de clarificación más frecuente consiste en la repetición del mensaje. La capacidad para clarificar la información de una manera más sistemática no se desarrollará hasta la mitad de la Educación Primaria.

Otro aspecto que debemos abordar es la introducción, el mantenimiento y la finalización del tema: el tema es el contenido de lo que se habla.

Los niños de un año de edad, tienen mucha habilidad para plantear algunos temas, siempre que se limiten a objetos y situaciones físicamente presentes. El tema puede mantenerse durante uno o dos turnos, excepto en rutinas muy establecidas que duran dos o tres.

Hacia los dos años son capaces de mantener un mismo tema durante pares de emisiones, estas emisiones siguen un patrón determinado (pregunta-respuesta).

Entre los dos y los tres años adquieren cierta habilidad para mantener un tema de forma coherente.

Hacia los tres años y medio, las tres cuartas partes de sus emisiones giran alrededor del tema preestablecido y los temas comienzan a durar más turnos.

Para mantener un tema vivo utilizan la repetición como estrategia y los temas cambian a gran velocidad, unos 50 temas en 15 minutos aproximadamente, sobre todo al principio.

La presuposición, es decir, la adaptación al conocimiento del oyente es el proceso mediante el que el hablante realiza suposiciones sobre las cosas que quizá sepa el oyente. Hay ciertas formas lingüísticas que facilitan el empleo de la presuposición: la utilización de artículos (determinados), demostrativos, pronombres y nombres propios, algunos verbos, la elección del tema, ...

Antes de los tres años no comprenden el efecto que tiene sobre el oyente no dar suficiente información.

Con tres años no suelen tener problemas para determinar la cantidad de información que necesita un oyente para participar convenientemente en la conversación; son capaces de adaptar sus respuestas a lo que ellos consideran que su interlocutor sabe o no del tema; son capaces de distinguir entre las implicaciones de usar el artículo definido o el indefinido y los errores que pueden cometer se deben a que han supuesto que el oyente sabe de lo que están hablando.

En cuanto a las directrices y peticiones, su objetivo es que los demás hagan algo a favor del hablante (pedir algo). Las peticiones pueden ser directas: se dice claramente lo que se pide, como por ejemplo “Quiero agua” o indirectas, las cuales a su vez pueden ser:

- Convencionales: el hablante supone que el oyente puede hacer esa tarea, como por ejemplo “Por favor, ¿me das agua?”
- No convencionales: no se menciona la petición de forma explícita, pero se da a entender como, por ejemplo: “Hace calor”; “Tengo la boca seca”.

A los dos años utilizan algunas palabras para llamar la atención (“¡Quiero!”, “¡Dame!”) junto con gestos y una entonación ascendente. Se utilizan muy pocas peticiones indirectas.

A los tres años pueden utilizar la palabra “por favor”, aún tiene más que ver con la petición directa que con la indirecta.

A los cuatro años y medio se produce un incremento en la utilización de peticiones indirectas y, ofrecen más explicaciones y justificaciones para sus peticiones.

En cuanto a la deixis que consiste en la capacidad de adoptar la perspectiva del otro en una conversación, tarea que para los niños no resulta nada fácil. Por ejemplo, depende de la posición

respecto al objeto (" El lápiz está allí"). El "aquí/allí" se dominan antes que "esto/eso". A los cuatro años se domina los conceptos "delante de" y "detrás de".

Una narración consiste en un flujo ininterrumpido del lenguaje cuya intención principal es captar y mantener vivo el interés del oyente. Aunque la narración y la conversación compartan muchos elementos, se diferencian en varios aspectos: diálogo/monólogo; la narración está descontextualizada; la duración y el papel del oyente son distintos y la narración refleja mejor la cultura del hablante.

En cuanto al desarrollo de las narraciones, refiriéndonos a la organización general de una narración, los niños recurren a dos estrategias para llevarla a cabo: el centrado consiste en crear vínculos hasta establecer un núcleo temático (organización auditiva, no temporal) y el encadenado es la secuencia de sucesos que comparten ciertas características y conducen directamente a otro; incluye un carácter temporal.

Hacia los cuatro años no son capaces de describir secuencias de acontecimientos con cierta precisión. Sin embargo, a los dos años sí pueden hablar de lo que les sucede organizando los acontecimientos a través de valoraciones ("no me gustó", "lloré"...) y formando montones. Entre los dos y los tres años la mayoría de las historias que cuentan son ficticias e inventadas y se organizan mediante el centrado.

En cuanto a este desarrollo en los alumnos TEA nos podemos encontrar dos situaciones: en primer lugar, que su desarrollo esté desfasado e incluso no exista comunicación. En segundo lugar, nos encontramos a los alumnos que tienen desarrollado un lenguaje oral; en estos casos esta área va a estar afectada, el uso del lenguaje; ellos tienen afectada la empatía, las habilidades sociales, entre otros aspectos, motivo por el cual necesitan de un aprendizaje más estructurado y pautado de esta área.

- Desarrollo semántico

La semántica es la parte de la lingüística que se encarga del significado de las palabras. La adquisición de la semántica en el niño hasta los seis años se caracteriza entre otras cosas por la rapidez de su adquisición (cinco palabras por día). El ajuste semántico rápido es la primera estrategia de adquisición léxica y les permite inferir en la relación palabra-referente.

A estas edades los niños aprenden las palabras como elementos aislados, aunque también pueden recurrir a dos principios para establecer el significado de las nuevas palabras que aprenden; por un lado, encontramos el principio de contraste que consiste en el aprendizaje de nuevas palabras

por el contraste de la palabra ya conocida y, por otro la convencionalidad es la relación directa entre el significado y el significante.

Las nuevas palabras se adquieren por contraste de significado con las ya conocidas, por ejemplo, vaso de metacrilato y de barro.

La adquisición de las palabras depende de numerosos factores tales como la cantidad de veces que se repite, el contexto, etc. Las primeras palabras que el niño conoce son los nombres y más adelante adquiere los verbos.

En cuanto a la adquisición de los términos relacionales vamos a abordar en primer lugar el orden en el desarrollo de las interrogativas: qué y dónde, quién y a quién, y por último cuándo, cómo y por qué. A menudo responden de manera errónea porque no conocen su significado, utilizando dos estrategias. Si han adquirido el pronombre interrogativo adecuado responden con sujeto adecuado como puede ser: “¿Cuándo vas a comer? Una galleta”; en este caso sabe que le están preguntando a él y no a otra persona.

Si no se ha adquirido todavía, responden a partir de las características del verbo. Ejemplo: “¿Quién te ha empujado? Fuerte, en la cabeza”.

Las preguntas causales son las más difíciles de contestar por la no reversibilidad de pensamiento, sólo va en una dirección.

Ejemplo: “¿Por qué has pegado? Es que yo estaba...y luego me han dicho...”

También tiene mucho interés conocer cómo tiene lugar la adquisición de los términos temporales, cuya sucesión sería: antes y después, desde y hasta y, mientras. Esta secuenciación tiene que ver con el desarrollo cognitivo ya que adquieren antes los conceptos de orden que los de duración y los últimos son los de simultaneidad. En un principio se producen como preposiciones (yo voy antes, tu después), y posteriormente como subordinadas (voy a peinarme después de lavarme las manos).

Cuando se desconoce el significado del término se interpreta primero el que antes se menciona (“Pedro come pan, después de ir a la tienda a comprarlo”).

En cuanto a las relaciones físicas se adquieren primero términos referidos al tamaño global (grande/pequeño) y después términos específicos como profundo y superficial. El orden de adquisición de las relaciones físicas es: duro/blando; grande/pequeño; alto/bajo; largo/corto; gordo/delgado; ancho/estrecho; profundo/superficial.

Aprenden los términos en forma positiva: “esto es grande/pequeño” no: “esto no es grande”.

Los términos de parentesco tienen un conocimiento muy limitado de los términos de parentesco e incluso los consideran como parte del nombre de esa persona. Hasta los diez años no se comprenderán todos los términos de parentesco.

En los niños la adquisición de los pronombres se produce de forma gradual. El orden de adquisición será: pronombres personales, pronombres posesivos y pronombres reflexivos.

En el caso de los alumnos TEA que no tienen afectado su desarrollo evolutivo, no van a tener dificultades significativas; tienen un adecuado acceso a la semántica.

- Desarrollo morfológico

En primer lugar, vamos a abordar la adquisición del morfema del plural, el cual tiene una serie de reglas para su formación:

- Se añade /es/ cuando la palabra en singular termina en consonante distinta de /s/, en vocal acentuada distinta de /e/ o en sílaba acentuada que termine en /s/.

Por ejemplo: camión -> camiones

jabalí -> jabalíes

autobús -> autobuses

- Se añade /s/ cuando la palabra en singular termina en vocal átona o en /e/ acentuada.

Por ejemplo: oso -> osos

paté -> patés

- No se añade nada cuando la palabra en singular termina en sílaba átona terminada en /s/.

Por ejemplo: la crisis -> las crisis

la dosis -> las dosis

Los niños menores de seis años utilizan como forma para formar el plural añadir /s/, aunque siempre va a depender de la familiaridad de las palabras, por ejemplo, con la palabra autobús no suelen tener problemas para formar el plural.

También conviene tratar la adquisición de aumentativos y diminutivos, los cuales se forman añadiendo un sufijo a la palabra. Los sufijos más utilizados para los aumentativos son: /on/, /ote/ y /azo/. Y para los diminutivos: /ito/, /illo/ e /ico/. A partir de los seis años los niños utilizan un nivel significativamente correcto.

Para terminar este apartado vamos a abordar la adquisición del tiempo pasado. Los niños tienden a regularizar el pasado de los verbos regulares como por ejemplo andar (andó), traer (trayó) o conducir (condució).

En el caso de los alumnos TEA sin desfase evolutivo, van a cometer los mismos errores que un alumno neurotípico hasta que adquiera las reglas de ortografía.

- Desarrollo sintáctico

En este apartado vamos a abordar en primer lugar la adquisición de los constituyentes de la estructura de una oración.

Hacia los 30 meses (dos años y medio), ya dominan la estructura “sujeto-verbo-objeto”. Los elementos que constituyen la oración son: sintagma nominal: está formado por un determinante y un nombre. Se adquiere en la adquisición con las primeras palabras. Su desarrollo evolutivo comienza con la adquisición de los primeros nombres, se aprenden de forma aislada (ejemplo: casa; perro). Hacia los dos años empiezan a utilizar el nombre de forma combinada con un determinante adecuado (ejemplo: el perro). Los niños de cuatro a once años utilizan preferentemente los determinantes de género masculino. La concordancia de número aparece más tarde que la de género.

El sintagma verbal se caracteriza por la presencia de un verbo. Los niños prefieren utilizar formas poco marcadas temporalmente, recurren fundamentalmente al presente y luego utilizarán formas de pasado y futuro. Predomina la utilización de la tercera persona del singular y, por lo que concierne al modo, predomina el indicativo.

A continuación, vamos a abordar el desarrollo de los distintos tipos de oraciones:

- Las oraciones interrogativas: los niños comienzan muy pronto a hacer preguntas recurriendo para ello a la entonación. Mc Neil (1970) identificó tres estadios en el desarrollo de las oraciones interrogativas:
 - Estadio I: en él los niños formulan sus preguntas usando la entonación (ejemplo: ¿Quieres pan?)
 - Estadio II: aparecen las partículas interrogativas, pero carecen del resto de las propiedades formales de las interrogativas (ejemplo: ¿Quieres?).
 - Estadio III: aparecen los verbos auxiliares (ejemplo: ¿Has comido?).

- Las oraciones imperativas: permiten al hablante solicitar, exigir, pedir, insistir... Es una de las funciones más prematuras y generalizadas del lenguaje que los niños utilizan de forma precoz y sin apenas errores. Existen dos explicaciones sobre esto:
 - o El lenguaje que los adultos dirigen a los niños está lleno de órdenes y peticiones.
 - o La morfología de los imperativos resulta muy simple y además tiene mucho efecto, con una palabra lo consigo.
- Las oraciones negativas: los niños entre los 10 y los 14 meses desarrollan el primer tipo de negación que es el rechazo moviendo la cabeza. Las primeras emisiones negativas aparecen entre las 50 primeras palabras mediante la expresión “no”. Las construcciones con el “no” en posición inicial son muy escasas, son más abundantes un elemento seguido de la partícula “no” como, por ejemplo: “comer, ¡no!

Los niños TEA sin desfase evolutivo, en líneas generales no presentan grandes dificultades. Hemos tener en cuenta que son pensadores visuales y por tanto la comprensión de mucha información verbal les cuesta, por ello es necesario proporcionarles apoyos visuales (pictogramas, palabras clave, ...).

- Desarrollo fonológico

Existen una serie de procesos fonológicos relativos a la estructura de la sílaba por los que cualquier niño en edad preescolar va a ir presentando, son:

- Supresión de las consonantes finales.
Ejemplo: /reló/, /usté/.
- Omisión de consonantes iniciales.
Ejemplo: /sasata/ (Fuensanta).
- Omisión de sílabas medias.
Ejemplo: /aíta/ (abuelita)
- Omisión de diptongos.
Ejemplo: /kamó/ (camión)
- Supresión de sílabas átonas.
Ejemplo: /camelo/ (caramelo)
- Reduplicación de una sílaba.
Ejemplo: /caca/ (blanca)
- Reducción de grupos consonánticos.
Ejemplo: /fo/ (flor)
- Epéntesis: consiste en introducir una vocal para sustituir la cadena silábica consonante-vocal-consonante-vocal.

Ejemplo: /tarator/ (tractor)

- Metátesis: consiste en la inversión de la secuencia de producción de la sílaba.

Ejemplo: /Mágala/ (Málaga)

- Coalescencia: es la asimilación de sonidos diferentes que dan lugar a un sonido nuevo.

Ejemplo: /cuaro/ (cuadro), /bes/ (tres).

Los niños TEA sin desfase evolutivo, en líneas generales no presentan dificultades significativas. Y en el caso de los alumnos que presentan desfase, generalmente dicho retraso no suele deberse a la no adquisición o adquisición incorrecta de los puntos de articulación.

Tabla 12. Desarrollo del lenguaje desde los 2 años hasta los 6, comienzo de la edad escolar.

EDAD	Fonología	Morfosintáctica	Léxico-semántica	Pragmática
2 – 6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Cometen errores evolutivos del tipo: omisiones, supresiones, reduplicaciones, epéntesis, metátesis y coalescencia. 	<p><u>Morfología</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación del plural, generalizan añadiendo /s/. - Adquisición de aumentativos y diminutivos con algún error. - Tienden a regularizar el pasado de los verbos regulares. <p><u>Sintáctica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeras palabras son nombres; a los dos años añaden los determinantes. - A los dos años y medio: sujeto-verbo-objeto. - Comienzan a realizar oraciones interrogativas, imperativas y negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición muy rápida (5 palabras/día) - Ajuste semántico (estrategia de adquisición léxica): les permite inferir en la relación palabra/referente. - Principios: contraste (nueva palabra la adquieren por contraste con otras ya conocidas) y convencionalidad (relación significado y signifiicante). - Adquieren los términos relacionales (interrogativas), las preguntas causales, los temporales, las relaciones físicas, los términos de parentesco y los pronombres. 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de los 3 año: incremento en la tendencia a charlar; aún tienen dificultades en conectar los turnos en una conversación. - Entre los 3/4 años: van tomando conciencia de los aspectos sociales de una conversación. Adoptan habla infantilizada cuando se dirigen a los bebés. - A los 4 años: adoptan distintos papeles/registros: reglas de cortesía. - En el desarrollo de las narraciones recurren a dos estrategias: centrado (núcleo temático) y encadenado (secuencia de sucesos). - A los 2/3 años las historias ficticias e inventadas las organizan por medio del centrado. - A los 4 años les falta precisión, pero dejan de ser ficticias.

Fuente: elaboración propia.

1.2.1.2. Desarrollo pragmático, semántico de la forma y del lenguaje a partir de la edad escolar (Educación Primaria).

A lo largo de este apartado seguiremos analizando la evolutiva que van sufriendo los niños en el periodo de las operaciones concretas, según Piaget, entre los siete y los once años en cuanto al desarrollo del lenguaje.

- Desarrollo pragmático

Durante los años escolares la evolución cognitiva y la descentración van a ir permitiendo a los niños comunicarse de una manera mucho más eficaz. Van abandonando progresivamente la etapa del egocentrismo (a partir de los cinco años), lo que les capacita para adoptar la perspectiva de otras personas.

La descentración es el proceso por el cual se pasa de descripciones rígidas y unidimensionales a descripciones más coordinadas y flexibles, lo que permite a ambos interlocutores darse cuenta de que cualquier tema puede abordarse desde diferentes perspectivas. Las descripciones que realizan los niños de cinco y seis años son de carácter muy personal; en raras ocasiones tienen en cuenta la información que dispone su oyente.

En este apartado vamos a analizar dos aspectos del uso del lenguaje: la narración y la conversación.

Las narraciones reflejan la experiencia del narrador (Sarter y Stephens, 1988). Los guiones generados por la experiencia son la base de la mayoría de las narraciones. Por su parte, la capacidad para narrar historias bien construidas influye sobre el juicio que otros pueden realizar respecto a la competencia comunicativa del hablante.

En este aspecto los niños de 5/6 años elaboran diferentes tipos de narraciones, predominando sobre todo las narraciones anecdóticas de naturaleza personal, las cuales suponen el 70% del total (Preece, 1987). Por el contrario, las historias fantásticas son relativamente escasas.

Hacia el final de la etapa de Educación Infantil (en torno a los seis años), las narraciones empiezan a mostrar cierta coherencia causal, los niños aprenden a contar historias a partir de sus experiencias y de las historias que oyen en casa. Así pues, las narraciones de los niños reflejan la cultura en la que viven (Heath, 1986).

Todas las culturas permiten a los niños escuchar y producir al menos cuatro tipos básicos de narraciones, sin embargo, la distribución, la frecuencia y el grado de elaboración de cada uno de estos tipos puede mostrar amplias variaciones. Estos cuatro géneros consisten en los recuerdos,

las descripciones, las explicaciones y las historias de ficción (Stein, 1982): los recuerdos se refieren a experiencias pasadas en las que los niños han participado, pero que también pueden haber observado o haber leído sobre ellas. Generalmente, hay un adulto que conoce esa experiencia y que va dirigiendo la descripción del niño. Las descripciones son explicaciones de algún suceso actual o futuro. Permiten a los niños observar y analizar el efecto de su lenguaje sobre los demás. Las explicaciones son narraciones espontáneas en las que los niños comparten su experiencia, aunque al contrario de lo que ocurría con los recuerdos, el oyente generalmente no conoce esa experiencia. Las historias son narraciones inventadas y pueden tener una variación casi infinita, constan de una estructura conocida y anticipada por todos.

El lenguaje se utiliza para crear la historia y el oyente juega un papel necesariamente interpretativo. El patrón más habitual consiste en que el personaje principal debe resolver algún problema o superar algún desafío.

En las culturas occidentales, el primer género narrativo que aprenden los niños de clase media son las descripciones, que suelen aparecer en situaciones cotidianas de juego y de lectura, comenzando a utilizar los términos de conexión como: porque, por lo tanto o ya que.

Las narraciones de los niños más mayores se caracterizan por los siguientes rasgos:

- Hay pocos problemas no resueltos.
- Se utilizan muy pocos detalles ajenos a la historia.
- Se proporciona información sobre la situación y los personajes.
- Se señalan de forma clara los cambios de tiempo y lugar.
- Preocupación por la motivación y las reacciones internas de los personajes.
- La estructura de los episodios es más compleja (principio-trama-desenlace-final).

Una buena comunicación se basa en el conocimiento social de los participantes, esto es, en el conocimiento de las personas, de las relaciones entre ellas y de los acontecimientos (Shantz, 1983). Los participantes en dicha comunicación deben involucrarse de manera activa, planteando y respondiendo preguntas, realizando declaraciones y réplicas de manera voluntaria y siendo sensibles a las contribuciones de los demás.

Casi desde el mismo momento en que los niños empiezan a hablar, ya son capaces de proporcionar información y de discutir sobre ciertos temas. Sin embargo, las funciones lingüísticas se amplían de manera importante cuando los niños participan en la clase del colegio. Se les pide que expliquen, expresen, describan, dirijan, informen razonen, imaginen, establezcan hipótesis, persuadan, infieran causas y predigan resultados. A su vez, estas funciones están acompañadas por un nuevo vocabulario y por nuevas formas sintácticas. Por ejemplo, las hipótesis utilizan

expresiones del tipo: si... entonces, mientras que la persuasión utiliza expresiones como si pero, por otra parte, etc.

El dominio de estas funciones se adquiere de manera gradual, y varía según la función.

La adopción de perspectivas, es decir, la capacidad para comprender y adoptar diferentes puntos de vista; se trata de una capacidad muy importante para la comunicación, y se utiliza para persuadir, tranquilizar y relacionarse diplomáticamente con los demás (Bliss, 1992). Los principales avances en la capacidad de adopción de perspectivas y la consecuente adaptación de los mensajes al interlocutor, no tienen lugar hasta la niñez media, hacia los 7 o 9 años de edad.

Los niños en edad escolar son perfectamente capaces de introducir un tema en una conversación, mantenerlo durante diversos turnos y terminarlo o cambiarlo. Estas capacidades se desarrollan de manera gradual, y contrastan de manera importante con lo que son capaces de hacer los niños de Educación Infantil.

En general, la introducción constante de nuevos temas se incrementa con la edad hasta el final de la Educación Primaria. A partir de entonces, el número de temas diferentes que se introducen en una conversación va disminuyendo, lo que otorga relevancia a la conversación. A los 8 años, los temas sobre los que discuten tienden a tener un carácter concreto, mientras que a los 11 años ya aparecen conversaciones sobre temas abstractos.

Mientras conversan con los demás, los niños van aprendiendo a relacionar oraciones mediante mecanismos que proporcionan continuidad al discurso, ya que enlazan emisiones diferentes. Se trata de las conjunciones y disyunciones verbales, que expresan la actitud del hablante hacia el contenido de la oración con la que conectan.

El desarrollo de estas conjunciones se produce de manera gradual, hacia los seis años, los niños utilizan los términos “ahora”, “entonces” y “aunque”, y muy pocas disyunciones. Hacia los doce años ya utilizan “de cualquier manera”, “por lo tanto”, “sin embargo”, además de las disyunciones “en realidad” y “probablemente”.

En cuanto a la realización de las peticiones socialmente apropiadas y adecuadas al contexto comunicativo, los niños de primaria parecen seguir dos reglas: sé breve y pícaro (Ervin-Tripp y Gordon, 1986). Es a partir de los ocho años cuando comienzan a ser más correctos y educados cuando no pertenecen al grupo de compañeros al que se están dirigiendo.

Dado que los niños de primaria son más conscientes de las necesidades de sus oyentes, intentan clarificar sus mensajes recurriendo a diversos recursos. Hasta los nueve años la estrategia

predominante es la repetición, pero a partir de entonces son capaces de detectar el origen de la dificultad comunicativa proporcionando la información necesaria que la clarifique.

La mayoría de los niños de primaria producen términos deícticos de manera correcta. Hacia los siete años son capaces de producir y comprender todos los demostrativos, si bien antes de esa edad todavía no han incorporado todos los rasgos semánticos de los demostrativos.

Los niños TEA sin desfase evolutivo, en líneas generales no presentan dificultades significativas. Y en el caso de los alumnos que presentan desfase, es posible que no lleguen a este nivel que acabamos de describir en niños neurotípicos.

- Desarrollo semántico

A partir de edad escolar, los niños van incrementando el tamaño de su vocabulario y precisando el alcance de sus significados. Progresivamente, van adquiriendo un conocimiento abstracto del significado, de manera independiente de contextos y de interpretaciones personales. En este proceso, cada individuo tiene que reorganizar los aspectos semánticos del lenguaje.

Los años escolares y posteriores suponen un período de crecimiento continuado en la comprensión de palabras, así como de las relaciones entre ellas. La mayoría de las palabras que se adquieren a partir de la etapa de primaria dependen de la lectura. Entre los siete y los once años se producen aumentos significativos en la comprensión de las relaciones temporales, familiares y lógicas.

Hacia los siete años de edad, los niños empiezan a asociar palabras de una forma diferente a como lo habían hecho hasta entonces. Las asociaciones de palabras que hacen los niños más pequeños tienen un carácter heterogéneo, en contraste con la homogeneidad de las asociaciones que hacen los niños mayores y los adultos. Este cambio se denomina sintagmático-pragmático. Una asociación sintagmática está basada en las relaciones sintácticas. Por ejemplo, la palabra chica puede provocar la respuesta corre (asociación heterogénea).

Una asociación paradigmática está basada en la clase semántica. La palabra chica podría asociarse con chico o con mujer.

Este cambio representa la mejor organización de los aspectos semánticos o también mejoras en el procesamiento cognitivo. El ritmo más rápido tiene lugar entre los cinco y los nueve años.

Los niños de primaria también desarrollan un lenguaje figurativo, lo que les permite utilizar el lenguaje de una manera auténticamente creativa. El lenguaje figurativo permite utilizar palabras en un sentido imaginativo y no literal. Los tipos básicos del lenguaje figurativo son los modismos,

metáforas, comparaciones y refranes. Los modismos son expresiones coloristas que no pueden analizarse gramaticalmente. Se adquieren mediante su uso continuado y su significado debe entresacarse a partir del contexto. Por ejemplo: estás como las maracas de Machín; tira la piedra y esconde la mano; quien se pica ajos come...

Las metáforas y las comparaciones son figuras lingüísticas que comparan entidades con una imagen descriptiva. Mientras que en una metáfora la semejanza está implícita, la comparación es explícita y recurre al término como, en Educación Infantil los niños producen muchas figuras inventadas; después de los seis años las metáforas aparecen con menos frecuencia en el habla espontánea

Los proverbios o refranes son dichos populares más o menos breves que transmiten alguna moraleja, pensamiento o advertencia. A los seis, siete y ocho años tienden a interpretar los refranes de manera literal. Su comprensión depende del conocimiento que tengan con el mundo, del contexto o de la transferencia metafórica (relación entre lo literal y lo figurado).

Los niños TEA sin desfase evolutivo, en líneas generales no presentan dificultades significativas. Y en el caso de los alumnos que presentan desfase, la semántica se desarrolla utilizando apoyos como los pictogramas, en primer lugar, fotografías de objetos reales y posteriormente más abstractos.

- Desarrollo morfológico

Aprender a utilizar una regla morfológica parte de la hipótesis de que un pequeño conjunto de palabras tiene que ser tratadas gramaticalmente de cierta manera. La primera utilización de un señalizador morfológico se basa, casi con toda seguridad, en alguna forma de memorización mecánica. Después se hará una generalización y a partir de aquí se terminará por establecer la regla (Bybee y Slobin, 1982).

Si bien, durante los años escolares se van depurando algunos sufijos, el principal desarrollo que tiene lugar en este ámbito se refiere a la adquisición de los principales prefijos de inflexión, y generalmente se utilizan para modificar la palabra básica.

Suelen utilizarse para muy pocas cosas, y están sujetos a muchas irregularidades. Por ejemplo:

- Sufijos que forman nombres:
 - -ada: cucharada.
 - -aje: sabotaje.
 - -ancia: elegancia

- Sufijos que forman adjetivos:
 - –ado: acomplexado.
 - –izo: plomizo.
 - –oso: goloso

Los niños TEA sin desfase evolutivo, en líneas generales no presentan dificultades significativas, siguen un desarrollo normalizado. Y en el caso de los alumnos que presentan desfase, depende del área que se encuentre afectada, pero las reglas morfológicas suelen presentar una cierta complejidad.

- Desarrollo sintáctico

Los años escolares se caracterizan por el descubrimiento de gran cantidad de excepciones de las reglas ya adquiridas. Los niños aprenden a ser más económicos en la utilización del lenguaje y a evitar la redundancia.

Una de las funciones principales del sintagma nominal es la de sujeto de la oración. Una característica importante del castellano, pero también del catalán, del gallego y del italiano, es que permiten la omisión del sujeto, por lo que se denominan lenguas pro-drop. De esta manera el sujeto se marca en la morfología asociada al verbo en forma de sufijo. Por otra parte, en estas lenguas el orden de los elementos es flexible, por lo que en caso de que el sujeto se mencione de manera explícita, podría situarse tanto antes del verbo como después el verbo.

Los niños también van aprendiendo a distinguir entre pronombres personales en función del sujeto, de pronombres personales que cumplen la función de objeto. Por lo que concierne a la utilización de pronombres personales como sujetos de la oración, los niños suelen recurrir con más frecuencia a la flexión que a la explicitación del sujeto para expresar el sujeto gramatical y además cometen muchos errores cuando empiezan a utilizar los pronombres.

Pero además de la función deíctica, los pronombres personales desempeñan una función anafórica, esto es, una referencia a algo que se ha dicho anteriormente. En esencia, lo que un niño tiene que aprender sobre estos elementos es que su referencia tiene un carácter variable,

La adquisición del sintagma verbal resulta más difícil que la del sintagma nominal. Muy probablemente esta dificultad está ligada a la gran variabilidad de los marcadores sintácticos de los verbos.

El verbo siempre se marca morfológicamente para transmitir información sobre el número (singular o plural), la persona (primera, segunda o tercera), el modo (indicativo, subjuntivo e

imperativo), el aspecto (imperfecto y perfecto) y el tiempo (presente, pasado y futuro). Además, hay tres conjugaciones que se distinguen por la forma en que termina el infinitivo y, por si fuera poco, cada una de ellas contiene verbos regulares e irregulares. También hay tiempos simples y tiempos compuestos; estos últimos se combinan con el auxiliar haber, que acompaña al verbo principal y es irregular. La flexión está presente en todos los casos, excepto en el infinitivo, el gerundio y el participio. Además, cada forma verbal implica una determinada organización sintáctica que se concreta en diversos tipos de estructuras, como las transitivas, las pasivas, las impersonales, etc., así como en la cantidad y el tipo de argumentos verbales que lleva asociados, y en qué funcionales gramáticas pueden ocupar.

A lo largo de los años escolares, los niños van incorporando a su discurso más tiempos verbales como el subjuntivo, el imperfecto, el futuro o el condicional. El presente y el imperativo son los tiempos verbales que más tempranamente incorporan los niños en su lenguaje espontáneo.

La comprensión de las relaciones lingüísticas que se expresan en las oraciones va mejorando durante los años escolares. Las relaciones comparativas son las más fáciles de interpretar y ya se dominan entre primero y tercero de Educación Primaria. Si bien las capacidades cognitivas que subyacen a estas relaciones comparativas están presentes durante la etapa de Educación Infantil, sin embargo, es necesario que los niños dispongan de los mecanismos lingüísticos necesarios para su expresión. Otras relaciones, como la voz pasiva, resultan más difíciles de interpretar para los niños en edad escolar.

Hasta los 5 años y medio no logran comprender las oraciones pasivas; antes de esa edad recurren a estrategias no lingüísticas como el análisis del contexto. En ocasiones, los niños también se basan en los verbos para interpretar la voz pasiva. La auténtica comprensión de esta forma gramatical está relacionada con la capacidad que permite considerar un suceso desde la perspectiva de otra persona.

La utilización de la voz pasiva está muy relacionada con las actividades escolares. Así, aproximadamente el 80% de los niños de ocho años son capaces de producir oraciones pasivas, aunque algunas formas no aparecerán hasta los once años de edad.

Las oraciones pasivas pueden ser de tres tipos: reversibles, instrumentales, no reversibles y de agente no reversibles. El tipo reversible es aquel en el que cualquier nombre puede actuar como actor o como objeto. En el tipo irreversible, los nombres no pueden intercambiarse. Los dos tipos

Los niños TEA sin desfase evolutivo, en líneas generales no presentan dificultades significativas. Y en el caso de los alumnos que presentan desfase, no todos lograrán realizar estructuras gramaticales tan complejas, ya que suelen comunicarse con una holofrase, en la cual utilizan una palabra como frase.

de pasivas irreversibles incluyen uno en el que el sujeto es un instrumento y en el otro en el que el sujeto es un agente.

- Desarrollo fonológico

Los niños han completado su almacén fonético al comenzar la etapa de Educación Primaria, si bien los sonidos de algunas palabras especialmente largas o complicadas pueden continuar provocando dificultades. En cualquier caso, la adquisición de los sonidos sólo supone uno de los aspectos de la competencia fonológica de los niños.

Hacia los cinco o seis años, los niños ponen de manifiesto una incipiente conciencia metafonológica, o conocimiento consciente de la fonología, muy directamente relacionada con la capacidad para leer y escribir. A partir de entonces, empiezan a ser conscientes de las diferencias que suponen cambios en ciertos sonidos, así como de la estructura fonológica de las palabras. Este conocimiento se refleja en su capacidad para detectar y para producir rimas, y desde luego resulta esencial para el aprendizaje de la lengua escrita. A su vez, la conciencia fonológica resulta evidentemente estimulada por todas aquellas actividades de aprendizaje de la lectura y la escritura, de manera que el desarrollo metafonológico y el aprendizaje de la lengua escrita se refuerzan mutuamente. De hecho, la relación entre ambos procesos se pone de manifiesto en la elevada correlación entre la presencia de dificultades en la lectura y las dificultades en tareas de conciencia fonológica.

Los niños TEA sin desfase evolutivo, en líneas generales no presentan dificultades significativas para completar la correcta adquisición de los puntos de articulación. Y en el caso de los alumnos que presentan desfase, generalmente dicho retraso no suele deberse a la no adquisición o adquisición incorrecta de los puntos de articulación. Con ellos se debe trabajar la articulación de manera práctica, no con la repetición de praxias, sino de palabras significativas y asociando palabra-objeto. Y es frecuente que tengan los puntos de articulación y emitan perfectamente palabras, pero no estén contextualizadas o no tengan la necesidad de comunicar.

- Capacidades metalingüísticas

Las capacidades metalingüísticas permiten al usuario de una lengua reflexionar sobre la misma, de manera independiente de su comprensión y su producción. Esto permite considerar el lenguaje como un objeto descontextualizado (Van Kleeck, 1982). Son estas “intuiciones lingüísticas” las que nos permiten tomar decisiones sobre la aceptabilidad gramatical de una oración. De esta manera, los niños llegan a considerar el lenguaje como otro objeto de análisis y observación y

utilizarlo para describir el propio lenguaje. Esta capacidad se desarrolla progresivamente durante los años escolares.

Si bien las capacidades metalingüísticas aparecen durante los años de Educación Infantil, su comprensión plena no tiene lugar hasta los siete u ocho años. Hasta entonces, los niños habían considerado el lenguaje fundamentalmente como un medio de comunicación, pero no se habían parado a analizar la forma en que funciona.

Después de los siete u ocho años, la descentración cognitiva permite a los niños procesar simultáneamente dos aspectos del lenguaje: su significado y su corrección lingüística.

Por su parte, los alumnos de Educación Infantil tienden a realizar juicios sobre la aceptabilidad de una oración a partir del contenido, pero no en función de su estructura gramatical. Ya en la escuela infantil, los niños empiezan a diferenciar lo que se dice, de la forma en que se dice, a separar las palabras de sus referentes y a darse cuenta de la estructura de las frases. Pero incluso así, los niños en edad escolar todavía se basan más en la semántica que en la gramática para evaluar la corrección del lenguaje.

La capacidad para detectar errores sintácticos es lo primero que se desarrolla. Los niños en edad escolar van aprendiendo a evaluar la aceptabilidad gramatical de las oraciones y son capaces de corregirlas.

Las capacidades metalingüísticas suelen aparecer una vez que los niños ya dominan una forma lingüística. Así pues, es posible que los niños que empiezan la escuela sean conscientes a un nivel metalingüístico de las formas gramaticales que han estado utilizando durante los años preescolares.

Este conocimiento resulta esencial en relación con los cambios en la organización semántica. La conciencia morfológica de la raíz de las palabras y de sus formas derivadas resulta fundamental para establecer redes de asociación; dichas redes están construidas a partir de palabras muy similares, y la activación de una de ellas facilita el acceso a las demás.

Por otra parte, las capacidades metalingüísticas se basan en el desarrollo de todos los aspectos lingüísticos. A medida que los niños disponen de más capacidades semánticas y estructurales, se van liberando del contexto lingüístico inmediato, por lo que ya pueden atender a la manera en que se comunica el mensaje. Por lo demás, el desarrollo de la capacidad metalingüística, también está relacionado con la utilización del lenguaje, el desarrollo cognitivo, la habilidad lectora, el éxito académico, la inteligencia, la estimulación ambiental y el juego.

Tabla 13. Desarrollo del lenguaje en la edad escolar, entre los 7 y los 11 años.

PRODUCCIÓN				COMPRENSIÓN
Fonología	Morfosintáctica	Léxico-semántica	Pragmática	
<ul style="list-style-type: none"> - Completan el almacén fonético. - Desarrollo conciencia metafonológica (conocimiento consciente de la fonología). 	<ul style="list-style-type: none"> - Depuran la generalización del uso de los sufijos. - Adquisición de los principales prefijos de inflexión. - Adquisición del sintagma verbal (uso de más tiempos verbales)- voz pasiva incluida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento significativo de vocabulario. - Comprensión de relaciones temporales, familiares y lógicas. - Lenguaje figurativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descentración. - Desaparición del egocentrismo. - Descripciones rígidas y unidimensionales -> descripciones más coordinadas y flexibles. - Narraciones anecdóticas. - Conversaciones más fluidas, más temas y más abstractos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora el conocimiento social de las personas con las que se comunica. - Desarrollo de la capacidad de adoptar distintas perspectivas. - Realización de peticiones socialmente adecuadas. - Atienden a “como” se comunica el mensaje.

Fuente: elaboración propia.

1.2.2. Alteraciones en el desarrollo comunicativo-lingüístico

Una cuestión admitida de manera general es que los niños con autismo manifiestan alteraciones más o menos graves en su desarrollo comunicativo-lingüístico, en muchos casos desde el nacimiento. La característica principal del lenguaje es la gran variabilidad intergrupala que existe debido al coeficiente de inteligencia, al inicio de la alteración o a las anomalías neurológicas asociadas entre otras causas posibles.

Según Kanner (1943) (*Autistic disturbances of affective contact*), el niño con autismo nace presentando una incapacidad innata para el contacto con los demás; en un primer momento describió su conducta como “fría”. Además, destacó en su artículo que estas personas presentan comportamientos repetitivos (estereotipias) en los que mostraban su carácter introvertido, rayando lo antisocial, con importantes problemas de lenguaje.

Bettelheim, publicó en 1967 *The empty fortress*, en el cual popularizó la “falsa” teoría de la frialdad afectiva. Según este escritor, los niños con autismo parecían “congelados”, interpretando de este modo el origen erróneo del autismo.

Sintomáticamente hablando, los padres en un primer momento no suelen dar demasiada importancia a las diferencias en la comunicación preverbal. Por ejemplo, a los 3 meses un bebé neurotípico es capaz de seguir visualmente un objeto, mirar al adulto, sonreír a la madre..., el

niño con autismo no suele responder a estos gestos, no hay interacción con el adulto. Tampoco se observa anticipación, no llama la atención de sus padres. A los 9 meses tampoco se observan formatos de relación con los adultos, no aparece la atención conjunta ni conductas de anticipación.

Los protoimperativos aparecen mucho más tarde, hacia los dos años y los protodeclarativos no aparecen nunca, pues estos niños no tienen atención conjunta (no aparecen gestos de señalar que indican la capacidad de comunicarse).

Tampoco aparece la permanencia de objeto (que es un requisito para la función simbólica, y para el lenguaje oral). Empiezan a hablar más tarde y en la mayoría de los casos no es un habla funcional (no hay funcionalidad comunicativa). Por tanto, tienen dificultades para el lenguaje oral, para el juego simulado, para imitar...

Puede que hablen, pero no tienen lenguaje intencional (puesto que no han adquirido los protodeclarativos ni la función simbólica, no tienen la capacidad de ponerse en el lugar del otro-teoría de la mente, etc.), no es un problema de lenguaje sino de comunicación, no tienen interés por comunicarse.

Según Rutter y Schopler (1987), el lenguaje de una persona con autismo presenta todas o casi todas las siguientes características: retraso o ausencia total en el desarrollo del lenguaje hablado, no compensado con gestos; dificultad a la hora de responder a las comunicaciones de los otros; dificultad a la hora de iniciar o sostener intercambios conversacionales en los que hay cambios de conversación y exigencia de responder a las comunicaciones de otras personas; uso estereotipado y repetitivo del lenguaje (ecolalias); uso del "tú" en lugar del "yo" (inversión pronominal); uso idiosincrático de palabras (utilizar expresiones excesivamente correctas, pedantes); deficiencias en el tono, énfasis, velocidad, ritmo y entonación del habla (tono inflexible, sin acentuaciones, tono muy alto o muy bajo velocidad muy rápida o muy lenta, etc.).

Por otra parte, en 1988, otros autores como Bryson, Clark y Smith abordan las características del desarrollo de la comunicación y el lenguaje de los niños con autismo en función de la clasificación establecida sobre el trastorno autista:

* NIVEL INFERIOR (Síndrome de Kanner o clásico): los sujetos presentan un mutismo tonal o funcional en el 60 - 70% de los casos, deficiencias de comprensión no sólo del lenguaje sino de las formas simbólicas en general, sólo entienden mensajes claros y cortos, son muy literales y suele haber una ausencia o seria deficiencia de pautas protodeclarativas.

* NIVEL MEDIO: sus emisiones son breves, tienen un funcionamiento restringido a los fines imperativos (sin comunicación intencional), se limitan en muchos casos a palabras sueltas o emisiones ecológicas, las cuales no siempre tienen un fin comunicativo.

* NIVEL SUPERIOR: las personas con autismo que desarrollan algún tipo de lenguaje suele estar morfosintácticamente bien estructurado, aunque es muy literal y con dificultades en la fluidez de la conversación. Es frecuente que haya anomalías y alteraciones pragmáticas, dificultades en la comprensión de los aspectos intencionales de las emisiones, debido a que entienden literalmente lo que se dice. Las pautas de conversación suelen ser extremadamente limitadas (se limitan a contestar sin respetar turnos...) y es frecuente que no realicen narraciones espontáneas, tiende a describir sin implicarse de manera personal; ausencia de frases de contenido abstracto y de verbos mentales (pensar, creer, sentir...) e inversión pronominal. Es muy frecuente que exista alguna perturbación en la prosodia (volumen, ritmo, etc.).

Por tanto, las personas con autismo tienen alteraciones lingüísticas a nivel formal y semántico, pero sobre todo pragmático al no ponerse en el lugar del otro, no se ajustan a las necesidades del interlocutor, hacen un uso inadecuado de los roles hablante/oyente y de los turnos conversacionales, evitan el contacto ocular para regular los intercambios conversacionales, no utilizan verbos mentales (pensar, saber, creer, etc.), y las funciones declarativas que utilizan son escasas, etc.

Otros autores más contemporáneos son Gallardo y Gallego (2003) quienes estudiaron las alteraciones del lenguaje en el niño con autismo y Baron Cohen (1999).

Dicho estudio lo llevaron a cabo desde una triple perspectiva: la primera que encontramos son las alteraciones del lenguaje gestual y mímico: la persona con autismo tiene un lenguaje gestual muy limitado, no saben expresarse mímicamente de hecho, autores como Wing y Everard (1989) afirman que no utilizan los gestos como sustitutos del lenguaje (a diferencia de personas con RM o sordos, etc.).

La segunda hace referencia a las alteraciones del lenguaje productivo: algunos no adquieren el lenguaje oral, aunque otros llegan a utilizar un lenguaje muy característico caracterizado por la ecolalia, las alteraciones articulatorias, trastornos en los elementos prosódicos del habla, retraso en el desarrollo sintáctico, importantes alteraciones pragmáticas etc.

Y en la tercera perspectiva hacen referencia a las alteraciones del lenguaje comprensivo: la mayoría de los niños con autismo no muestran interés por el lenguaje, muestran respuestas contradictorias, confusiones de interpretación, y en definitiva incapacidad para dominar el lenguaje como instrumento de comunicación.

En 1999, Cohen se centró en las implicaciones que tiene para el niño un déficit en el desarrollo de la Teoría de la Mente destacando:

- Falta de sensibilidad hacia los sentimientos de los demás.
- Incapacidad para tener en cuenta la información que los demás saben.
- Incapacidad para detectar el grado de interés que una persona muestra por lo está diciendo.
- Dificultades para detectar la ironía o el sentido figurado.
- Incapacidad para anticipar lo que otras personas pueden pensar sobre sus conductas.
- Incapacidad para tomar cuenta de los malentendidos.
- Incapacidad para comprender el engaño y para engañar.
- Incapacidad para comprender las razones que llevan a las personas a realizar un determinado comportamiento.

Todos estos déficits van a dificultar notablemente la adaptación del niño a su entorno, por lo que es de suma importancia dotar al niño de herramientas que le permitan desenvolverse en su entorno de la forma más adaptativa posible.

En la realización de los cuadros que hemos ido incluyendo al final de cada aspecto del lenguaje haciendo mención al desarrollo en niños con autismo, se ha tenido en cuenta el desarrollo de niños escolarizados en aulas preferentes TEA. A continuación, recogemos esa evolutiva en un cuadro-síntesis para su mejor comprensión. Debemos tener en cuenta que nunca vamos a encontrar dos personas con TEA con desarrollos idénticos, cada persona es única y la afectación del trastorno igual, por tanto, debemos personalizar y tratar de manera individual a cada uno de nuestros alumnos.

Tabla 14. Desarrollo del lenguaje en alumnos TEA en la edad escolar.

EDAD	PRODUCCIÓN				COMPRENSIÓN
	Fonología	Morfosintáctica	Léxico-semántica	Pragmática	
0-24 MESES	En esta etapa el niño neurotípico va a ir adquiriendo de manera progresiva los sonidos del habla, cometiendo errores frecuentes; su vocabulario aumenta muy rápidamente (entre 200-250 palabras al final de este periodo). Comienza el uso social del lenguaje (peticiones, imitaciones, ...).				
	El desarrollo de un niño/a con TEA va a comenzar a despuntar, pueden darse dos situaciones, bien que no exista ningún desfase en el desarrollo evolutivo, comenzando a aparecer una prosodia peculiar propia o bien, comienza a aparecer un desfase debido a que no comienzan a emitir y no reaccionan a estímulos externos. Existe un falso mito por el cual algunas familias relacionan el autismo con la vacuna de los 18 meses; esto es debido a que se produce un momento de no evolución del desarrollo neurotípico, dándose en algunos casos regresiones (retrocesos).				
2-3 AÑOS	Comienzan a interiorizar la formación del plural, a adquirir los aumentativos y diminutivos, a regularizar el pasado de los verbos regulares, comienzan a incluir los determinantes en sus emisiones (determinante+ nombre). Sus historias son ficticias e inventadas.				
	En los alumnos TEA podemos encontrar dos situaciones, en primer lugar, que su desarrollo este desfasado e incluso no exista comunicación. En segundo lugar, nos encontramos a los alumnos que tienen desarrollado un lenguaje oral, en estos casos esta área va a estar afectada, el uso del lenguaje; ellos tienen afectada la empatía, las habilidades sociales, entre otros aspectos, motivo por el cual necesitan de un aprendizaje más estructurado y pautado de esta área.				
3-6 AÑOS	Sus emisiones comienzan a tener estructura sujeto-verbo-objeto, empiezan a usar oraciones interrogativas, imperativas y negativas Comienzan a tomar conciencia de los aspectos sociales de una conversación, adoptan distintos registros y adquieren las reglas de cortesía. Sus historias evolucionan dejando de ser inventadas aunque les falta precisión.				
	Niños TEA que tiene afectado su desarrollo evolutivo, tienen un desarrollo adecuado.	Niños TEA que tiene afectado su desarrollo evolutivo, van a cometer los mismos errores que un alumno neurotípico hasta que adquiera las reglas ortográficas.	Niños TEA que tiene afectado su desarrollo evolutivo, tienen un desarrollo adecuado.	Prosodia peculiar.	Debemos tener en cuenta que son pensadores visuales y por tanto la comprensión de mucha información verbal les cuesta, por ello es necesario proporcionarles apoyos visuales (pictogramas, palabras clave,...).
7-11 AÑOS	Los niños neurotípicos completan el almacén fonético y comienzan a ser conscientes de la fonología (conciencia metafonológica)	Depuran la generalización del uso de los sufijos; adquisición de los prefijos de inflexión y del sintagma verbal.	Aumento significativo del vocabulario; comprensión de relaciones temporales, familiares y lógicas; lenguaje figurativo.	Descentración; desaparece el egocentrismo; descripciones más coordinadas y flexibles; narraciones anecdóticas y conversaciones más fluidas.	Aumento conocimiento social; desarrollo de distintas perspectivas; peticiones socialmente adecuadas y atienden al “como” se comunica.
	Los niños sin desfase siguen los patrones neurotípicos, a excepción de TEA con otros trastornos asociados.	Los niños sin desfase no presentan dificultades significativas; en el caso de presentar desfase, depende del área que se encuentre afectada, pero las reglas morfológicas y las estructuras gramaticales suelen presentar una cierta complejidad, ya que suelen comunicarse con holofrases (utilizan una palabra como frase).	Los niños sin desfase no presentan dificultades significativas; en el caso de presentar desfase, la semántica se desarrolla utilizando apoyos como los pictogramas, en primer lugar, con fotografías de objetos reales y, posteriormente más abstractos.	Los niños TEA sin desfase suelen tener un tema/obsesión no suelen vivir la etapa de descentración y de igual modo tienden a ni abandonar el egocentrismo. Sus conversaciones y narraciones evolucionan igual que las del resto, tendiendo a ser más coordinadas, flexibles, fluidas y anecdóticas. Este aspecto suele ser el que se encuentra más afectado y por tanto necesitan mayor aprendizaje, ya que es la parte más social, el uso del lenguaje.	Como en etapas inferiores al ser pensadores muchos de ellos van a necesitar apoyos visuales sencillos en sus rutinas diarias, un lenguaje sencillo sin frases muy extensas y en las interacciones sociales van a necesitar entrenamiento en capacidades como la empatía, las peticiones sociales, el “como” se comunica el mensaje.

Fuente: elaboración propia.

1.3. Inclusión

El lenguaje surge como intención de comunicarnos con los demás. Es en la familia y en la escuela donde el niño o niña adquiere ese lenguaje de forma natural durante los primeros años de su vida, a través de numerosas interacciones que tienen lugar en ambos espacios. ¿Pero qué ocurre cuando empiezan a aparecer signos de alerta ante posibles dificultades en el desarrollo? A medida que el niño va evolucionando cronológicamente es cuando comienzan a ser visibles dificultades o evoluciones más lentas.

Así, surge necesariamente el concepto de dificultad o discapacidad, el cual, lógicamente, ha ido evolucionando con el tiempo y ha dejado de ser un problema del sujeto que afecta a sus capacidades, se ha extendido la práctica de un tratamiento más educativo e integrador hasta llegar a la concepción actual de intervención inclusiva.

1.3.1. ¿Qué entendemos por inclusión? Etiología del término

La legislación española con relación a la educación inclusiva ha experimentado un progresivo enriquecimiento a partir de la promulgación, en 1985, del Real Decreto, 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial, momento en que se empezó a plantear la integración de niños con discapacidad en centros ordinarios. Partiendo de esta normativa, en nuestro país se han logrado importantes logros como la escolarización de todas las personas en un único sistema, el incremento de equipos psicopedagógicos y la ampliación de centros y recursos para atender debidamente a los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE).

La promulgación del Real Decreto, 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial podemos decir que es el comienzo de un largo proceso en busca de la educación inclusiva, ya que en él se concibió la Educación Especial como un proceso paralelo al sistema educativo ordinario.

Ese mismo año, la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, de reguladora del Derecho a la Educación. (LODE, 1985), planteó la necesidad de escolarizar en centros ordinarios a todos aquellos alumnos con “*deficiencias psíquicas y sensoriales*” a través de apoyos individuales específicos. Solamente se recurrirá a la Educación Especial en aquellos casos en los que las características del alumno no hacen posible su inserción en el sistema educativo convencional.

Fue a partir de la década de 1990 cuando se produce en todo el mundo un gran movimiento por impulsar la inclusión o integración total, como nos recuerda Gento (2010).

La evolución hacia una nueva visión del tema ha estado directamente relacionada con la promulgación de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), que apostó por formas de trabajo más cooperativas y participativas en las que se favorecía la coordinación de todos los agentes educativos. En ella se introdujo por primera vez el concepto de necesidades educativas especiales (N.E.E.) para referirse a aquellos alumnos que, llevando una escolarización ordinaria precisan de apoyos específicos además de una adaptación curricular para poder superar sus dificultades (de desarrollo o de aprendizaje).

Este modelo de intervención resultaba básicamente integrador, el cual estaba caracterizado por incorporar por primera vez a los alumnos con algún tipo de discapacidad a los centros ordinarios. Se comienza a dar importancia a que los alumnos con dificultades del lenguaje puedan acceder también al currículo de la educación. Para ello aparece la figura del maestro de Audición y Lenguaje como el encargado de dar respuesta a las necesidades de los niños y de asesorar a los profesores en las adaptaciones curriculares de esta área específica (el lenguaje). La metodología que se llevaba a cabo consistía en que el especialista saca del aula ordinaria a los alumnos para trabajar los aspectos en los que presentan dificultades, en agrupamientos tanto individuales como en pequeños grupos; se crean las aulas de apoyo.

A pesar de todas estas iniciativas, este modelo no llegó a ser del todo efectivo. En primer lugar, porque los contenidos que se trabajaban en las sesiones no están relacionados con los aspectos del currículo que se trabajan en el aula; el especialista se centraba en trabajar los aspectos del lenguaje. Y, en segundo lugar, porque los contenidos aprendidos en las sesiones en el aula de apoyo no se generalizaban a otros contextos (lo mismo escolares como en la familia), con lo que no se favorecía la generación de aprendizajes significativos y por tanto útiles para los niños.

La UNESCO (1994), en la Declaración de Salamanca, definió la educación inclusiva en su documento conceptual del siguiente modo: *“La inclusión se ve como el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión en la educación. Involucra cambios y modificaciones en contenidos, aproximaciones, estructuras y estrategias, con una visión común que incluye a todos los niño/as del rango de edad apropiado y la convicción de que es la responsabilidad del sistema regular, educar a todos los niño/as”*. Este modelo de educación aboga por una educación personalizada a nuestros alumnos, teniendo en cuenta sus necesidades y debe ser el sistema quien se adapte no ellos.

Hemos de identificar con claridad este término de la integración, que es definido por la UNESCO (2007) en una de sus guías publicadas (Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación) como: *los estudiantes considerados como alumnos con “necesidades educativas especiales” se sitúan en entornos de educación general con algunas adaptaciones y recursos, pero a condición de que puedan encajar en las estructuras y marcos de referencia preexistentes y en un entorno inalterado.*

Para Serra (2000), *la inclusión es la aceptación implícita de la diversidad, como variable positiva y enriquecedora del grupo que crea sus propias relaciones dentro de un entorno multidimensional. Considera que el concepto de inclusión se configura como un objetivo y como un proceso.*

Una idea que la legislación ha parecido ya integrar en su articulado, como lo demuestra la promulgación de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), centrándose en el compromiso social de los centros de llevar a cabo una escolarización sin exclusiones, dando respuesta a los principios de calidad y equidad (García Llamas, 2008).

Con esta misma perspectiva, Ainscow et al. (2006) *destacan la confluencia de tres elementos (presencia, aprendizaje y participación) en la noción de inclusión, a la que consideran como un proceso de mejora sistemático que deben afrontar las administraciones educativas y los centros escolares para intentar eliminar las barreras de distinto tipo que limitan la presencia, el aprendizaje y la participación del alumno en la vida de los centros en que están escolarizados.*

Hemos de señalar que el término de inclusión no se limita al ámbito de la educación, sino que se refiere a todos los ámbitos de la vida, como aporta Dueñas (2010). *Entre las características que tienden a mostrar las escuelas y aulas inclusivas están las siguientes: planteamientos educativos amplios, énfasis al sentido de comunidad y pertenencia, servicios basados más en la necesidad que en el emplazamiento y apoyos en el aula ordinaria, principio de proporciones naturales, enseñanza adaptada al alumno, estrategias instructivas reforzadas y estándares y resultados derivados de los que son esperados para los estudiantes en general.* En la integración son los sujetos quienes se adaptan al sistema, en cambio un sistema educativo inclusivo atiende a las dificultades individuales adaptándose a sus necesidades.

De modo más reciente encontramos que la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) constataba que la atención a la diversidad debía enmarcarse bajo el principio de equidad, garantizando la igualdad de oportunidades para el íntegro desarrollo de la personalidad a través de la educación. Una idea que permanece en prácticamente la mayoría de los sistemas educativos actuales, los cuales apuestan por la atención a la diversidad como un proceso innegociable que garantice la atención específica que requiera todo el alumnado

optimizando el principio de equidad (Arnaiz y Guirao, 2015). Pero, ¿esto es una realidad? Actualmente son numerosos los centros que apuestan por ello, quedando pendiente una larga travesía por recorrer.

En este sentido Fernández Sarmiento (2015) señala que: *“Desde nuestro punto de vista, varios son los inconvenientes con los que tropieza esta práctica: la larga duración de los tratamientos, la ineficacia de los aprendizajes repetitivos y el papel pasivo del alumno ante el aprendizaje. Pero, sobre todo, la desconexión de los contenidos que se programan respecto a su utilidad en la vida diaria. Este hecho ha contribuido a los bajos niveles de generalización de los aprendizajes”*.

Como afirman Caballero y Escarbajal (2020), la inclusión educativa es un término que se ha incorporado rápidamente en los discursos políticos y en las leyes educativas. Se trata de uno de los temas más comentados y tratados en los contextos educativos actuales adquiriendo una especial relevancia. ¿Pero es una realidad en nuestras aulas?

Según la investigación llevada a cabo por Echenita et al (2008), «el proceso de inclusión educativa debe ampliarse y mejorarse de forma que llegue a más alumnos y abarque todas las etapas educativas». En las conclusiones de dicha investigación nos aportan varias ideas muy importantes: En cuanto al dilema de las diferencias, “sabemos que las alternativas que han primado han sido la separación escolar de este alumnado, en centros o aulas especiales, con la vista puesta en atender mejor sus necesidades específicas; han tenido para ellos como resultado, globalmente hablando, la estigmatización de su identidad, así como altos niveles de devaluación rechazo y falta de oportunidades. Pero, por otro, los procesos de inclusión que en estos últimos treinta años se han impulsado en tantos países, no generan los niveles de aprendizaje y participación que todos esperábamos, al menos, no en todas las etapas educativas ni en todas las situaciones de discapacidad”. “A tenor de lo que este estudio permite deducir, es evidente que el proceso de innovación y mejora hacia centros con mayor capacidad para responder a este dilema de las diferencias, en lo que ello supone de transformación de las barreras para el aprendizaje y la participación en prácticas y culturas más inclusivas no es rápido ni lineal, sino más bien lo contrario y, en ocasiones, también son procesos fallidos que como reacción pueden producir incluso cierto grado de involución.”

Llevar a cabo estos procesos de inclusión con alumnos que presentan necesidades educativas especiales está fuertemente relacionado con el contexto en el que se desarrolla.

“¿Deberíamos entonces recalibrar los procesos de inclusión, limitándolos a ciertos grupos de alumnos, sólo en algunas etapas o sólo con determinados recursos o condiciones escolares? En estos casos difíciles y en reconocimiento del equilibrio inclusivo al que están sujetos los centros escolares (a veces muy precario) ¿no serían aceptables opciones de escolarización más

diferenciadas (aunque ello conlleve cierta segregación) y reforzar más adelante su inclusión social y laboral, con proyectos e iniciativas de las que han venido en llamarse de «segunda oportunidad». Pero de hacerlo, ¿no conduciría ello a un mantenimiento del statu quo existente y a la relajación de las políticas educativas dirigidas precisamente a tratar de remover las barreras existentes? Esta situación ¿no haría a la larga sino disminuir la capacidad del sistema para mejorar su capacidad de respuesta ante el dilema de las diferencias?»

Para ello resulta imprescindible crear las condiciones que permitan enfrentarnos a la complejidad del proceso de tomar las mejores decisiones posibles. Un proceso, por otra parte, que ha de verse menos monolítica o dicotómicamente (inclusión si o no, todo o nada) y más diferencialmente, tomando precisamente en consideración sus distintas variables y el valor diferencial que cada una de ellas puede tener para cada alumno o grupo de alumnos en particular y en cada etapa evolutiva concreta.

Habiendo analizado el proceso de la inclusión, dicho cambio requiere un desafío para los docentes, que en numerosos casos no tienen los conocimientos para llevarla a cabo. Tal y como afirma Infante (2010), *es necesaria la formación de un profesional que lidere las acciones educativas relacionadas con la diversidad desde la inclusión. Este sujeto no sólo debe concentrarse en la elaboración de herramientas técnicas que le permitan eliminar las barreras de acceso y participación de ciertos estudiantes a la educación sino analizar críticamente los propios sistemas de inclusión/exclusión y las representaciones y supuestos culturales adscritos a los diferentes marcadores de la subjetividad que pueden repercutir en acciones de discriminación y opresión social. Del mismo modo, requiere que la formación en inclusión educativa considere los aportes de otras disciplinas y no sólo de la educación especial. La diversidad existente en cuanto a participantes del proceso educativo implica considerar el aprendizaje y la enseñanza desde distintas miradas que abordan ámbitos sociales y culturales más amplios y que requieren de una formación interdisciplinar. Finalmente, la formación docente requiere un mirar contextualizado del fenómeno educativo, donde la producción y uso del conocimiento es delimitada por posiciones geográficas, históricas y culturales del sujeto.*

Pero, además del reto de la formación, los docentes debemos cambiar nuestra actitud y nuestros prejuicios; entendiendo por actitud un conjunto de percepciones, creencias, sentimientos a favor o en contra y formas de reaccionar ante la postura educativa que centra su esfuerzo en el logro de los aprendizajes de todos los estudiantes (Granada et al, 2013). Debemos reconocer los propios prejuicios ya que, si éstos persisten e influyen en los jóvenes, en vez de paliar el problema, lo agrava (Huete, 2016).

Por todo esto, puedo afirmar que nuestro sistema educativo se dirige hacia la inclusión y que gracias a algunas iniciativas comienza a haber experiencias inclusivas, pero no se trata de una realidad generalizada en los centros educativos. Para hacerlo... Este nuevo modelo de sistema educativo precisa de cambios sistémicos y profundos en materia de resultados escolares más justos y democráticos, que igual que se contempla la adaptación del currículo a las necesidades de los alumnos (adaptaciones curriculares significativas o no), llevando a cabo metodologías más específicas, se adapten también los procesos de evaluación siendo flexibles en formato, tiempos y recursos, en definitiva adaptando el proceso de enseñanza-aprendizaje a las necesidades de nuestros alumnos. También como hemos afirmado anteriormente se precisa de cambios en los propios centros y docentes incluyentes, así como políticas y formas de gobierno escolar que garanticen como se debe una participación efectiva de todos en el derecho a la educación.

Con la promulgación de la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE), en el artículo 74: *“La escolarización del alumnado que presenta necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, pudiendo introducirse medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas, cuando se considere necesario. La escolarización de este alumnado en unidades o centros de educación especial, que podrá extenderse hasta los veintiún años, sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios”*.

“La identificación y valoración de las necesidades educativas de este alumnado se realizará, lo más tempranamente posible, por profesionales especialistas y en los términos que determinen las Administraciones educativas. En este proceso serán preceptivamente oídos e informados los padres, madres o tutores legales del alumnado. Las Administraciones educativas regularán los procedimientos que permitan resolver las discrepancias que puedan surgir, siempre teniendo en cuenta el interés superior del menor y la voluntad de las familias que muestren su preferencia por el régimen más inclusivo”.

La LOMLOE va encaminada a permitir las adaptaciones que sean necesarias tanto metodológicas como curriculares para que sea el currículo quien se adapte a las necesidades educativas que puedan presentar este tipo de alumnado con necesidades educativas especiales (ACNEE), impulsando la detección precoz, la atención temprana y la educación inclusiva.

A lo largo del desarrollo de la humanidad las ideas sobre las personas con discapacidad se han ido modificando muy sustancialmente. Así encontramos según Amate (2006) que, en 1974, la

UNESCO planteó que el proceso de rehabilitación transita por cinco etapas, que se interrelacionan con el grado de desarrollo y el estado socioeconómico de los pueblos:

- 1) *Etapa filantrópica. La idea predominante es la enfermedad y se habla de invalidez, considerada como una característica constante del individuo.*
- 2) *Etapa de asistencia social. Se caracteriza por la ayuda al lisiado con carencias.*
- 3) *Etapa de los derechos fundamentales. Coincide con el establecimiento de los derechos universales. Surge el concepto de discapacidad.*
- 4) *Etapa de la igualdad de oportunidades. Se pone en evidencia la relación entre la persona y el medio. Aparece el concepto de desventaja.*
- 5) *Etapa del derecho a la integración. Los avances sociológicos, así como la democratización política y del conocimiento, amplían el concepto de desventaja y determinan la incorporación del derecho a la integración y la participación.*

Y bien, ¿cómo se desarrolla en España? Tomando como referencia a Jiménez y Huete (2009), se han dado a lo largo de la historia tres paradigmas a la hora de analizar a la atención que se da a los alumnos con dificultades. Comenzamos con el paradigma tradicional, del sometimiento o de la marginación que existía a finales del siglo XIX. En él, la explicación que se da a la condición de discapacidad se relaciona con elementos míticos y las respuestas sociales se dirigen a ocultar (o suprimir) algo que se percibe como una desviación indeseada. Es en esta época cuando se promulga en España la Ley de Beneficencia (6 de febrero de 1822), *en dicha ley se estableció un sistema público de servicios de protección social para personas en situación de pobreza o desamparo, que llegó a prever una serie de establecimientos de carácter general para diferentes tipos de personas con discapacidad.*

Continuamos el recorrido histórico y nos encontramos que a lo largo de todo el siglo XX se desarrolla al paradigma médico o de la rehabilitación. En él, *la explicación sobre la condición de discapacidad se relaciona con elementos biológicos y el problema se centra en las deficiencias y dificultades del individuo. Las respuestas sociales se basan en la rehabilitación. Las personas con discapacidad son objeto pasivo de actuaciones tecnificadas, que se programan sin tener en cuenta sus preferencias y deseos.*

Y finalizamos este recorrido del triple paradigma planteado por los autores citados llegando a los últimos años del siglo XX al tercer paradigma, el paradigma social, de la autonomía personal o de la vida independiente. *La explicación de la condición de discapacidad tiene que ver con elementos relacionales, y el problema se ubica dentro de la sociedad, en vez de dentro del individuo. Las respuestas sociales persiguen la equiparación de oportunidades, la no discriminación y la remodelación de las barreras que limitan la participación. Se enfatiza la*

importancia de la participación plena de las personas con discapacidad en la educación, en el empleo y en la vida ciudadana. Las personas con discapacidad son sujetos de derechos. Las personas con discapacidad se encuentran aisladas y en una posición de marginación, inferioridad y rechazo.

No obstante, este cambio de mentalidad que considera este tercer paradigma ya empezó a gestarse con la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y de las declaraciones subsiguientes sobre los Derechos de las Personas con Retraso Mental (1971) y los Derechos de las Personas Minusválidas (1975). La Ley Orgánica 13/1982, de 7 de abril, Integración Social de los Minusválidos (LISMI), se fundamenta en los derechos que el artículo 49 de la Constitución reconoce a las personas con discapacidad. Toda esta legislación aún no avanzó en el cambio de mentalidad social que requiere este tipo de alumnado teniendo que esperar a los últimos años del siglo para que con una nueva legislación educativa se pueda empezar a ver cambios en el tema.

Pero paralelamente a la evolución histórica nos encontramos con la evolución de la terminología utilizada. Según Crespo, Maribel y Verdugo (2012) en 1980 la OMS publica la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: CIDDDM” (WHO, 1980). El documento fue redactado para ayudar a la mejor comprensión de la discapacidad en las sociedades. La discapacidad era entendida antes del documento de 1980 como sinónimo de enfermedad, poniéndose el acento en la prevención y la rehabilitación (paradigma médico).

En este tercer paradigma nos movemos en el siglo XX donde encontramos referencias como la de Melguizo.

Según Melguizo (2014), la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) definía a las personas con discapacidad no por las deficiencias o causas que provocaron sus minusvalías, sino por las consecuencias que estas les generan en su entorno social. La clasificación acuñó tres conceptos clave: a) Deficiencia, entendida como la pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. b) Discapacidad siendo toda restricción o carencia -resultado de una deficiencia- de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. c) Minusvalía: Situación desventajosa para un determinado individuo, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de una función que es normal en su caso, de acuerdo con su edad, sexo, factores sociales y culturales este modo ya que había quedado reflejado en la definición que dio la WHO (World Health Organization) en 1980.

Actualmente, el modelo biopsicosocial reflejado en el CIF es la definición oficial de la discapacidad (WHO, 2001).

Una idea que continúa explicándonos Melguizo (2014), como la corriente de pensamiento derivada del movimiento de vida independiente ha generalizado en el debate académico y social sobre discapacidad tres conceptos que amplían la complejidad de la comprensión de la discapacidad posterior al CIF. Estos son: diversidad funcional, diseño universal y autonomía personal. Estos tres conceptos han surgido de la vanguardia de los movimientos sociales y plantean trasladar la responsabilidad de la aparición de la discapacidad desde los elementos funcionales del cuerpo -diversidad funcional- a los elementos del entorno -diseño universal-. De la combinación de ambos surge o no la autonomía personal.

Pero, ¿qué es la diversidad funcional? Se trata de un término acuñado en España por el Foro de Vida Independiente en 2005 para designar lo que habitualmente se conoce como discapacidad tratando de eliminar la negatividad en la definición del colectivo y cambiarla por la idea positiva de diversidad (Romañach, 2005; Palacios, 2006: 28), citado por Melguizo (2014).

El término “diversidad funcional” como nos indican Díaz y Ferreira (2010) *surge en 2005 promovido a partir de la comunidad virtual que el movimiento por una vida Independiente español creó en Internet en 2001, el Foro de Vida Independiente (FVI)*⁵. *El concepto pretende suprimir las nomenclaturas negativas que se han aplicado tradicionalmente a las personas con discapacidad (siendo “dis-capacidad” un ejemplo de las mismas). Dicho término pretende una calificación que no se inscribe en una carencia, sino que lo que señala es un desenvolvimiento cotidiano, una funcionalidad, diferente a lo que se considera usual; y además asume que esa funcionalidad diversa implica discriminación y que es, no la peculiaridad fisiológica, sino el entorno social el que la produce.*

Por tanto, nos inclinamos por este término por ser el más pedagógico de los tres.

Por ejemplo, un bordillo de una acera es una barrera que impide desplazarse en silla de ruedas de forma autónoma. Es por tanto el contexto, en este caso el bordillo, el que discapacita a la persona, pero no su diversidad funcional, ya que ésta le permitiría desplazarse si el contexto no tuviese barreras.

Otro ejemplo, en el caso del autismo los encontramos en la serie “Good Doctor” en un episodio, Son, el protagonista que presenta autismo, sufre una crisis debida al nerviosismo que le produce el parpadeo que hace un fluorescente al fundirse. Para muchos de nosotros ese sonido es molesto, pero no nos afecta a nuestra vida funcional; a Son por el contrario le bloquea y le impide seguir atendiendo a los pacientes.

Así nos encontramos también la película de Rain Man, protagonizada por Tom Cruise, cuya sinopsis es: *Charlie Babbitt (Tom Cruise), es un joven egoísta que espera heredar la fortuna de*

su difunto padre. Se entera que el beneficiario es su hermano Raymond (Dustin Hoffman), un autista al que no conoce, porque ha vivido siempre recluido en un centro especial. Ambos harán un largo viaje juntos. Al principio a Charlie le irrita y lo desconcierta mucho el comportamiento extravagante de su hermano, pero poco a poco aprenderá a conocerlo y a quererlo. Con este ejemplo, insisto en que no podemos quedarnos en lo superficial, ver solamente a la persona autista, una mera etiqueta, cuando lo que en realidad deberíamos conocer a la persona, con sus cualidades como sus defectos.

Estos ejemplos que sacamos del mundo del cine y la televisión se pueden encontrar perfectamente en la vida cotidiana. Una persona con autismo encuentra muchas dificultades como por ejemplo ante el enunciado de un ejercicio en el que se le pide el resultado, pueden interpretar: no debo incluir las operaciones para que el profesor vea que se resolver el ejercicio y directamente poner el resultado final basándose en la literalidad de la pregunta. Esta literalidad es lo que hace que presenten dificultades en la comprensión del sarcasmo o del doble sentido.

En el periodo de confinamiento que sufrimos en España en la primavera de 2020 pudimos vivir situaciones como el ejemplo que poníamos de la película Rain Man en aquel caso era su hermano quien no le aceptaba y en este caso es una parte de la sociedad quien no respeta las acciones de los otros, llegando incluso a generarse situaciones de faltas de respeto. Durante este periodo el gobierno promulgó una normativa: Instrucción de 19 de marzo de 2020, del Ministerio de Sanidad, por la que se establecían criterios interpretativos para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid- 19. “ *La actividad de circulación por las vías de uso público permitida para la realización de actividades de asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7.1.e) del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, así como la realización de las actividades por causa de fuerza mayor o situación de necesidad previstas en el artículo 7.1.g) del citado real decreto, habilitan a las personas con discapacidad, que tengan alteraciones conductuales, como por ejemplo personas con diagnóstico de espectro autista y conductas disruptivas, el cual se vea agravado por la situación de confinamiento derivada de la declaración del estado de alarma, y a un acompañante, a circular por las vías de uso público, siempre y cuando se respeten las medidas necesarias para evitar el contagio*”. En este contexto se dieron situaciones en las que personas con autismo y sus familias eran insultadas por el simple hecho de bajar a tirar la basura, ir a por el pan y volver a casa. ¿Quiénes somos cada uno de nosotros para cuestionar e incluso faltar al respeto a las personas con autismo y sus familias? Fueron numerosos los casos que conocimos en esta situación de confinamiento por las que bastantes familias tomaron la determinación de no salir a la calle teniendo pleno derecho. Vivimos en la era de la tecnología que facilita mucho el acceso a la información, pero

desgraciadamente en la sociedad todavía se dan numerosos casos en los que no se acepta a la persona que es diferente. Hay personas que no aceptan la diferencia imponiendo la obligación que todos tengamos que ser iguales.

Por tanto, como finaliza Conde en su artículo (2014), el movimiento de vida independiente mantiene una postura reivindicativa más cercana al modelo social que el modelo biopsicosocial. De este modelo surge una definición de autonomía que se relacionaría con la combinación de dos conceptos: la diversidad funcional y el diseño universal. Este punto de vista redefine la autonomía como un concepto más complejo que sólo puede comprenderse desde el contexto social. En primer lugar, el contexto y el entorno se convierten en las fuentes de dependencia, y no el cuerpo de la persona con diversidad funcional. En segundo lugar, el contexto social es un contexto de interdependencia tanto de las personas con discapacidad como del resto, por lo que la autonomía personal sólo podría entenderse desde las relaciones sociales. La dicotomía autonomía-dependencia sería así reduccionista y no permitiría comprender la complejidad de la situación social de la discapacidad. Estas tres formas de comprender la autonomía personal constituyen el abanico paradigmático en el que podemos encontrar la comprensión global de la discapacidad en la actualidad.

Hoy en día el concepto que se utiliza es el de diversidad funcional, para poder elaborar nuestra propia definición vamos a partir de la definición que nos da la Real Academia Española de la lengua para ambos términos:

- *Diversidad: variedad, semejanza, diferencia.*

Es precisamente con esta palabra con la que queremos aportar al término la no semejanza con lo habitual, lo neurotípico.

- *Funcional: perteneciente o relativo a las funciones; función: capacidad de actuar propia de los seres vivos y de sus órganos, y de las máquinas o instrumentos.*

Por tanto, ahora podríamos afirmar que la diversidad funcional caracteriza la no semejanza en cuanto al desarrollo neurotípico tanto de las funciones de los órganos o partes de nuestro cuerpo como de las funciones cotidianas que llevamos a cabo los seres vivos (comunicarnos, desplazarnos, ver...). por esta razón, las personas que trabajamos con este tipo de sujetos optamos por utilizar este término ya que respeta su dignidad identificando su particular característica.

El recorrido que hemos hecho por las diferentes normativas reguladoras que recoge el BOE nos ha permitido ver la evolución que ha seguido en nuestro país la consideración que ha tenido las necesidades educativas especiales que presenta este tipo de población. En los años 80 nuestro país tomó conciencia del tema cuando en la LODE (1985), figura por vez primera el término de

Educación Especial. Serán cinco años más tarde, en 1990 cuando comiencen a surgir a nivel mundial movimientos a favor de impulsar la inclusión o su integración total. En este mismo año, se promulgó la LOGSE, cuyo articulado reconoce por vez primera las necesidades que presentan los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE). Tendremos que esperar hasta 2013, con la LOMCE para que la determinación que se dé con este tipo de alumnado enuncie el principio de equidad que garantiza la igualdad de oportunidades para alcanzar el desarrollo pleno de la persona. No obstante, en nuestra opinión aún queda mucho por avanzar a nivel legislativo para el logro de esa igualdad. El avance que hizo el Ministerio de Educación y Formación Profesional el 3 de marzo de 2020, referido al Proyecto de Ley Orgánica de Educación, en su borrador determinaba que la escolarización de los ACNEE se iba a regir por los principios de normalización e inclusión. Pero incluso con este planteamiento tuvo una fuerte e intensa respuesta de la población afectada al no dejar claro la satisfacción de necesidades de este tipo de sujetos frente a los intereses políticos que puedan existir en la ley.

Por tanto, la inclusión no es lugar, sino una actitud y un valor que debe iluminar políticas y prácticas que den cobertura a un derecho como es una educación de calidad para todos (Echeita, 2009).

1.3.2. ¿Cómo trabajamos la inclusión?

El objetivo ideal de la inclusión es el de lograr crear una sociedad más justa, donde las condiciones físicas, psíquicas o de cualquiera otra índole no supongan un impedimento para lograr un desarrollo pleno de la persona en su proceso de escolarización. Para lograrlo debemos trabajar mucho todos los profesionales implicados y centrarnos en:

- Mejorar la calidad de la enseñanza en líneas generales y de manera específica con todos los alumnos con N.E.E.
- Debemos evitar caer en el cambio constante de legislación, ya que la educación es uno de los pilares de una sociedad y no debe estar supeditado al partido político de ese momento.
- No podemos caer en la degradación del currículo en este tipo de alumnado como salida fácil a su integración social, como maestros que somos debemos buscar estrategias metodológicas para hacer accesible ese currículo independientemente de las dificultades que presente cada uno de nuestros alumnos.

- Es necesario que mejoremos la formación del profesorado de manera específica en el ámbito de la inclusión y del alumnado con N.E.E.
- Debemos trabajar con planes de concienciación tanto a nivel de centros como a nivel de sociedad en general, abordando el respeto a la diversidad.

Se trata de una realidad en bastantes centros educativos. En ellos se apuesta por la atención a la diversidad, es decir adaptar el currículo educativo a las necesidades de cada uno de los alumnos, realizando las adaptaciones curriculares partiendo del nivel real del alumno y planteándonos objetivos reales, no utópicos. Pero queda mucho trabajo por delante, formación del profesorado, cambio de mentalidad de una sociedad que trata de comparar y pedir explicaciones de las modificaciones que se realizan a otros alumnos.

Actualmente luchamos por un sistema educativo inclusivo y un ejemplo de ello son las aulas preferentes TEA que aún aparecen en la estructura educativa de nuestro país. En ellas están escolarizados un número determinado de alumnos, según cada Comunidad Autónoma y según su edad pertenecen a un grupo escolar ordinario de referencia, al cual acuden según sus necesidades. El trabajo en las aulas es un apoyo específico que atiende a sus necesidades de manera más específica y en la medida de su evolución, van entrando de manera inclusiva en algunas asignaturas, en un principio acompañados por el Técnico Superior en Integración Social (TSIS) y a medida que van evolucionando, el profesor ordinario apoyado tanto por el PT y/o AL como por el TSIS que va cogiendo el testigo para trabajar su asignatura atendiendo a las necesidades del alumno TEA. En algunos casos este proceso es más sencillo, en otros este proceso puede no lograrse debido a la afectación del alumno. Por ello debemos plantearnos, ¿qué perfiles realmente son de aulas preferentes TEA y cuáles de Educación Especial?

Pese a la diversidad estructural que presenta nuestro país, focalizamos la interpretación que del tema se hace en la Comunidad de Madrid, como una referencia de esa propia diversidad. Según el documento marco de la Comunidad de Madrid titulado como “Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los Centros Preferentes de la Comunidad de Madrid”³ (Sierra, 2007), aparecen los requisitos que debe cumplir el alumnado (diagnóstico), los grados de afectación, los niveles de desarrollo de las diferentes áreas y los tiempos de permanencia del alumno tanto en el aula de apoyo como en el grupo ordinario. Según este documento existe una delimitación, la cual no es real debido a que al no ser una normativa ni los propios equipos lo contemplan.

³ Publicado por la Subdirección General de Centros de Infantil, Primaria y Secundaria con fecha abril 2012.

En abril de 2020, en algunas comunidades autónomas, siete de las diecinueve comunidades y ciudades autónomas, se lleva a cabo una atención específica en materia educativa a alumnado con diagnóstico TEA. Entre ellas existen diferencias como puede ser a nivel de legislación: algunas tienen normativa reglada, otras tienen normativa marco y solamente dos, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, tienen normativa estatal proveniente del MEC. En la atención al alumnado todas ellas están dotadas de personal especializado y difieren de la ratio del alumnado variando entre 4 y 8. A continuación vamos a ver cómo se lleva a cabo en cada una de ellas:

- Andalucía: basándose en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) y la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía (LEA), a fin de garantizar la equidad, establece la atención educativa diferente a la ordinaria de los grupos de alumnos que presentan alguna necesidad específica de apoyo educativo y establece los recursos para acometer esta tarea con el objetivo de lograr la plena inclusión y normalización. No hemos encontrado normativa específica como tal, pero si aparecen recogidas las distintas modalidades en el Manual que facilita un primer acercamiento a los Trastornos del espectro Autista, a fin de proporcionar pautas de intervención y estrategias a profesionales y familias, dando, además la oportunidad de profundizar en el tema a la vez que difunde ejemplos de buenas prácticas educativas. En él encontramos la escolarización en grupo ordinario con apoyo en periodos variables, la escolarización en aulas específicas o en centros específicos, la escolarización combinada y la escolarización en grupo ordinario. Además, hemos encontrado un convenio de colaboración entre la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía y la Federación Autismo Andalucía para favorecer la atención educativa al alumnado con Trastornos del Espectro del Autismo (octubre 2018).
- Aragón: la orden ECD/445/2017, de 11 de abril, por la que se modifica la Orden de 9 de octubre de 2013, de la Consejera de Educación, por la que se regulan los centros de atención preferente a alumnos con trastorno del espectro autista. En dichas normativas se establece que el número máximo de alumnos con TEA en centro preferente será de siete en centro de una línea reservada y de catorce en centros de dos líneas reservadas. Los recursos personales con los que contarán en las etapas de educación infantil y primaria serán un maestro de Audición y Lenguaje, del maestro de PT en su caso y el auxiliar en educación especial. En la etapa de educación secundaria contarán con un maestro de PT y del auxiliar de educación especial. En el anexo, se establecen los niveles de participación de los alumnos en sus aulas de referencia (nivel idóneo y nivel mínimo).
- Principado de Asturias: no hemos encontrado normativa autonómica que regule la escolarización específica de alumnado TEA; las aulas abiertas asturianas son definidas como “espacios de preparación y transición” al aula de referencia con el grupo de iguales

de centro ordinario. Están dirigidas al alumnado que requiere de ajustes curriculares significativos, que presenta dificultades de aprendizaje y alumnado con necesidades educativas especiales derivadas, fundamentalmente de, un trastorno del espectro del autismo, trastorno del desarrollo y dificultades comunicativas, tanto para el segundo ciclo de Educación Infantil como para Primaria. Este tipo de aulas están recogidas dentro del proyecto CREEME, como una medida extraordinaria de respuesta a la diversidad, dentro de los proyectos que lleva a cabo la Unidad de Trastorno del Espectro Autista (TEA), situada en el área II del equipo regional para la atención para el alumnado con ACNEAE. La escolarización puede llevarse a cabo en el aula abierta o como proyecto itinerante.

- Islas Baleares: no hemos encontrado normativa autonómica, pero hemos encontrado las modalidades de escolarización existentes para alumnado TEA: las Unidades Volantes de Atención a la Integración (UVAI), las unidades educativas específicas en centros ordinarios (UEECO) y las aulas sustitutorias de centro específico (ASCE).
- Canarias: en el Decreto 25/2018, de 26 de febrero, por el que se regula la atención a la diversidad en el ámbito de las enseñanzas no universitarias de la Comunidad Autónoma de Canarias, establece las modalidades de escolarización: en centro ordinario de atención educativa preferente, aula enclave y centro de educación especial.
- Cantabria: no existe un equipo específico de orientación, ni existen aulas específicas para alumnado TEA.
- Castilla y León: no existe normativa específica, hemos encontrado un estudio descriptivo de la situación del alumnado TEA en Castilla y León (Federación Autismo Castilla y León, 2021). Existen aulas que prioritariamente dependen de asociaciones especializadas en autismo o de centros específicos para alumnos con TEA, que están ubicadas en centros ordinarios. Son aulas de educación especial, específicas para alumnado con TEA. Los apoyos a la Comunicación, Lenguaje, Autonomía y Socialización (CLAS), son apoyos específicos para alumnado con TEA existentes en algunas provincias de Castilla y León que todavía no están reguladas oficialmente y se llevan a cabo con carácter piloto o experimental. Vienen recogidas en el Plan de Atención a la Diversidad de Castilla y León 2017-2022.
- Castilla la Mancha: en el ámbito específico de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, la Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha, establece en su artículo 120 que la respuesta a la diversidad del alumnado se regirá, entre otros, por los principios de igualdad de oportunidades y acceso universal, normalización, flexibilidad, inclusión escolar e integración social. Por su parte, el Decreto 66/2013, de 3 de septiembre, por el que se regula la atención especializada y la orientación educativa y profesional del alumnado en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, establece en su artículo 15.5 que cuando la evaluación psicopedagógica y el dictamen de

escolarización, realizado por los profesionales de la orientación educativa, determinen que el alumnado presenta necesidades educativas especiales, se llevará a cabo la escolarización en centros de educación especial, unidades de educación especial, aulas abiertas especializadas en centros ordinarios o modalidad combinada, donde sus necesidades educativas puedan ser mejor atendidas y se garantice el adecuado progreso del alumnado, en un marco de cooperación familiar.

Por otro lado, la valoración inicial positiva de la puesta en marcha, durante el curso 2012-2013, de un proyecto experimental por el que se crean aulas para alumnos que padecen Trastornos de Espectro Autista (TEA) y contempla estos espacios especializados en centros ordinarios, para conseguir los principios de normalización e inclusión, hace que corresponda ahora la regulación de este tipo de aulas. La enseñanza dirigida a este alumnado con necesidades específicas requiere unos recursos y apoyos muy especializados. El trabajo de profesionales de diferentes especialidades y el empleo de elementos metodológicos y didácticos muy específicos. Vieron conveniente regular la existencia de una metodología común, aplicada en todas las aulas abiertas especializadas. La Orden de 11/04/2014, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se crean, regula y ordena el funcionamiento de las Aulas Abiertas Especializadas, para el alumnado con trastorno de espectro autista, en centros sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, tiene por objeto crear, regular y ordenar el funcionamiento de las Aulas Abiertas Especializadas, para conseguir los principios de normalización e inclusión del alumnado con TEA en centros sostenidos con fondos públicos de educación infantil, primaria y secundaria.

La inclusión del alumnado en las aulas será voluntaria por parte de las familias, debiendo cumplirse un diagnóstico TEA y que por sus necesidades educativas especiales necesite un modelo de apoyo especializado. La ratio del alumnado será de cuatro a seis alumnos en educación infantil y primaria y de cuatro a siete en secundaria.

Las aulas serán atendidas por un maestro especialista en PT, que coordinará el funcionamiento de estas aulas, un maestro especialista en Audición y Lenguaje que dedicará la totalidad del horario y un auxiliar técnico educativo.

- Cataluña: la normativa catalana recoge como medidas y apoyos intensivos aquellas actuaciones educativas extraordinarias adaptadas a la singularidad del alumnado con necesidades educativas especiales. Nos ha resultado complejo identificar los decretos concretos por encontrarse exclusivamente en catalán, por este motivo nos hemos basado exclusivamente en el artículo de la Confederación de Autismo España (2020).

Existen diferentes medidas y apoyos intensivos de las que puede beneficiarse el alumnado con TEA. Por un lado, están las medidas y apoyos intensivos para alumnado con necesidades educativas especiales, entre los que se encuentran los apoyos Intensivos a la

Escuela Inclusiva (SIED), los programas de Aula Integral de Apoyo (AIS) y el apoyo de los Centros de Educación Especial como Proveedores de Servicios y Recursos (CEEPSIR).

- Comunidad Valenciana: en la Resolución del 31 de julio de 2020, de la directora general de Inclusión Educativa, por la cual se regula, con carácter experimental, la organización de los centros específicos de Educación Especial de titularidad de la Generalitat como centros de recursos, en los procesos de transformación hacia la inclusión y en la respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas especiales derivadas del TEA entre otras necesidades. Las aulas específicas son denominadas de Comunicación y Lenguaje (CyL) y son el recurso específico para este tipo de alumnos dentro de los centros ordinarios.
- Extremadura: la Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura, en el artículo 26 establece que la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales se llevará a cabo preferentemente en centros ordinarios. Asimismo, en dicho artículo se señala que la Administración educativa podrá incorporar recursos específicos en los centros ordinarios y adoptar las medidas organizativas y curriculares que considere a fin de favorecer el proceso de socialización del alumnado con problemas de comunicación y relación.

Según el artículo de la Confederación de Autismo España (2020), *las aulas especializadas son medidas extraordinarias de atención a la diversidad que consisten en espacios físicos (aulas) localizados en centros ordinarios con ratios reducidas. El alumnado en aulas abiertas cursará las enseñanzas correspondientes al Segundo Ciclo de educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria, con un currículo ordinario significativamente adaptado (todas las áreas).*

Los destinatarios de estas aulas serán alumnos que presenten TEA y en su evaluación psicopedagógica determine que presenten las características necesarias. La ratio del alumnado atendido en las aulas especializadas de TEA, con carácter general, será de tres a seis alumnos en Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Dichas aulas serán atendidas por un maestro especialista en Audición y Lenguaje que coordinará el funcionamiento de las aulas y dedicará la totalidad de su horario a la atención de las mismas; un especialista en PT, con una dedicación horaria que estará en función de las necesidades educativas de los alumnos; así como un auxiliar técnico educativo u otro, para favorecer la autonomía y la integración social del alumnado.

Las aulas abiertas en Extremadura se localizan en centros ordinarios y están destinadas a alumnado que cursa currículo especial durante todas las etapas de la educación obligatoria. Existen aulas abiertas específicas para alumnado con TEA asociado a discapacidad psíquica severa, que requieran niveles de apoyo muy intensos debido a

déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal, limitación en las habilidades de interacción social o la existencia de preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas que interfieren en sus aprendizajes.

- Galicia: al margen del análisis de las modalidades de escolarización, en Galicia está aprobado por la Xunta el primer Protocolo de actuación para el Alumnado con Trastorno del Espectro de Autismo, publicada en marzo de 2016, en compromiso con los preceptos del Decreto 229/2011, de 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia en los que se imparten las enseñanzas establecidas de septiembre de en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Desarrollado en la Orden 8 de septiembre de 2021, por la que se desarrolla el Decreto 229/2011, de 7 de diciembre.

Dicho protocolo es una apuesta decidida por la atención a la diversidad desde entornos inclusivos, la igualdad de oportunidades y el desarrollo del potencial y autonomía del alumnado con TEA.

- Comunidad de Madrid: tiene dos documentos, uno titulado *“Los centros de escolarización preferente para alumnado con trastornos generalizados del desarrollo en la Comunidad de Madrid”* (Sierra, 2007) en el que se recogen los aspectos prácticos de una propuesta inclusiva y otro *“Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con NEE derivadas de trastornos generalizados del desarrollo en centros preferentes de la Comunidad de Madrid”* (Subdirección general de centros de Educación Infantil, Primaria y Especial, 2012). En el primer documento se recogen los recursos personales con los que contará el aula: un profesor de Pedagogía Terapéutica/Audición y Lenguaje y un técnico de apoyo.
- Región de Murcia: existe un Protocolo de Coordinación de las Actuaciones Educativas y Sanitarias para la Detección e Intervención Temprana en los Trastornos del Espectro Autista (TEA) (Candel et al., 2012), elaborado por la Consejería de Educación, Formación y Empleo y la Consejería de Sanidad y Política Social.
- Comunidad foral de Navarra: posee normativa propia recogida en la Orden Foral 133/1998, de 8 de mayo, del Consejero de Educación y Cultura, por la que se dan instrucciones para la escolarización y atención educativa del alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad psíquica, sensorial y motórica en centros ordinarios de Secundaria para continuar la Enseñanza Básica y la Orden Foral 93/2008, de 13 de junio, del Consejero de Educación por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra. En ellas se establecen las modalidades de escolarización: las Unidades de Transición/Trastorno Generalizado del Desarrollo (UT), las Unidades de

Currículo Especial (UCE) y el aula alternativa a centro de educación especial en zona rural. No existe un equipo específico de TEA. En Navarra existe el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA), entre cuyas funciones está colaborar con los equipos de orientación de los centros en la evaluación, identificación y orientación en la respuesta educativa al alumnado con TEA, entre otros.

- País Vasco: tiene un documento titulado “orientaciones para el funcionamiento de aulas estables para el alumnado con trastornos generalizados del desarrollo” (Sainz, 1998) en el que se definen las aulas estables, teniendo una serie de características que definen la condición de aula estable y son: el aula tiene asignada un tutor especializado (PT) y una persona auxiliar. La ratio está limitada a cuatro-cinco alumnos por aula, los cuales precisan una adaptación curricular significativa.
- La Rioja: referente a alumnado TEA anualmente se publican dos resoluciones, una relativa a las instrucciones para establecer las medidas de intervención educativa y la otra en la que se establecen las características generales de las aulas especializadas para este tipo de alumnado.

Se establece que el equipo docente de cada aula estará integrado por un auxiliar técnico educativo y un maestro especialista en PT, siendo este el cotutor de los alumnos escolarizados en el aula. El número máximo de alumnos será de ocho.

- Ceuta y Melilla: son las únicas de toda España que su normativa relativa a aulas TEA proviene directamente del Ministerio de Educación. Tenemos una primera Resolución de 30 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se crean, regulan y ordenan las Aulas Abiertas Especializadas para el alumnado con TEA en centros sostenidos con fondos públicos. Posteriormente se publica en el BOE, la Resolución de 21 de junio de 2018, de la Secretaría de Estado de Educación y Formación Profesional, por la que se amplían el número de Aulas Abiertas Especializadas para el alumnado TEA.

Las Aulas Abiertas Especializadas serán atendidas tanto por un docente especialista en PT, que coordinará su funcionamiento, como por un docente especialista en Audición y Lenguaje y ambos tendrán una dedicación horaria completa. También contarán con el apoyo de un auxiliar técnico educativo. La ratio máxima del alumnado escolarizado en cada Aula Abiertas Especializadas será de seis alumnos de Educación Infantil y Primaria.

Hemos podido comprobar cómo poco a poco comienzan a existir experiencias educativas en las cuales el fin último es la inclusión del sujeto, pero como decíamos anteriormente nos queda mucho camino por recorrer. Es prioritario que la sociedad poco a poco vaya tomando consciencia y ante todo trabajemos unidos por el respeto a las diferencias. Es necesario que se regule bien a

nivel estatal, igual que se ha realizado en el caso de Ceuta y Melilla, o bien a nivel autonómico el funcionamiento de este tipo de escolarización como son los casos de La Rioja que elabora una resolución anual, Aragón con órdenes o, Castilla la Mancha que se inició con una experiencia piloto en el 2013 y fue un año más tarde cuando promulgó una orden que regula y ordena el funcionamiento de las Aulas Abiertas Especializadas.

1.4. Escolarización del alumnado TEA

No tendría ningún valor toda la normativa anterior si no se tradujera a una realidad concreta que nos permita trabajar en el aula con los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE). En nuestro caso, alumnos con TEA pueden estar perfectamente escolarizados dentro de la modalidad ordinaria este tipo de alumnos y atender sus necesidades educativas mediante propuestas pedagógicas perfectamente estructuradas, como son las aulas preferentes.

1.4.1. Evolución del concepto de Educación Especial

Si hacemos un recorrido histórico como ha venido realizándose la Educación Especial, debemos comenzar citando a García (2009) que establece cinco periodos muy marcados en la evolución de la Educación Especial. Desde la Antigüedad hasta los siglos XIII-XIV, las personas retrasadas o con algún tipo de alteración eran excluidas, rechazadas y marginadas socialmente. Durante la Edad Media comienza comprenderse el retraso mental, aunque de manera muy limitada. Se les consideraba como incurables. Las personas con algún tipo de déficit se las consideraba poseídas por el demonio, por esta razón las sometían a exorcismos. Se creía que eran un castigo de Dios, y por tanto eran perseguidos y matados o recluidos de por vida.

Es en la Edad Media cuando los mojes comienzan a ver con otra mirada a las personas que sufren una discapacidad sensorial (sordos y ciegos), ya que eran los más semejantes a ellos físicamente.

Posteriormente, entre los siglos XV y XIX, surgen las primeras experiencias llevadas a cabo desde una visión médica-religiosa. Así encontramos las primeras experiencias como la de Ponce de León (1510-1584), quien logró enseñar a hablar, leer y escribir a un pequeño grupo de personas sordas. Otra experiencia fue la de Valentin Huay (1745-1822), quien en 1784 fundó la primera institución en París para personas ciegas, enseñándoles a leer con grandes letras de madera. Será

Luis Braille (1806-1852), alumno de esta institución quien posteriormente invente el alfabeto que lleva su nombre.

La siguiente etapa será desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. A finales del siglo XIX en Europa se hace obligatoria la escuela pública, motivo por el cual aumenta considerablemente el número de niños con deficiencia en las clases. Surgen las primeras escuelas y clases especiales para la asistencia de estos niños.

A comienzos del siglo XX las personas con deficiencias eran aquellas que presentaban alguna dificultad o discapacidad de causa orgánica. Poco a poco los términos fueron variando, se pasó como afirma Marchesi, (2016) de las denominaciones de idiota e imbécil en las primeras décadas a la de subnormal severo a mediados de siglo, referidas a los retrasos intelectuales. Todas estas nomenclaturas incluían una visión negativa y peyorativa, con escasas posibilidades de intervención educativa. Esta interpretación del hecho tuvo dos consecuencias, la primera fue la necesidad de realizar evaluaciones psicopedagógicas, midiendo la inteligencia. La segunda consecuencia fue la necesidad de crear centros específicos que atendieran las necesidades de estas personas, como anticipábamos anteriormente. En España comenzaron a surgir las primeras escuelas diferenciales a finales de la década de los 40. Siguiendo el modelo europeo, fueron creadas por profesionales médicos y se organizaron escuelas atendiendo a la discapacidad intelectual (para moderados y para severos). Esto fue debido, por un lado, a la concepción que se tenía en aquel momento del cociente intelectual y, por otro, al desarrollo de teorías sobre la organización escolar basada en la agrupación homogénea de alumnos, según capacidades y deficiencias semejantes.

Realizando un breve recorrido histórico del término de Educación Especial (EE), surgió en 1958 por recomendación de la UNESCO para referirse “al sector de la pedagogía que englobaba toda la enseñanza general o profesional destinada a los disminuidos físicos o mentales, a los inadaptados sociales y a toda otra categoría especial de niños”. En las décadas cuarenta y cincuenta, se cuestionaba el origen orgánico del trastorno y la no cura del mismo. Las corrientes conductista y ambientalista provocaron una revisión tanto del concepto de deficiencia como de las alternativas educativas. En las evaluaciones o diagnósticos, ya no solo se tenía en cuenta la inteligencia, se comenzaron a tener en cuenta la influencia social y cultural en el sujeto. También fue en esta época cuando surgió el término de discapacidad, pudiendo deberse a la ausencia de una correcta estimulación en el sujeto; también se comenzaron a diferenciar entre las causas endógenas y exógenas para explicar los retrasos detectados.

Los cambios más importantes en la evolución de la Educación Especial se produjeron a partir de la década de los 60/70. En la década de los sesenta, tal y como Marchesi (2016) nos cita, se

produjeron un conjunto de cambios de gran repercusión; los principales factores que favorecieron estos cambios fue una nueva concepción de los trastornos del desarrollo y de la deficiencia. Se consideraba al niño con algún déficit en sus posibilidades de educarse y de ejercer sus derechos y sus deberes como cualquier otro ciudadano. Este periodo se caracterizó por la declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), del niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1959) y de los “deficientes” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1971).

Surgen nuevas teorías de aprendizaje más interactivas, fomentando la participación activa del estudiante y tienen en cuenta las diferencias individuales de los alumnos; se revisa la evaluación psicométrica, necesaria para conocer las capacidades y dificultades que presentan; se emprenden reformas en los sistemas de formación del profesorado con el objetivo de tener profesionales más competentes; se amplía la educación obligatoria; comienza a preocupar el abandono escolar; se comienzan a valorar las escuelas de Educación Especial; comienzan a aparecer experiencias positivas de integración; surge una corriente normalizadora en el enfoque de los servicios sociales y se crean los movimientos sociales a favor de la igualdad.

A su vez, la Ley General de Educación de 1970 definió la Educación Especial (E.E.) como aquella educación que “tendrá como finalidad preparar mediante el tratamiento educativo adecuado, a los deficientes e inadaptados para una incorporación a la vida social, tan plena como sea posible en cada caso...” (MEC, 1970, título 1, cap. VII, art. 49). Todos estos factores contribuyeron a conformar una nueva manera de comprender la discapacidad. El nuevo modelo trataba de superar el diagnóstico de los alumnos con discapacidad en categorías estables de déficit y de desarrollar un nuevo enfoque basado en las necesidades educativas especiales.

Todos estos cambios se comienzan a plasmar en el informe Warnock (1978); en él se replantean los objetivos del sistema educativo, se reducen los límites de la educación ordinaria y la educación especial, se normalizan los antiguos modelos de educación especial y destaca la importancia y responsabilidad del entorno social y educativo para abordar los problemas de aprendizaje de los alumnos. Dicho informe consideró necesario superar el sistema de categorías que propuso el término de “necesidades educativas especiales”. Esta nueva perspectiva nos dice Marchesi (2017) que incluye cuatro características principales: afecta a un continuo de los alumnos; es un concepto relativo; se refiere principalmente a los problemas de aprendizaje de los alumnos en el aula y, supone la provisión de recursos extraordinarios.

En 1983 la UNESCO define la educación especial como: “Una forma de educación destinada a aquellos que no alcanzan o es improbable que alcancen, a través de las acciones educativas normales, los niveles educativos sociales y otros apropiados a su edad, y que tiene por objeto promover su progreso hacia estos niveles”. Hasta mediados del siglo XX, la educación era igual

para todos los sujetos, metodologías y contenidos. Se programaba sin contar con los sujetos, porque se supone que todos los alumnos de una misma edad deben promocionar hacia metas iguales. A partir del reconocimiento del derecho a la educación explícito con la definición de la UNESCO, es la persona y sus necesidades el punto de partida para toda acción educativa, de este modo comienza la escuela de la integración y de la inclusión, de la homogeneidad a la diversidad. Un planteamiento que caló hondo en la población, al menos el resto del siglo. Será en esta década cuando comience a tener repercusión el movimiento de la escuela inclusiva. Considera la plena integración de todos los alumnos en aulas comunes; propone la diversidad y un diseño curricular que la tenga en cuenta y la respete. Se plantea un cambio tanto a nivel organizativo como metodológico.

Hablar de Escuela Inclusiva supone un conjunto de cambios muy sustanciales. Como el propio Marchesi (2005) nos enumera una serie de requisitos indispensables para lograr una Escuela Inclusiva real. A través de la transformación del currículum, la formación del profesorado, un liderazgo efectivo, la modificación de la cultura y la organización de la escuela, así como adquirir un compromiso con el cambio.

En 2001 la Organización Mundial de la Salud aprueba la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF). En esta revisión se sustituyen los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía por los de déficit en el funcionamiento, limitación en la actividad y restricción en la participación. En el preámbulo de la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad (2006), se reconoce que la “discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”. De este modo, volvemos a ser testigos de un nuevo cambio radical en el planteamiento de la E.E., hasta este momento la atención estaba centrada en el sujeto portador de alguna deficiencia o trastorno y pasa a ser el centro la intervención educativa en sí misma, en la cual el individuo es una de las partes implicadas.

Actualmente, como hemos mencionado anteriormente tanto en la legislación vigente (LOMCE) como en el Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación aprobado en la sesión del Consejo de Ministros celebrada el 3 de marzo de 2020, en el artículo 74: *“La escolarización del alumnado que presenta necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, pudiendo introducirse medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas, cuando se considere necesario. La escolarización de este alumnado en unidades o centros de educación especial, que podrá extenderse hasta los veinticuatro años, sólo se llevará a cabo cuando sus*

necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios". Por tanto, tenemos que la Educación Especial hoy en día escolariza a los alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad, cuando sus necesidades no puedan ser atendidas adecuadamente en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios.

Los Centros de Educación Especial, son centros en los que se escolariza exclusivamente alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a severas condiciones permanentes de discapacidad y en los que concurren un conjunto de servicios, recursos y medidas no generalizables en el sistema educativo ordinario. Las etapas educativas que se imparten en ellos son:

- Educación Infantil Especial (3-5 años).
- Enseñanza Básica Obligatoria (6-16/18 años).
- Programas de Transición a la Vida Adulta (17/19-21 años) y Formación Profesional adaptada.

La atención educativa al alumnado se llevará a cabo en la Comunidad de Madrid en función de las enseñanzas y según el grafo de especialización necesario, siendo de menor a mayor grado: los centros ordinarios, los centros ordinarios de escolarización preferente y los centros específicos de educación especial.

- En el centro ordinario pueden ser satisfechas las necesidades de los alumnos mediante la práctica educativa y los recursos habituales del centro (apoyos ordinarios de Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje).
- El centro ordinario de escolarización preferente, utiliza el contexto ordinario para facilitar a los alumnos con Discapacidad Auditiva, Discapacidad Motora y Trastornos Generalizados del Desarrollo poder seguir el currículo ordinario, desde una oferta de recursos específicos.
- Las unidades y los centros de Educación Especial ofertan enseñanzas dirigidas a alumnos con NEE que no pueden ser satisfechas dentro del marco general de atención a la diversidad de los centros ordinarios, al requerir apoyo generalizado y significativo en todas las áreas de su desarrollo.

Hemos visto cómo ha ido evolucionando el tratamiento y la denominación de la Educación Especial hasta nuestros días y cómo actualmente no existe una única opción dentro de la modalidad de Educación Especial, dependerá del nivel de afectación que los equipos de

orientación diagnostiquen y propongan una opción concreta dentro de esta modalidad de escolarización.

1.4.2. Diagnóstico

La Constitución Española define, en sus artículos 14 y 27, la educación básica como un derecho y un deber universal y gratuito. Esto supone que todos los niños entre seis y dieciséis años, sea cual sea su situación, deben estar escolarizados. Así, el sistema educativo español se organiza para dar respuesta a toda la diversidad del alumnado, atendiendo a sus necesidades educativas, incluso cuando éstas son especiales, estableciendo que, en esa circunstancia, la atención al alumnado debe hacerse en base a los principios de integración y normalización, lo que implica el establecimiento de medidas que permitan la inclusión de dicho alumnado en la escuela ordinaria, velando a la vez porque todos y cada uno de los niños alcance el mayor desarrollo personal.

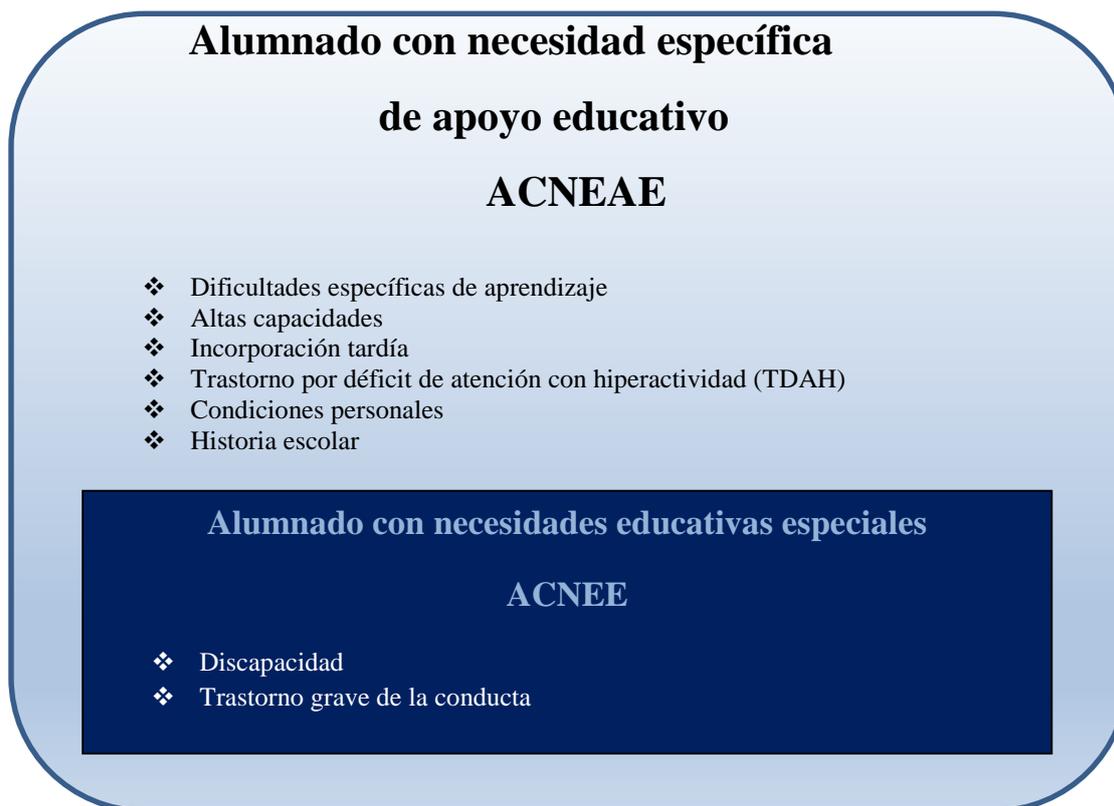
La evolución hacia una nueva visión ha estado directamente relacionada con la promulgación de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), que apostó por formas de trabajo más cooperativas y participativas. Este modelo de intervención integrador no llega a ser del todo efectivo por dos razones: en primer lugar, los contenidos que se trabajan en las sesiones de apoyo no están relacionados con los aspectos del currículo que se presentan en el aula. Y, en segundo lugar, lo aprendido en las sesiones no se generaliza a otros contextos como la familia o la escuela. Es en este momento cuando surge el concepto de necesidades educativas especiales, el cual hace referencia a que todos los niños necesitan acciones programadas para su educación, y que en ocasiones estas acciones serán especiales y requerirán su adaptación en base a condiciones personales y sociales.

Esta forma de trabajo evolucionó con la promulgación de la Ley Orgánica, 2/2006, de Educación (LOE) donde surge por primera vez el término de inclusión. Se establece que la intervención sea llevada a cabo en los escenarios naturales, favoreciendo el desarrollo global del sujeto y haciendo más accesible el currículo (como nos hace ver Prieto, 2009 en el Informe del sistema educativo español por el Ministerio de Educación).

Será con la siguiente ley educativa, la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) cuando surjan las definiciones de alumno con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE) y alumno con necesidades educativas especiales (ACNEE). «La LOMCE define el **alumno con necesidades específicas de apoyo educativo** como aquel que **requiere una atención educativa diferente a la ordinaria**, por presentar

necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o historia escolar» (Artículo 71, LOMCE). En cambio, los **alumnos con necesidades educativas especiales**: «son aquellos alumnos que **requieren**, en un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, **determinados apoyos y atenciones educativas específicas** derivadas de discapacidad o trastornos graves de la conducta» (Artículo 73, LOMCE).

Figura 2. Diferenciación ACNEAE-ACNEE.



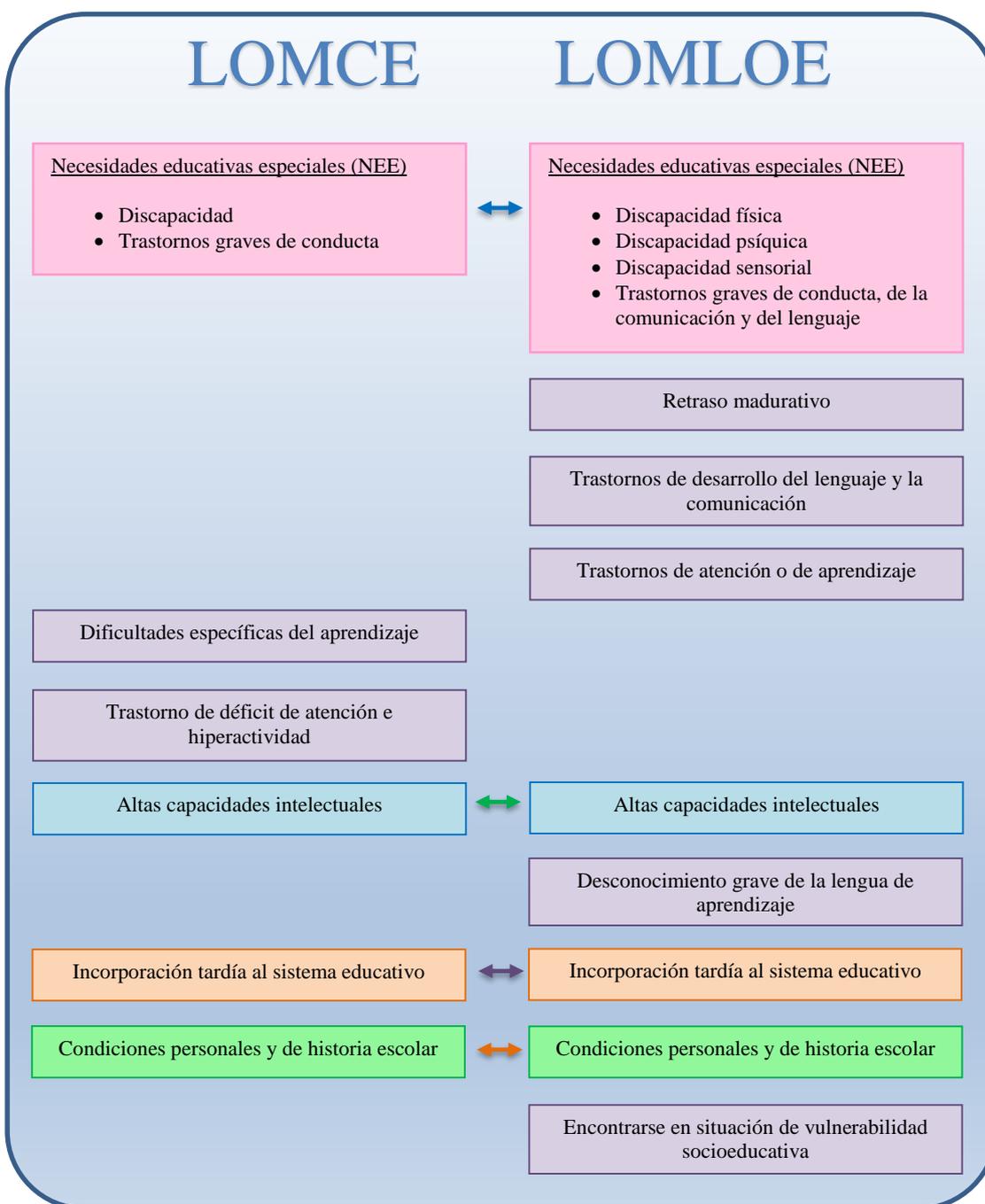
Fuente: elaboración propia.

Con la promulgación de la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE). Derogó la LOMCE e introdujo importantes modificaciones, entre las que se encuentra la modificación de los términos ACNEAE y ACNEE.

La LOMLOE modifica el artículo 71 de la LOMCE, definiendo el **alumno con necesidades específicas de apoyo educativo** como «aquel que **requiere una atención educativa diferente a la ordinaria**, por presentar: Necesidades Educativas Especiales (NEE), retraso madurativo, Trastornos del lenguaje y la comunicación, Trastornos de atención o aprendizaje, desconocimiento grave de la lengua, vulnerabilidad educativa-social, altas capacidades, incorporación tardía o historia escolar o condiciones personales».

De igual modo modifica el Artículo 73 de la LOMCE, definiendo a los **alumnos con necesidades educativas especiales** como «aquellos alumnos que **presentan barreras** que limitan su **acceso, presencia, participación o aprendizaje** derivados de discapacidad o de trastornos graves de la conducta, de la comunicación y del lenguaje, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, y que requiere de determinados apoyos y atenciones educativas específicas para la consecución de los objetivos de aprendizaje adecuados a su desarrollo».

Figura 3. Comparativa LOMCE-LOMLOE.



Fuente: elaboración propia.

En concreto, ante un sujeto con sospecha de Trastorno del Espectro del Autismo, los profesionales tienen dos opciones de derivación para que sean valoradas estas necesidades educativas:

- Diagnóstico médico: podemos derivar a la familia al servicio de atención primaria, a su pediatra, para que les derive bien al Equipo de Atención Temprana (E.A.T.) si el alumno está escolarizado en Educación Infantil o bien al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (E.O.E.P.) si el alumno está escolarizado en Educación Primaria o en etapas sucesivas, o si el mismo especialista ve indicios, puede derivar al neurólogo y al psiquiatra para que se haga una valoración médica. Esta valoración médica debe ser vista posteriormente por el E.A.T. o E.O.E.P. para que el alumno tenga los apoyos y ayudas educativas necesarios.
- Diagnóstico educativo: es el personal del centro, generalmente el tutor/a quien da la voz de alarma y con ayuda del departamento de orientación se cumplimenta la demanda de evaluación psicopedagógica, es necesario informar a la familia y que esté de acuerdo ya que se necesita que firmen un documento autorizando dicha evaluación. En caso de poseer informes médicos es muy importante hacer llegar toda la información a los equipos.

Los equipos de orientación, tanto los EAT como los EOEP, serán quienes suministren las pruebas psicopedagógicas estandarizadas que consideren oportuno en función de la sospecha que describamos. Una vez realizada la evaluación los equipos redactan un informe describiendo todo el proceso de valoración, incluyendo los resultados de las pruebas, el diagnóstico y la modalidad educativa que necesita el alumno. Será en este momento cuando a un alumno con autismo puede aparecer cuatro tipos de modalidades: ordinaria, ordinaria con apoyos (AL y/o PT), modalidad preferente en aula TEA o educación especial.

Para hacer efectiva esta escolarización se ha de contar con un diagnóstico de TGD/TEA, emitido por los profesionales autorizados (bien del ámbito sanitario o del campo de la orientación educativa) y una descripción exhaustiva de las necesidades educativas del alumno; los EOEP's han de realizar una propuesta de escolarización en centro preferente (previa autorización de las familias) y, el EOEP específico de alteraciones graves del desarrollo, o las Comisiones Técnicas, emitirán, si procede un informe favorable a esta modalidad de escolarización, que deberá adjuntarse y formar parte de las propuestas y dictámenes de escolarización de los Equipos de Sector correspondiente.

En Extremadura, Murcia, Aragón, Valencia, Galicia y las Islas Baleares, aunque tienen diferencias, la estructura es muy semejante a la de la Comunidad de Madrid.

En Castilla y León existen los equipos de orientación de carácter general, formados por los EOEP'S y los EAT'S y dos equipos específicos: los equipos de orientación educativa de carácter específico (discapacidad motora y auditiva) y los equipos de orientación educativa de carácter especializado (altas capacidades y trastornos de conducta). Todos ellos dependen de las Direcciones Provinciales de Educación.

En Castilla la Mancha los centros públicos de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Especial cuentan con unidades de orientación, las cuales se integran en los centros, pero forman parte de los equipos de orientación y apoyo. También cuentan con departamentos de orientación en centros de Educación Secundaria, centros de recursos y asesoramiento a la escuela rural y centros territoriales de recursos para la orientación, la atención a la diversidad y la interculturalidad.

En Cantabria, al igual que Andalucía cuentan con los equipos generales de orientación educativa. Andalucía además cuenta con un Programa de Refuerzo, Orientación y Apoyo en los centros docentes públicos de Andalucía (PROA).

En Cataluña poseen los equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) y tres tipos de centros específicos: un centro de recursos educativos para deficiencias auditivas (CREDAC), uno para motóricos y un Centro de Recursos para Trastornos de Conducta, Autismo y Trastornos Mentales (CRETDIC).

En La Rioja solamente tienen equipos generales de orientación educativa, según la edad EAT o EOEP.

En el País Vasco el servicio de apoyo es denominado como "berrizegunes".

En Navarra existen dos tipos de unidades, una de apoyo educativo y otra técnica de orientación escolar propia de Educación Especial. Además, cuentan con un centro de recursos de Educación Especial dividido en áreas.

Con esto vemos en líneas generales que en este país comienzan a existir iniciativas autonómicas que atienden de manera específica a alumnado TEA.

1.4.3. Normativa y aulas TEA

Actualmente no existe ninguna normativa estatal que regule la escolarización de este tipo de alumnado. La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, modificada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, establece en el Capítulo I de su Título Preliminar, los principios de calidad y equidad del sistema educativo para garantizar la educación del alumnado, con independencia de sus condiciones o circunstancias, así como la equidad que garantice la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación. Así mismo, garantiza la flexibilidad para adecuar la educación a la diversidad de aptitudes y necesidades del alumnado.

El artículo 71.2 de la citada Ley Orgánica modificado por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, dispone que corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, pueda alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

Así mismo, el artículo 74.1 de la misma Ley Orgánica establece que la escolarización del alumnado que presenta necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación, así como la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, con la posibilidad de introducir medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas en aquellos casos en que se estime oportuno. En este sentido, la escolarización de este alumnado en unidades o centros de educación especial, sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de atención a la diversidad de los centros educativos ordinarios.

En la actualidad solamente 7 de las 17 Comunidades Autónomas poseen órdenes propias o documentos por los que se regulan los centros o la escolarización de los alumnos con trastorno del espectro del autismo (Extremadura, Castilla y León, Castilla y la Mancha, Aragón, La Rioja, País Vasco y Comunidad de Madrid) y las dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla).

En líneas generales son los Equipos de Orientación los que una vez realizada la evaluación psicopedagógica los que según las necesidades educativas que presenta el alumno determinan su modalidad de escolarización en este tipo de aulas. Los alumnos pertenecientes a estas aulas estarán adscritos al grupo-clase que le corresponde ordinario además de estar adscritos a este tipo de aulas específicas y deberán tener su correspondiente adaptación curricular individualizada.

A continuación, analizaremos la realidad en cada una de estas comunidades para ello nos hemos valido de la normativa autonómica y del artículo de la Confederación Autismo España (2020):

- **Andalucía:** la Junta ofrece la posibilidad de escolarizar al alumnado con TEA en la modalidad de aula TEA, definiendo éstas como aulas específicas para alumnado con TEA localizadas en centros educativos ordinarios. En ellas se comparten los mismos objetivos educativos de la Formación Básica Obligatoria. Las “aulas TEA” de Andalucía tienen ratios reducidas de 3-5 alumnos por aula y pueden contar con la atención de personal especializado en Pedagogía Terapéutica y en Audición y Lenguaje, así como un profesional de Integración Social. Estas aulas cuentan con material variado, adaptado y específico, que permite estructurar los espacios y el conjunto de actividades que realiza el alumnado con TEA. Su modelo de intervención implica la adaptación de espacios, actividades y rutinas a las necesidades y características personales de cada estudiante, favoreciendo la comprensión y anticipación de lo que va a suceder en cada momento. Existen Equipos de Orientación Educativa especializados provinciales para alumnado con TEA (o trastornos generalizados del desarrollo) y suelen contar con una o dos personas especializadas en TEA.

Tabla 15. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Andalucía.



Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en Andalucía	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria (con y sin apoyos en periodos variables)	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Aula específica para alumnado con TEA/Aula TEA	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO
Aulas de educación especial genéricas	Aula específica	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E/EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Aragón:** la Orden ECD/445/2017, de 11 de abril, por la que se modifica la Orden de 9 de octubre de 2013, de la Consejera de Educación, por la que se regulan los centros de atención preferente a alumnos con trastorno del espectro autista. Los centros de atención preferente aragoneses son centros ordinarios que cuentan con recursos educativos especializados en la promoción del desarrollo, aprendizaje y participación del alumnado con TEA durante el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria. En dichas normativas se establece que el número máximo de alumnos con TEA en centro preferente será de siete en centro de una línea reservada y de catorce en centros de dos líneas reservadas. Los recursos personales con los que contarán en las etapas de Educación Infantil y Primaria serán un maestro de Audición y Lenguaje, del maestro de Pedagogía Terapéutica en su caso y el Auxiliar en Educación Especial. En la etapa de educación secundaria contarán con un maestro de Pedagogía Terapéutica y del auxiliar de educación especial. El número de profesionales depende del número de estudiantes matriculados en cada centro. En el anexo I de la Orden, se establecen los niveles de participación de los alumnos en sus aulas de referencia (nivel idóneo y nivel mínimo).
Existe un equipo de orientación educativa especializado para alumnos con trastorno del espectro del autismo.

Tabla 16. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Aragón.



Aragón

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en Aragón	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria (con y sin apoyos en periodos variables)	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA	Centro de atención preferente para alumnado TEA	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias y apoyos dentro de clase y en aula de apoyo)	EI/EP/ESO/FPB
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial genéricas	Unidades de educación especial en centros ordinarios	Centro ordinario	Especial	E.I./EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I./EBO
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I./EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Principado de Asturias:** las aulas abiertas asturianas son definidas como “espacios de preparación y transición” al aula de referencia con el grupo de iguales de centro ordinario. Están dirigidas al alumnado que requiere de ajustes curriculares significativos, dificultades de aprendizaje y alumnado con necesidades educativas especiales derivadas, fundamentalmente de, un trastorno del espectro del autismo, trastorno del desarrollo y dificultades comunicativas, tanto para el segundo ciclo de Educación Infantil como para Primaria. Su objetivo es disminuir el número de alumnos escolarizados en modalidad específica y apoyar la respuesta educativa que los centros ordinarios dan al alumnado con Necesidades Educativas Especiales. Sus ratios son reducidas, entre 3 y 6 alumnos por grupo, y están adscritas orgánicamente al centro en el que se ubican, formando parte de su plantilla funcional. Suelen estar dotadas con un maestro especialista en Pedagogía Terapéutica y/o especialista en Audición y Lenguaje, los cuales ejercen sus funciones a tiempo completo y se coordinan con el resto del profesorado en el desarrollo, seguimiento y evaluación de Plan de Trabajo Individualizado de estos alumnos, siendo su responsable el profesor tutor.

Los diferentes profesionales que trabajan en estos centros conforman una Red en la que cooperan conjuntamente para diseñar una formación específica dentro del marco de grupo de trabajo acompañados por el Equipo Regional de atención al alumnado con NEAE-unidad TEA (equipos de orientación especializados para alumnado con trastorno del espectro del autismo).

Tabla 17. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en el Principado de Asturias.

Principado de Asturias —

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en P. de Asturias	Localización	Curriculo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/EBO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA	Aula abierta especializada	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial genéricas	Unidades de educación especial en centros ordinarios	Centro ordinario	Especial	E.I.E./EBO/TVa
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E./EBO/TVa
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Ordinario	E.I.
			Especial	EP

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Islas Baleares:** existen tres modalidades de escolarización para alumnado TEA: las Unidades Volantes de Atención a la Integración (UVAI), las Unidades Educativas Específicas en Centros Ordinarios (UEECO) y las Aulas Sustitutorias de Centro Específico (ASCE). Las UVAI son unidades itinerantes formadas por profesionales contratados de entidades externas que se desplazan a los centros en los que el alumnado se encuentra escolarizado. Periten proporcionar una respuesta educativa ajustada y adaptada a las características particulares de los estudiantes con necesidades educativas especiales derivadas de trastornos específicos como el TEA, entre otros. Son unidades de atención específica para alumnado escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil y en el primer ciclo de Educación Primaria, en centros educativos sostenidos con fondos públicos. Entrás las funciones del equipo está el valorar las necesidades educativas del alumnado y colaborar en el diseño de las adaptaciones curriculares, también proporciona atención directa en el aula, asesora a los equipos docentes, informa a las familias y sensibiliza a los iguales. Generalmente dan apoyo a alumnado en aulas ordinarias, pero también pueden dar apoyo a alumnado en unidades educativas específicas en centros ordinarios (UEECO).

Las UECCO son aulas específicas localizadas en centros ordinarios destinadas a alumnado que presenta necesidades educativas especiales de carácter grave y permanente que no puedes ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad. El alumnado pasa la mayor parte de la jornada lectiva en este tipo de aula y tiene un grupo de referencia equiparado en edad con el que comparte algunas actividades de la jornada escolar. El equipo está conformado por un maestro de Pedagogía Terapéutica y un Auxiliar Técnico Educativo. La ratio está establecida en seis alumnos por unidad. El currículo que se utiliza es el de la Enseñanza Básica Obligatoria, en centros de Educación Primaria y Secundaria.

Las aulas sustitutorias de centro específico (ASCE) son aulas de educación especial privados o concertados localizadas en centros ordinarios. Estas aulas tienen como objetivo atender a un grupo reducido de estudiantes que necesiten adaptaciones curriculares significativas y permanentes. Paralelamente, el grupo participa en actividades del centro ordinario, fomentando la inclusión y la sensibilización del resto de la comunidad educativa. El currículo que se utiliza es el de la Enseñanza Básica Obligatoria, en centros de Educación Primaria y Secundaria. El alumnado en aulas ASCE puede ser atendido en modalidad combinada entre el aula ASCE y un centro de educación especial.

Tabla 18. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en las Islas Baleares.



Islas Baleares - Illes Balears

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en I. Baleares - I. Balears	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
	Aula ordinaria+ apoyo de las Unidades Volantes de Atención a la Integración (UVAI)			2º E/1º ciclo primaria
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial genéricas	Unidades educativas específicas en centros ordinarios- UEECO (forman parte del centro)	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO
	Aulas Sustitutorias de Centros Específicos- ASCE (privadas)	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E/EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Canarias:** las Aulas Enclave (AE) son unidades de escolarización en centros educativos ordinarios en las que se proporciona una respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas especiales. Se dirigen preferentemente a alumnado que requiere adaptaciones significativas en la mayor parte o en todas las áreas o materias del currículo, precisando de la utilización de recursos extraordinarios de difícil generalización. Existen AE en colegios de Educación Infantil y Educación Primaria para alumnado hasta los 14 años y en institutos de Educación Secundaria de los 14 a los 21 años. A nivel curricular, el alumnado cursa el currículo de educación especial.

Las AE que escolarizan alumnado en centros de Educación Infantil y Educación Primaria tienen una ratio de tres a cinco alumnos. EN el caso de alumnado matriculado en institutos de Educación Secundaria, esta ratio se amplía hasta seis estudiantes. En los centros de Infantil y Primaria, cada AE cuenta con un profesor especialista de apoyo, que es el tutor del alumnado del grupo y un auxiliar educativo. A partir de los 14 años, la respuesta educativa se organiza en torno a la concreción curricular de Transición a la Vida Adulta y las AE cuentan con el profesor especialistas y también con otro adjunto de taller.

Existen Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica específicos de TGD/TEA provinciales: en Las Palmas, EOEPE específico TGD LAS Palmas y, Tenerife, EOEP específico TGD.

Tabla 19. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Canarias.

	Denominación en Canarias	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESQ/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial genéricas	Aula enclave	Dentro ordinario	Especial	E.I.E./EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E./EBO
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E./EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Cantabria:** no existe un equipo específico de orientación. Existen los Centros de Recursos de Educación Especial (CREE) que son equipos de docentes de PT y AL que colaboran con los profesionales de la educación de los centros ordinarios y específicos, en el diseño, puesta en marcha y seguimiento de la respuesta educativa inclusiva de alumnado con necesidades educativas especiales que requieren un nivel de intensidad de apoyos y ajustes (incluyendo alumnado TEA).

No existen aulas específicas para alumnado TEA.

Tabla 20. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Cantabria.

Cantabria —



Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en Cantabria	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial genéricas	Unidad de educación especial (UEE)	Centro ordinario	Especial	E.IE/EBO/TVA
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.IE/EBO/TVA
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.IE/EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Castilla y León:** existen aulas que prioritariamente dependen de asociaciones especializadas en autismo o de centros específicos para alumnos con TEA, que están ubicadas en centros ordinarios. Son aulas de educación especial, específicas para alumnado con TEA. Ofrecen a los estudiantes la posibilidad de compartir los procesos de enseñanza-aprendizaje con los iguales que acuden al centro ordinario y con su grupo de referencia, así como otros espacios y actividades complementarias y extracurriculares. Son aulas con ratios reducidas y profesionales especializados en la atención educativa a alumnado con TEA. Cursan el currículo de educación especial y se establece en el dictamen de escolarización la modalidad combinada.

Los apoyos a la Comunicación, Lenguaje, Autonomía y Socialización (CLAS), son apoyos específicos para alumnado con TEA existentes en algunas provincias de Castilla y León que todavía no están reguladas oficialmente y se llevan a cabo con carácter piloto o experimental. Vienen recogidas en el Plan de Atención a la Diversidad de Castilla y León 2017-2022. Son apoyos para alumnado con dificultades comunicación y lenguaje, como el alumnado con TEA. El alumnado pasa la mayor parte del tiempo con su grupo en el aula ordinaria y recibe apoyos del profesorado vinculado al aula CLAS dentro del aula ordinaria, así como en la propia aula CLAS y en el resto de espacios del centro. Las ratios de la clase son reducidas, de cinco a ocho alumnos. El alumnado sigue el currículo ordinario con adaptaciones individuales.

Los profesionales del aula son un maestro de Pedagogía Terapéutica y/o un maestro de Audición y Lenguaje y Ayudante Técnico Educativo

Tabla 21. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Castilla y León.



Castilla y León —

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en Castilla y León	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + apoyos específicos para alumnado con TEA	Apoyos CLAS: Comunicación, Lenguaje, Autonomía y Socialización	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Aula sustitutoria de Centro de Educación Especial	Centro ordinario	Especial	EI/EP/ESO
Aulas de educación especial genéricas	Unidad de educación especial/ Aulas sustitutivas	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO/FPB
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO
Escolarización combinada	Combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E/EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Castilla la Mancha:** en el ámbito específico de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, la Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación, establece en su artículo 120 que la respuesta a la diversidad del alumnado se regirá, entre otros, por los principios de igualdad de oportunidades y acceso universal, normalización, flexibilidad, inclusión escolar e integración social, para lo cual la escolarización de este alumnado se efectuará en el entorno más normalizado, preferentemente en los centros ordinarios, con prioridad de las medidas normalizadoras frente a las extraordinarias, aplicando refuerzos y apoyos basados en programas individualizados de trabajo en contextos heterogéneos y flexibles, y utilizando modelos de tutoría personalizada complementarios a la tutoría de grupo. Por su parte, el Decreto 66/2013, de 3 de septiembre, por el que se regula la atención especializada y la orientación educativa y profesional del alumnado en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, establece en su artículo 15.5. que cuando la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización, realizado por los profesionales de la orientación educativa, determinen que el alumnado presenta necesidades educativas especiales, se llevará a cabo la escolarización en centros de educación especial, unidades de educación especial, aulas abiertas especializadas en centros ordinarios o modalidad combinada, donde sus necesidades educativas puedan ser mejor atendidas y se garantice el adecuado progreso del alumnado, en un marco de cooperación familiar. Y añade en el

artículo 15.6. que la propuesta de escolarización de este alumnado en un aula especializada en centro ordinario se realizará por los profesionales de orientación educativa. Será preceptivo el dictamen de escolarización, así como la opinión de los padres o tutores legales. Además, el citado Decreto, en el punto e, del artículo 13.2, recoge que los centros de educación especial, las unidades de educación especial, las aulas abiertas especializadas en centros ordinarios y los centros ordinarios que escolaricen alumnos con necesidades educativas especiales, dispondrán en su adaptación curricular de un nivel de concreción curricular, que desarrolle las competencias básicas en el ámbito de la autonomía personal, social y laboral, y que mejore las destrezas adaptativas, comunicativas y sociales.

Por otro lado, la valoración inicial positiva de la puesta en marcha, durante el curso 2012-2013, de un proyecto experimental por el que se crean aulas para alumnos que padecen Trastornos de Espectro Autista (TEA) y contempla estos espacios especializados en centros ordinarios, para conseguir los principios de normalización e inclusión, hace que corresponda ahora la regulación de este tipo de aulas. La enseñanza dirigida a este alumnado con necesidades específicas requiere unos recursos y apoyos muy especializados, el trabajo de profesionales de diferentes especialidades y el empleo de elementos metodológicos y didácticos muy específicos. Las especiales dificultades que estos alumnos tienen para la comprensión del mundo, para la comunicación y la relación social, hacen necesario el empleo de un entorno muy estructurado y la utilización de recursos para la comunicación que justifican la necesidad de la creación de estas aulas. Vieron conveniente regular la existencia de una metodología común, aplicada en todas las aulas abiertas especializadas, por razones de seguridad jurídica, se incorpora un artículo dentro de un nuevo marco normativo, en el que queda patente la coordinación con los centros de educación especial, pues según el artículo 30.5 del citado Decreto 66/2013, por el que se regula la atención especializada y la orientación educativa y profesional del alumnado en la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, “se consideran a los Centros de Educación Especial como centros de recursos, para la respuesta a la atención a la diversidad, abiertos a los profesionales de su ámbito geográfico y al resto de la comunidad educativa, con el fin de proporcionarles servicios que, por su especificidad, no estén disponibles en los centros ordinarios correspondientes”.

La Orden de 11/04/2014, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se crean, regula y ordena el funcionamiento de las Aulas Abiertas Especializadas, para el alumnado con trastorno de espectro autista, en centros sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha tiene por objeto crear, regular y ordenar el funcionamiento de las Aulas Abiertas Especializadas, para conseguir los principios de

normalización e inclusión del alumnado con TEA en centros sostenidos con fondos públicos de educación infantil, primaria y secundaria.

Los objetivos fundamentales de las Aulas Abiertas Especializadas son: desarrollar en el alumnado estrategias de comunicación, verbales y no verbales, que les posibilite expresar necesidades, emociones y deseos; proporcionar aprendizajes funcionales que le permitan desenvolverse con autonomía en situaciones de la vida cotidiana; participar de forma activa en situaciones normalizadas del entorno escolar, social y familiar y, desarrollar capacidades y aprendizajes académicos, con el empleo de una metodología muy ajustada a sus características cognitivas, comunicativas y sociales y la utilización de recursos tecnológicos y material didáctico específico.

La inclusión del alumnado en las aulas será voluntaria por parte de las familias, debiendo cumplirse un diagnóstico TEA y que por sus necesidades educativas especiales necesite un modelo de apoyo especializado. El alumnado cursa las enseñanzas correspondientes al segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria, con un currículo adaptado. La ratio del alumnado será de cuatro a seis alumnos en Educación Infantil y Primaria y de cuatro a siete en Secundaria.

Las aulas serán atendidas por un maestro especialista en PT, que coordinará el funcionamiento de estas aulas, un maestro especialista en Audición y Lenguaje que dedicará la totalidad del horario y un Auxiliar Técnico Educativo.

Actualmente no existen Equipo de Orientación Educativa con carácter específico para alumnado con TEA. Sin embargo, el Decreto 85/2018 de inclusión educativa, contempla que se podrán crear otros Equipos de Atención Educativa para el alumnado con trastorno del espectro autista.

Tabla 22. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Castilla la Mancha.



Castilla - La Mancha

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en Castilla La Mancha	Localización	Cumiculu	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA	Centros con Proyecto TEA (aulas abiertas)	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial genéricas	Aulas sustitutivas de educación especial (UEE)	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO
Escolarización combinada	Combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E/EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Cataluña:** la normativa catalana recoge como medidas y apoyos intensivos aquellas actuaciones educativas extraordinarias adaptadas a la singularidad del alumnado con necesidades educativas especiales. Nos ha resultado complejo identificar los decretos concretos por encontrarse exclusivamente en catalán, por este motivo nos hemos basado exclusivamente en el artículo de la Confederación de Autismo España (2020).

Existen diferentes medidas y apoyos intensivos de las que puede beneficiarse el alumnado con TEA. Por un lado, están las medidas y apoyos intensivos para alumnado con necesidades educativas especiales, entre los que se encuentran los apoyos Intensivos a la Escuela Inclusiva (SIEI), los programas de Aula Integral de Apoyo (AIS) y el apoyo de los Centros de Educación Especial como Proveedores de Servicios y Recursos (CEEPSIR). Para dotar al profesorado de estrategias especializados los centros cuentan con el apoyo del EAP (Equipo de orientación y Asesoramiento Psicopedagógico) y con el CRETDIC (Centro de Recursos Educativos para alumnos con Trastornos en el Desarrollo y en la Conducta). No existe un equipo de orientación específico para alumnado TEA.

Los SIEI son dotaciones extraordinarias de profesionales que se incorporan a las plantillas de los centros ordinarios como recursos intensivos para atender al alumnado con necesidades educativas especiales que lo necesite. El alumnado recibe los apoyos en el aula con su grupo de referencia, siendo el grupo y el espacio los que se adaptan a las necesidades de los estudiantes.

Los AIS son concebidos como aulas de transición a centros ordinarios para estudiantes con dificultades emocionales y de conducta. Se sitúa en un espacio singular, diferente del centro escolar, aunque depende orgánicamente de un centro escolar ordinario o de Educación Especial. El equipo de la AIS lo forman profesionales vinculados a educación y también a la salud mental.

Los centros de Educación Especial en Cataluña pueden ser proveedores de servicios y recursos para el personal docente de centros de Educación Primaria y Secundaria. Pueden desarrollar dos tipos de apoyos: colaboración en la atención directa a los alumnos con necesidades educativas especiales en coordinación con diversos agentes o la aplicación de programas de estimulación de la comunicación y el lenguaje, las habilidades adaptativas, la autorregulación emocional y la motricidad y movilidad, de adaptación del entorno físico, u otros.

A los CEEPSIR se recurren una vez agotadas todas las medidas y apoyos en el contexto educativo ordinario. El alumnado con TEA con necesidades educativas especiales graves y permanentes pueden ser excepcionalmente atendidos en este tipo de centros, siendo la mayoría privados concertados.

Tabla 23. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Cataluña.

Cataluña - Catalunya —

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo



	Denominación en Cataluña - Catalunya	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria + Medidas y apoyos intensivos	Centro ordinario	Ordinario/Especial	EP/ESQ/EBO
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial genéricas				
Centro de educación especial	Centros de educación especial proveedores de servicios y recursos (CEEPSIR)	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO
Escolarización combinada				
Otros	Programas de aula integral de apoyo (AIS)	Espacios singulares	Atención educativa y terapéutica	EI/EP/ESO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Comunidad Valenciana:** las aulas CyL o unidades de comunicación y lenguaje son aulas localizadas en centros ordinarios que suponen un recurso especializado para alumnado con TEA. Están destinados a alumnado con TEA que, aunque requiere apoyos intensivos y especializados durante la mayor parte de su jornada escolar, dispone de un nivel mínimo de autonomía y de competencia personal y social en relación con su edad, que facilita su inclusión en un centro ordinario.

El alumnado con TEA está escolarizado en el aula ordinaria cuando requiere una atención por parte del aula de CyL inferior al 50% del horario lectivo y sigue el currículo ordinario, aunque requiera adaptaciones. Cuando el alumno precisa una atención que supera el 50% de la jornada lectiva, está escolarizado en la unidad específica CyL; en estos casos también está adscrito a un grupo de referencia próximo a su edad cronológica y sigue un currículo adaptado a sus necesidades (siguiendo la estructura de áreas o materias del currículum ordinario).

Estas unidades tienen una ratio de entre cinco y ocho estudiantes si están escolarizados en la modalidad específica, pudiendo ser inferior cuando las necesidades de escolarización lo justifican. En Educación Infantil y en Educación Primaria, las unidades específicas de comunicación y lenguaje cuentan con un maestro de Pedagogía Terapéutica, un maestro de Audición y Lenguaje y un educador de Educación Especial. En Educación Secundaria, las unidades específicas de comunicación y lenguaje cuentan con un maestro de Pedagogía Terapéutica y un maestro de Audición y Lenguaje, que puede sustituirse por un segundo puesto de especialista de Pedagogía Terapéutica, atendiendo a las características del alumnado.

En la Comunidad Valenciana los centros de Educación Especial actúan también como centros de recursos y asesoramiento. Apoyan a los centros ordinarios en la respuesta educativa y en los procesos de transformación hacia la inclusión.

Pueden además dar cabida a programas grupales de escolarización combinada con centros ordinarios y a programas formativos de cualificación básica adaptada a personas con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad.

Tabla 24. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en la Comunidad Valenciana.

Comunidad Valenciana - Comunitat Valenciana

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo



	Denominación en C. Valenciana	Localización	Curriculo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA	Unidad específica de Comunicación y Lenguaje-modalidad ordinaria	Centro ordinario	Ordinario	EI/EP/ESO/FPB
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Unidad específica de Comunicación y Lenguaje-modalidad especial	Centro ordinario	Especial	E.I.E./EBO
Aulas de educación especial genéricas	Unidad específica sustitutiva de un centro de Educación Especial	Centro ordinario	Especial	E.I.E./EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E./EBO
Escolarización combinada	Combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E./EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Extremadura:** en el Decreto 228/2014, de 14 de octubre, por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura, contiene entre sus principios fundamentales de actuación que las medidas de atención a la diversidad estarán orientadas hacia la respuesta a las necesidades educativas concretas de los alumnos y alumnas, para que todos ellos puedan alcanzar el máximo desarrollo personal, social, intelectual, emocional y profesional, de manera que en ningún caso dichas necesidades puedan suponer discriminación alguna que dificulte su desarrollo. La Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura, en el artículo 26 establece que la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales se llevará a cabo preferentemente en centros ordinarios. Asimismo, en dicho artículo se señala que la Administración educativa podrá incorporar recursos específicos en los centros ordinarios y adoptar las medidas organizativas y curriculares que considere a fin de favorecer el proceso de socialización del alumnado con problemas de comunicación y relación. Teniendo en cuenta el Derecho a la educación como un derecho básico de las personas, así como el principio de inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales en centros ordinarios, aparecieron en ésta Comunidad Autónoma las primeras aulas especializadas con carácter experimental para el alumnado con Trastornos del Espectro del Autismo en centros ordinarios. Debido a que cuentan con una valoración altamente positiva y según lo establecido en el artículo 31 del Decreto 228/2014, de 14 de octubre,

por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la Consejería con competencias en materia de educación, regula mediante la Orden del 12 de febrero de 2015, por la que se regula la organización y funcionamiento de las aulas especializadas para el alumnado con trastornos del espectro del autismo en centros educativos sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Los objetivos fundamentales de las aulas especializadas para alumnado TEA son: desarrollar en el alumnado estrategias de comunicación, verbales y no verbales, que les posibilite expresar necesidades, emociones y deseo; proporcionar aprendizajes funcionales que le permitan desenvolverse con autonomía en situaciones de la vida cotidiana; participar de forma activa en situaciones normalizadas del entorno escolar, social y familiar y, desarrollar capacidades y aprendizajes académicos, con el empleo de una metodología ajustada a sus características cognitivas, comunicativas y sociales y la utilización de recursos tecnológicos y material didáctico específico.

Los destinatarios de estas aulas serán alumnos que presenten TEA y en su evaluación psicopedagógica determine que presenta las siguientes características: un funcionamiento en el contexto escolar ordinario que exija un tipo de atención individualizada, déficit en comprensión social de situaciones de enseñanza y aprendizaje, y autonomía o habilidades adaptativas inferior a la que correspondería por edad. La ratio del alumnado atendido en las aulas especializadas de TEA, con carácter general, será de tres a seis alumnos en Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Dichas aulas serán atendidas por un maestro especialista en Audición y Lenguaje que coordinará el funcionamiento de las aulas y dedicará la totalidad de su horario a la atención de las mismas; un especialista en PT, con una dedicación horaria que estará en función de las necesidades educativas de los alumnos; así como un auxiliar técnico educativo u otro, para favorecer la autonomía y la integración social del alumnado y, educadores sociales (en los Institutos de Educación Secundaria), que llevarán a cabo funciones de apoyo a las tareas generales de estas aulas. En Extremadura también existen las aulas abiertas, las cuales se localizan en centros ordinarios y están destinadas a alumnado que cursa currículo especial durante las etapas de la educación obligatoria. Su objetivo es facilitar una respuesta adaptada a aquel alumnado que precisa de adaptaciones curriculares muy significativas, pero puede participar de actividades socializadoras del centro. El alumnado cursará las enseñanzas correspondientes al Segundo Ciclo de Educación Infantil y la Enseñanza Básica Obligatoria para alumnos con necesidades educativas especiales. La ratio puede oscilar entre tres y seis alumnos por aula y serán atendidos, con carácter general por: un maestro especialista en Pedagogía Terapéutica, que será el tutor del grupo, al que dedicará la totalidad de su horario; un especialista en Audición y Lenguaje, con una dedicación

horaria que estará en función de las necesidades educativas de los alumnos y, un auxiliar técnico educativo responsable de la atención a este alumnado en el comedor escolar y durante el periodo previo y posterior a la comida.

En Extremadura existen equipos específicos provinciales: Badajoz (Equipo de Orientación Educativa y psicopedagógica de Trastornos del Espectro Autista) y Cáceres (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica específico para la atención al alumnado con Trastorno del Espectro del Autismo).

Tabla 25. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Extremadura.



	Denominación en Extremadura	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA	Aula Especializada para el alumnado con TEA	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Aula Abierta Específica	Centro ordinario	Especial	EI/EP/ESO/FPB
Aulas de educación especial genéricas	Aula Abierta General	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBQ/TVA
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBQ/TVA
Escolarización combinada	Combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E/EBQ/TVA

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Galicia:** existen centros ordinarios que se habilitan como centros de escolarización preferente para alumnado con TEA. Su finalidad es proporcionar una atención educativa con recursos humanos o materiales específicos de difícil generalización. Estos centros pueden habilitarse en las etapas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria. El alumnado en centros preferentes cursará las enseñanzas correspondientes al Segundo Ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria, con las adaptaciones necesarias.

Al margen del análisis de las modalidades de escolarización, en Galicia está aprobado por la Xunta el primer Protocolo de actuación para el Alumnado con Trastorno del Espectro de Autismo, publicada en marzo de 2016, en compromiso con los preceptos del Decreto 229/2011, de 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado

de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia en los que se imparten las enseñanzas establecidas en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, y en una apuesta decidida por la atención a la diversidad desde entornos inclusivos, la igualdad de oportunidades y el desarrollo del potencial y autonomía del alumnado con TEA. En su desarrollo colaboró la Administración con las asociaciones, los profesionales de orientación educativa y de los centros y unidades de educación especial, los colectivos implicados, las familias y el conjunto de la sociedad. La finalidad del protocolo, dirigido a familiares y profesionales de la enseñanza, es la de facilitar la detección precoz del TEA y promocionar una atención educativa dirigida al desarrollo personal y social del alumnado, que implique al conjunto del centro educativo y a las familias. Está compuesto por diferentes epígrafes que incluyen el diagnóstico (cuenta con anexos de indicadores y modelos de screening), el tratamiento educativo del TEA y el proceso de seguimiento y evaluación.

Los centros de educación especial se constituyen en centros de recursos educativos para los centros de la zona. Incorporan actividad también pueden atender con carácter ambulatorio a alumnado en centros ordinarios.

En Galicia no existen equipos de orientación educativa específicos de TEA. No obstante, la orientación educativa especializada se abarca desde los equipos específicos de orientación provinciales con especialistas en TEA en cada uno de ellos.

Tabla 26. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Galicia.

Galicia —

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en Galicia	Localización	Curriculo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario Centro de atención preferente TEA	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Unidades de educación especial a tiempo completo	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO
Aulas de educación especial genéricas	Unidades de educación especial tiempo completo	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO
Escolarización combinada	Unidades de educación especial combinadas	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E/EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Comunidad de Madrid:** tiene dos documentos uno titulado “*Los centros de escolarización preferente para alumnado con trastornos generalizados del desarrollo en la Comunidad de Madrid*” (Sierra, 2007) en el que se recogen los aspectos prácticos de una propuesta inclusiva y otro “*Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con NEE derivadas de trastornos generalizados del desarrollo en centros preferentes de la Comunidad de Madrid*” (Subdirección general de centros de Educación Infantil, Primaria y Especial, 2012). En este último documento se detallan los pasos en el proceso de valoración, los criterios que se desarrollan para fundamentar la propuesta de escolarización en los centros preferentes teniendo en cuenta el grado de afectación, el nivel de desarrollo/capacidad cognitiva, el área de comunicación y lenguaje y el área social y de autonomía personal.

La propuesta de la Comunidad de Madrid (documento marco) no supone la presencia de un aula de educación especial en un centro ordinario, ni una propuesta de escolarización combinada, sino que supone un cambio en la configuración del centro educativo ya que la finalidad es crear un entorno educativo, organizativo y metodológico que dé respuesta, en un contexto inclusivo, a las necesidades de estos alumnos. Para la consecución de esta finalidad, recogida en el documento marco de la Comunidad de Madrid, se delimitan los siguientes objetivos:

- Promover la inclusión del alumnado con TEA en la dinámica general del centro y en los distintos entornos de aprendizaje y de relación social.
- Sensibilizar y formar a la comunidad educativa para conseguir su implicación en la respuesta al alumnado con TEA intentando impulsar la formación continua del profesorado o Revisar y modificar los documentos del centro relacionados con el alumnado del proyecto.
- Garantizar el establecimiento de tiempos y espacios de coordinación que posibiliten la comunicación entre las estructuras del centro y facilite el trabajo conjunto.
- Organizar el entorno escolar y consensuar metodologías que incidan en la dinámica general del centro (estructuración espacial, temporal, apoyos visuales, medicación social etc...).
- Velar por recursos espaciales profesionales y materiales, que posibiliten una respuesta de calidad. o Informar y sensibilizar a las familias del centro del Proyecto TEA y sus implicaciones.
- Planificar el seguimiento y evaluación del Proyecto.

En el primer documento se recogen los recursos personales con los que contará el aula: un profesor de PT/AL y un Técnico de Apoyo.

La escolarización combinada a tiempo parcial en Madrid se desarrolla a través de unidades (o aulas estables) vinculadas a un centro concertado de educación especial especializado en TEA (centro de referencia a todos los efectos para el alumno o alumna), que se rigen por los mismos criterios que el resto de las aulas de educación especial.

Tabla 27. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en la Comunidad de Madrid.

Comunidad de Madrid —

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo



	Denominación en Comunidad de Madrid	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA	Aulas TEA	Centro ordinario de atención preferente	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Escolarización combinada a tiempo completo "aulas estables"	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO
Aulas de educación especial genéricas	Unidad de educación especial	Centro ordinario	Especial	E.I.E/EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO
Escolarización combinada	Escolarización combinada a tiempo parcial	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E/EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Región de Murcia:** las Aulas Abiertas en Murcia son aulas especializadas destinadas a la atención de determinados alumnos con necesidades educativas especiales graves y permanentes, que precisan de apoyo extenso y generalizado en todas las áreas del currículo que no pueden ser adecuadamente atendidas en el marco de aula ordinaria con apoyos, o que requieren esta atención una vez se han agotado todas las medidas organizativas, metodológicas y curriculares posibles del aula ordinaria. Son recursos educativos donde los alumnos reciben apoyos específicos en un entorno normalizado. Además, ofrecen al alumnado la oportunidad de compartir los procesos de enseñanza/aprendizaje con otros y otras estudiantes que acuden al centro ordinario o con su grupo ordinario de referencia, así como otros espacios (recreos, comedor) y actividades complementarias y extracurriculares. El alumnado escolarizado en un aula abierta tiene un grupo de referencia ordinario, determinado por su edad cronológica y su nivel de competencia curricular, pudiendo ser de hasta dos cursos inferiores a su edad. El alumnado escolarizado en aula abierta en un centro de educación infantil y primaria cursa las enseñanzas correspondientes al segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria con el currículo adaptado. Existen diferentes tipos de

aulas abiertas especializadas: las aulas abiertas genéricas y las específicas. Las aulas abiertas genéricas escolarizan alumnado con distintos tipos de discapacidades, mientras que las específicas escolarizan al alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de pluridiscapacidad específica, como es el caso del alumnado con TEA o TGD con discapacidad intelectual asociada.

Las aulas abiertas especializadas tienen ratios reducidas de 3-5 alumnos y alumnas para el alumnado de segundo ciclo de Educación infantil y 4-6 estudiantes en la enseñanza básica obligatoria. Este alumnado podrá permanecer escolarizado en las mismas hasta una edad límite de 16 años en el caso de los CEIP y de 18 en los IES. El aula abierta es atendida por un maestro especialista en Pedagogía Terapéutica, que es el tutor del grupo, dedicándole la totalidad de su horario; por un especialista en Audición y Lenguaje, en el horario que corresponda y por un auxiliar técnico educativo. Además, el alumnado recibe docencia de los especialistas en educación física, música y religión o, en su caso, de la materia alternativa.

Entre la oferta educativa para el alumnado con TEA en la Región de Murcia está la educación en centros de educación especial específicos. Éstos, además de proporcionar directamente la atención educativa al alumnado que lo requiere, se configuran como centros de recursos a disposición de los centros educativos de su zona, con el objetivo de compartir su conocimiento, experiencia y recursos especializados dirigidos a este colectivo.

En la Región de Murcia existe un Protocolo de Coordinación de las Actuaciones Educativas y Sanitarias para la Detección e Intervención Temprana en los Trastornos del Espectro Autista (TEA) (Candel et al., 2012), elaborado por la Consejería de Educación, Formación y Empleo y la Consejería de Sanidad y Política Social. El protocolo está dirigido a familiares y profesionales sanitarios y de la enseñanza. Es una herramienta dirigida a favorecer la detección, diagnóstico y tratamiento del TEA y la coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias, de manera que se fomente una respuesta educativa y sanitaria óptima. Está compuesto por diferentes epígrafes que incluyen protocolos de detección y diagnóstico, así como recomendaciones para profesionales de la educación sobre la organización de la respuesta educativa, con información sobre las adaptaciones en los elementos de acceso y en los elementos básicos del currículo.

Las unidades terapéuticas educativas (UTE) son unidades formadas por un equipo de profesionales que realiza una intervención dirigida al alumnado con trastorno grave de conducta. Un elevado porcentaje de los alumnos y alumnas que acuden a ellas presentan un diagnóstico de TEA y alteraciones graves asociadas. Normalmente estas unidades son atendidas por un orientador u orientadora, dos maestros en Pedagogía Terapéutica y tres especialistas en Psicología Clínica.

En Murcia existen los Equipos de orientación especializados para alumnado con trastorno del espectro del autismo Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo. Además, cuentan con la Unidad Terapéutica Educativa, un grupo de profesionales destinados a la atención específica del alumnado con trastornos graves de conducta.

Tabla 28. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en la Región de Murcia.

Región de Murcia —

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo



	Denominación en Región de Murcia	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Aula abierta específica TEA	Centro ordinario	Adaptado	E.I.E/EP/ESO
Aulas de educación especial genéricas	Aula abierta genérica	Centro ordinario	Adaptado	E.I.E/EP/ESO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Adaptado	E.I.E/EP/ESO
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Ordinario con adaptaciones significativas en todas las áreas/materias	E.I.E/EP/ESO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Comunidad Foral de Navarra:** las Unidades de Transición/Trastorno Generalizado del Desarrollo (UT), son aulas ubicadas en centros ordinarios públicos y concertados en las etapas de Educación Infantil (2º ciclo) y Primaria. Están destinadas a alumnado que presenta necesidades educativas especiales, asociadas a trastorno del espectro del autismo, trastornos generalizados del desarrollo y/o trastornos graves de la comunicación y discapacidad intelectual moderada, cuya propuesta de modalidad de escolarización sea de centro ordinario. El objetivo es proporcionar un ambiente altamente estructurado y organizado, al mismo tiempo que permite al alumnado beneficiarse de las posibilidades integradoras y normalizadoras de un contexto ordinario. El currículo de estas aulas es el de la educación especial y tiene como referente las competencias establecidas en los currículos de Educación Infantil y de Educación Primaria. Está organizado por áreas en el segundo ciclo de la Etapa de Educación Infantil y por ámbitos en la Educación Primaria. La escolarización en UT supone atención de profesorado específico: profesorado de Pedagogía Terapéutica que se responsabiliza de la tutorización de la unidad, la realización de la programación de aula, adaptaciones, evaluaciones, coordinaciones con profesionales del centro y familias. Profesorado de Audición y Lenguaje: la atención del alumnado se realiza de forma prioritaria a través de la

modalidad de atención indirecta. En los casos en los que las necesidades del alumnado así lo requieran, como respuesta a necesidades derivadas de Trastorno Específico del Lenguaje, retrasos graves del lenguaje o ante la introducción de Sistemas Alternativos de Comunicación, se puede realizar atención directa. Cuidador/a: es un recurso de apoyo al alumnado con discapacidad que precisa de cuidados personales permanentes y cuyo objetivo es facilitar el desarrollo de la autonomía personal y el acceso al currículum. Profesorado de la especialidad de Orientación Educativa: entre sus funciones está la realización de la evaluación psicopedagógica, asesorar e intervenir con el alumnado sus familias, asesoramiento en procedimientos y criterios de elaboración de Adaptaciones curriculares (ACS). Otros profesionales implicados, que asumen sesiones determinadas en función de los contenidos u objetivos que se quieran trabajar durante el tiempo en que el equipo profesional de la unidad no facilita la atención educativa al alumnado escolarizado en la misma.

Las Unidades de Currículo Especial (UCE) son aulas ubicadas en centros ordinarios públicos y concertados en la etapa de educación secundaria. Están destinadas a alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad psíquica con déficit intelectual ligero o medio que haya estado escolarizado en centros ordinarios durante la etapa de Educación Primaria. El objetivo es proporcionar estructuras y herramientas que desarrollen la atención intensiva en enseñanza básica, la integración en algunas áreas o materias en un grupo de referencia y la participación en actividades generales del centro. El currículo de estas unidades es adaptado y tendrá como referencia tanto el disponible para los centros de educación especial, como los objetivos, contenidos y competencias básicas del currículo de la Etapa de Educación Primaria y los objetivos generales de la Educación Secundaria Obligatoria, debidamente adaptados a las capacidades, intereses y motivaciones del alumno o alumna. La escolarización en UCE supone un tiempo de atención intensiva por parte de un profesor de Pedagogía Terapéutica en un aula base como lugar que articula el proceso enseñanza-aprendizaje.

El aula alternativa a centro de educación especial en zona rural, son aulas ubicadas en centros ordinarios públicos y concertados que funcionan como unidades de educación especial en centros ordinarios. Está destinada a alumnado que presenta necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad psíquica severa, profunda o plurideficiencia, cuya modalidad de escolarización sea la de educación especial. El objetivo es proporcionar la respuesta educativa adecuada en zonas rurales a este alumnado. El currículo será equivalente al de los centros de educación especial en la etapa de educación básica y tendrá como referente las capacidades establecidas en el currículo de primaria en todas sus áreas, pudiendo dar cabida a capacidades de otras etapas de acuerdo con las características del alumnado las competencias establecidas en los

currículos de Educación infantil y de Educación Primaria. Son grupos formados por 3-5 alumnos, en función de las necesidades educativas que presenten. La escolarización en el aula alternativa supone un tiempo de atención intensiva con un profesor de Pedagogía Terapéutica en un aula base, como lugar desde el que se articula el proceso enseñanza-aprendizaje. La atención de Audición y Lenguaje se llevará a cabo con los recursos asignados al centro.

No existe un equipo específico de TEA. En Navarra existe el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA), entre cuyas funciones está colaborar con los equipos de orientación de los centros en la evaluación, identificación y orientación en la respuesta educativa al alumnado con TEA, entre otros.

Tabla 29. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en la Comunidad Foral de Navarra.



Comunidad Foral de Navarra

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en C. Foral de Navarra	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Unidades de Transición/ Trastorno Generalizado del Desarrollo	Centro ordinario de atención preferente	Especial	E.I.E./E.B.O 1º y 2º ciclo
Aulas de educación especial genéricas	Unidades de Currículo Especial	Centro ordinario	Especial	3º ciclo de EBO
	Aula alternativa a centro de educación especial en zona rural	Centro ordinario	Especial	E.I.E./EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E./EBO
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E./EBO

Fuente:
extraído

del

artículo de la confederación Autismo España.

- **País Vasco:** tiene un documento titulado “Orientaciones para el funcionamiento de aulas estables para el alumnado con trastornos generalizados del desarrollo” (Sainz, 1998) en

el que se definen las aulas estables, teniendo una serie de características que definen la condición de aula estable. Se trata de un recurso de carácter extraordinario que puede proporcionar un contexto adecuado para algunos alumnos que requieren de una atención individualizada y un currículo diferenciado. Son recursos educativos donde este alumnado recibe apoyos específicos propios de la modalidad de educación especial, pero en un entorno normalizado. Además, ofrecen al alumnado con TEA la oportunidad de compartir los procesos de enseñanza y aprendizaje con otros estudiantes que acuden al centro ordinario y con su grupo ordinario de referencia, así como otros espacios (recreos, comedor) y actividades complementarias y extracurriculares. En la etapa de Primaria las aulas estables tienen ratios reducidas de 5 alumnos y alumnas. Además, deben contar con un espacio físico propio, con la atención de un profesor tutor con la especialidad de Pedagogía Terapéutica y un auxiliar de Educación Especial y, además, deben disponer de material específico para el acceso y desarrollo del currículo. En el caso de la etapa de Educación Secundaria Obligatoria el aula estable debe ser atendida por dos profesores especialistas en Pedagogía Terapéutica, ejerciendo la función de tutoría del aula y también por personal especialista de apoyo educativo.

También existen las aulas de aprendizaje de tareas, cuyo objetivo principal es fomentar la preparación laboral y para la vida activa de los alumnos con necesidades educativas especiales ligadas a discapacidad intelectual. Se ubican en institutos o centros de educación secundaria y en centros de educación especial y atienden fundamentalmente a alumnos que hayan cumplido 16 años. La duración y permanencia en este tipo de aulas es de 4 años de duración. El agrupamiento del alumnado es reducido (máximo de 10), su horario es de 30 horas lectivas a la semana y su currículo es adaptado y distribuido en dos ciclos: el primero dedicado a aprendizajes básicos que giran en torno a cuatro ámbitos formativos clave (comunicación, autonomía personal, habilidades sociales e inserción comunitaria); el segundo dirigido al ámbito de la orientación vocacional, a la orientación al trabajo, orientación laboral y tutorial, a los aprendizajes específicos de carácter profesional y a otras actividades complementarias. Además, este modelo trata de que el alumnado comparta determinadas áreas del currículo de educación secundaria obligatoria en régimen de adaptación curricular: educación física, educación plástica y visual, música, tecnología y otras materias opcionales relacionadas con la transición a la vida activa.

Tabla 30. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en el País Vasco.

País Vasco - Euskadi

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo



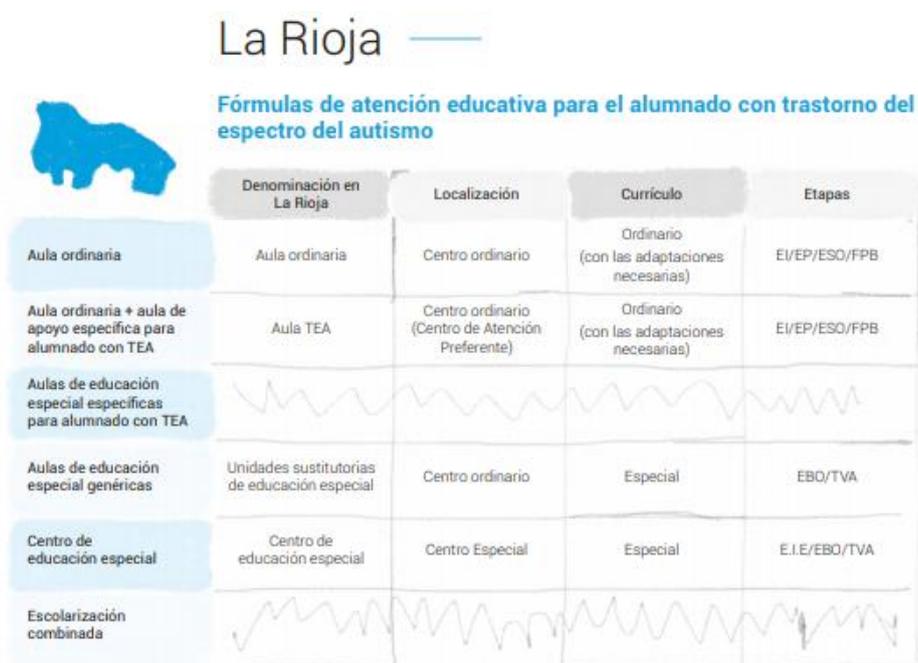
	Denominación en País Vasco - Euskadi	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Aula estable	Centro ordinario	Especial	EBO
	Aulas sustitutivas de educación especial (UEE)	Centro ordinario	Especial	E.I.E./EBO
Aulas de educación especial genéricas	Aula estable	Centro Especial	Especial	E.I.E./EBO
	Aula de aprendizaje de tareas	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E./EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E./EBO
Escolarización combinada	Escolarización parcial	Centro ordinario + centro especial	Especial	EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **La Rioja:** la Resolución de 17 de julio de 2018, de la Dirección General de Educación, por la que se dictan instrucciones para el establecimiento y funcionamiento de las aulas especializadas para el alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a Trastorno de Espectro Autista "AULAS TEA" escolarizado en Segundo Ciclo de Educación Infantil y en Educación Primaria y en Educación Secundaria Obligatoria en centros sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja por la que se dictan las instrucciones para el proceso de escolarización, pero referente a alumnado TEA anualmente se publican dos resoluciones una relativa a las instrucciones para establecer las medidas de intervención educativa y la otra en la que se establecen las características generales de las aulas especializadas para este tipo de alumnado. Se establece que el equipo docente de cada aula estará integrado generalmente por un maestro especialista en Pedagogía Terapéutica, que será el responsable del aula TEA y por un Auxiliar Técnico Educativo (ATE). También cuentan con el apoyo de un maestro especialista en Audición y Lenguaje asignado al centro, que formará parte del equipo de apoyo del aula TEA. Estas aulas tienen un carácter abierto e integrador y pueden contar con un número máximo de ocho alumnos y alumnas, si bien excepcionalmente se podrán incrementar hasta un 10% las plazas disponibles.

No existe un equipo específico de Autismo. Existen cuatro Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica organizados por áreas geográficas.

Tabla 31. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en La Rioja.



	Denominación en La Rioja	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA	Aula TEA	Centro ordinario (Centro de Atención Preferente)	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial genéricas	Unidades sustitutorias de educación especial	Centro ordinario	Especial	EBO/TVA
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E/EBO/TVA
Escolarización combinada				

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

- **Ceuta y Melilla:** son las únicas de toda España que su normativa relativa a aulas TEA proviene directamente del Ministerio de Educación. Tenemos una primera Resolución de 30 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se crean, regulan y ordenan las Aulas Abiertas Especializadas para el alumnado con TEA en centros sostenidos con fondos públicos. Posteriormente se publica en el BOE, la Resolución de 21 de junio de 2018, de la Secretaría de Estado de Educación y Formación Profesional, por la que se amplían el número de Aulas Abiertas Especializadas para el alumnado con trastorno del espectro autista en centros sostenidos con fondos públicos de las ciudades de Ceuta y Melilla.

En la primera resolución se establecen los objetivos del proyecto siendo: desarrollar en el alumnado estrategias de comunicación verbal y no verbal, que le permitan la expresión de necesidades, emociones y deseos; proporcionar aprendizajes funcionales que le permitan desenvolverse con autonomía en situaciones de la vida cotidiana; participar de forma activa en situaciones normalizadas del entorno escolar, social y familiar; desarrollar capacidades, competencias y aprendizajes académicos, a través de una metodología ajustada a sus características cognitivas, comunicativas, sociales y emocionales así como con la utilización de recursos tecnológicos y material didáctico

específico; desarrollar actitudes positivas ante la actividad escolar formal y las normas elementales de comportamiento y seguridad; fomentar la adquisición de hábitos y destrezas relacionados con las habilidades instrumentales y académico-funcionales, así como favorecer la creatividad; adquirir hábitos relacionados con la salud, la seguridad y con las habilidades sociales y, ayudar al desarrollo de los aspectos personales, sociales y curriculares que faciliten la inclusión de este alumnado en su entorno.

Las Aulas Abiertas Especializadas son coordinadas por el equipo de orientación del centro, en colaboración con el equipo directivo. Cuentan con el trabajo y atención educativa a tiempo completo de un docente especialista en Pedagogía Terapéutica, que a su vez se coordina con el especialista en Audición y Lenguaje (en ambos casos con dedicación horaria completa). Preferiblemente se contará también con la presencia y apoyo de un Auxiliar Técnico Educativo para la atención en tiempos de recreo, comedor escolar y durante los períodos previos y posteriores a la comida, así como para el apoyo relacionado con las necesidades que se deriven de la situación personal de este alumnado. La ratio máxima del alumnado escolarizado en cada Aula Abiertas Especializadas será de seis alumnos de Educación Infantil y Primaria.

Tabla 32. Fórmulas de atención educativa para el alumnado con TEA en Ceuta y Melilla.



Ceuta y Melilla

Fórmulas de atención educativa para el alumnado con trastorno del espectro del autismo

	Denominación en Ceuta y Melilla	Localización	Currículo	Etapas
Aula ordinaria	Aula ordinaria	Centro ordinario	Ordinario (con las adaptaciones necesarias)	EI/EP/ESO/FPB
Aula ordinaria + aula de apoyo específica para alumnado con TEA				
Aulas de educación especial específicas para alumnado con TEA	Aulas abiertas especializadas	Centro ordinario	Especial	EIE/ EBO
Aulas de educación especial genéricas	Unidades sustitutorias de educación especial	Centro ordinario	Especial	EBO
Centro de educación especial	Centro de educación especial	Centro Especial	Especial	E.I.E./EBO
Escolarización combinada	Escolarización combinada	Centro ordinario + centro especial	Especial	E.I.E./EBO

Fuente: extraído del artículo de la confederación Autismo España.

Como hemos podido comprobar algunas de las comunidades y ciudades autónomas ofrecen, dentro de la modalidad de educación ordinaria, apoyos especializados que están adscritos a aulas específicas. Bajo esta categorización se pueden incluir: los centros de atención preferente de Aragón, la Comunidad de Madrid y La Rioja; las aulas abiertas conectadas en el Principado de Asturias; los apoyos CLAS´S en Castilla y León; las aulas abiertas de Castilla la Mancha; las unidades específicas de Comunicación y Lenguaje en modalidad ordinaria de la Comunidad Valenciana y las aulas especializadas para alumnado con TEA en Extremadura.

Otras comunidades han desarrollado equipos de apoyo educativo que ofrecen soporte especializado al alumnado con TEA en el contexto ordinario. Este es el caso de las Unidades Volantes de Atención a la Integración (UVAI) en las Islas Baleares y de los Apoyos Intensivos a la Escuela Inclusiva (SIEI) en Cataluña. Otro modelo de atención específica es aquel que tiene que ver con aulas de educación especial en centros ordinarios que atienden de manera específica a alumnado con TEA. Este es el caso de las aulas especializadas para alumnado con TEA en Andalucía; las aulas enclave en Canarias; las aulas estables en Castilla y León, Comunidad de Madrid y País Vasco; las aulas abiertas específicas en Extremadura y la Región de Murcia; las unidades específicas a tiempo completo específicas en Galicia; las Unidades de Transición en la Comunidad Foral de Navarra y las aulas abiertas especializadas en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Asimismo, los servicios educativos de atención a la diversidad ofrecen respuestas específicas para apoyar la educación del alumnado en el espectro del autismo. Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica Generales cuentan con personal especializado en el apoyo al alumnado con TEA y cuentan con el soporte de otros servicios educativos y entidades especializadas en la atención a las personas con autismo. En algunas comunidades existen Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específicos para alumnado con TEA, como es el caso de Andalucía (con equipos provinciales), Aragón, las Islas Baleares, las Islas Canarias (con un equipo en Las Palmas y otro en Tenerife), Extremadura (con un equipo en Badajoz y otro en Cáceres), La Comunidad de Madrid o la Región de Murcia. Otras comunidades cuentan con unidades o centros de recursos que dan apoyo específico como son la Unidad de atención al alumnado del espectro autista, que forma parte del Equipo Regional para la atención al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo en el Principado de Asturias o los Centros de Recursos Educativos para Alumnos con Trastornos del Desarrollo y la Conducta (CRETDIC) en Cataluña.

El análisis de las distintas fórmulas de atención al alumnado TEA pone de manifiesto que en todas ellas determinan que es preciso llevar a cabo este tipo de escolarización para dar respuesta a las necesidades tan específicas que presentan en las áreas de comunicación, relación social y autonomía y el establecimiento de aprendizajes funcionales, no memorísticos, los cuales puedan

generalizar a todos los contextos de su vida cotidiana. Además, se llevarán a cabo metodologías específicas que se adapten a sus necesidades.

Entre ellas existen diferencias: algunas tienen normativa reglada, otras tienen normativa marco y solamente dos, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, tienen normativa estatal proveniente del MEC. En la mayoría de ellas la participación en este tipo de modalidad de escolarización viene determinado por la evaluación psicopedagógica, siendo en Castilla la Mancha voluntaria. En la atención al alumnado todas ellas están dotadas de personal especializado, tratándose mayoritariamente de un maestro PT y/o AL y un Técnico Superior en Integración Social (TSIS). y difieren de la ratio del alumnado variando entre cuatro y ocho alumnos, en algunas se tiene en cuenta la etapa educativa en la que se encuentren escolarizados los alumnos, pero si nos fijamos en la normativa estatal de Ceuta y Melilla, la ratio es de seis alumnos.

1.5. Familia

Ciñéndonos a la definición que nos aporta la Real Academia Española (RAE) de la lengua, el término familia es: “1. F. grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. 2. F. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. Ahora bien ¿cómo se relaciona familia y escuela?

Según Torío (2004), *familia y escuela se hallan en un período nuevo de su historia, caracterizado por cambios profundos y acelerados, que no se deben al azar. Tradicionalmente tanto a la familia como a la escuela se les ha asignado la tarea de ser transmisoras de los conocimientos que los individuos jóvenes necesitan para la vida futura, así como de la socialización en las normas y valores.*

Debemos partir de la aceptación insalvable de que escuela y familia son insustituibles en la educación de un sujeto. La labor educativa sería más fácil y, a la vez, más eficaz, si ambos mundos encontrasen caminos de interacción. Es inviable su separación, tienen la necesidad de coordinarse y deben lograr metas conjuntas: el principio de “responsabilidad compartida de la educación”.

La familia, como señala Sánchez Escobedo (2014) es la primera institución que ejerce influencia en el niño/a, ya que transmite valores, costumbres y creencias por medio de la convivencia diaria. Se trata de la primera institución educativa y socializadora del niño/a, entonces ¿Por qué actualmente existen dificultades entre familia y escuela? Hemos vivido unos cambios culturales

muy fuertes, unidos a la era de la tecnología que ha influido directamente en el tema que nos ocupa.

Hoy en día es extraño ir a un restaurante, a un centro comercial y no encontrarte con familias que en tiempos de espera recurren a juguetes tradicionales para sus hijos/as, la inmensa mayoría hacen uso de las tecnologías. Esto nos lleva a la conclusión de que en plena era de la información, hacemos caso omiso de las recomendaciones de los expertos en cuanto a la estimulación en el desarrollo de los niños/as y fomentamos el uso de aparatos que estimulan determinadas áreas, pero aíslan socialmente, debemos buscar el equilibrio.

Sánchez Escobedo (2014) nos afirma que *la participación de los padres en la educación de sus hijos/as trae consigo diversas ventajas o beneficios para los padres, para los hijos/as y para los maestros/as*. Brown (1989), menciona:

Cuando los padres participan en la educación de sus niños, se obtienen beneficios, tanto para los padres como para el niño, ya que frecuentemente mejora la autoestima del niño, ayuda a los padres a desarrollar actitudes positivas hacia la escuela y les proporciona a los padres una mejor comprensión del proceso de enseñanza.

De igual modo, no debemos caer en el error de cuestionar las formas de actuación en algunos de los contextos, bien familia o bien escuela, debemos buscar la relación entre ambos y ayudarnos mutuamente por el bien del sujeto.

1.5.1. ¿Cómo llega el TEA a la familia?

Tener un hijo/a es uno de los acontecimientos vitales más importantes para un ser humano. Los vínculos afectivos entre padres e hijos/as, como afirman Martínez Martín y Bilbao León (2008), son intensos.

Normalmente, los padres de un niño/a con autismo (TEA) disfrutan como cualquier otro de la enorme felicidad que supone el tener un hijo, un niño/a que se desarrolla. Sin embargo, en un momento de su desarrollo, sobre todo a partir del primer año, comienzan a aparecer los primeros comportamientos que desconciertan a los padres, síntomas que les provocan una inquietud que aumenta con el paso del tiempo. El rechazo al contacto físico, la falta de respuesta a las instrucciones verbales, el juego repetitivo, movimientos o conductas repetitivas son aspectos que impactan profundamente. En muchas ocasiones ante estas señales los padres buscan respuestas en los profesionales, especialmente en los pediatras, respuestas que no encuentran.

El hecho de que la mayoría de los niños/as con autismo no presenten alteraciones físicas evidentes dificulta la toma de conciencia del problema, la cual, en el caso del autismo, es especialmente difícil puesto que no presentan rasgos físicos evidentes y su pronóstico es muy variado.

Llegar al proceso final del diagnóstico en muchos casos es tras años de valoraciones, lo que conlleva un aumento en el estrés que sufre la familia.

El diagnóstico de un trastorno, el cual puede derivar en una discapacidad, es un evento que produce un gran impacto emocional en los padres. Ese impacto puede suponer un trauma acompañado de estrés y dificultades para adaptarse a la nueva situación, así como un funcionamiento alterado en las familias. Tradicionalmente el servicio que se brindaba a las familias en este campo, se ha centrado en la atención y corrección de las dificultades y los déficits y no tanto en promover sus capacidades, recursos o potencialidades.

*Algunos autores llegan a equiparar las reacciones emocionales que se pueden encontrar en las familias hasta la aceptación de una persona con Trastorno del Espectro del Autismo, cómo similares a las de un duelo por la muerte de un ser querido. Supuestamente hacen mención a la persona que esperaban y no apareció y la que encontraron y no esperaban con respecto a las posibles expectativas sociales, comunitarias e individuales con respecto a un nuevo miembro del grupo (Baña, 2015). Según Cuxart y Fina (2001), el proceso de aceptación se puede inscribir dentro de lo que se denomina respuesta a las crisis, y se puede afirmar que el sujeto pasa por diferentes etapas o fases: shock, negación, depresión y realidad. Al conjunto de este proceso es a lo que coloquialmente denominamos como **proceso de duelo**. La depresión constituye un estado por el que atraviesa la familia del niño/a con autismo (Leyva, 2006).*

Algunos autores, según Baña (2015), hacen referencia a un modelo de adaptación desde que las familias tienen constancia del Trastorno del Espectro del Autismo hasta que llegan a la aceptación. A este respecto, Cunningham y Davis (1988) señalan las siguientes fases:

- Fase de Shock: se caracteriza por la conmoción o bloqueo
- Fase de no: los padres ignoran el problema o actúan en el día a día como si nada hubiese ocurrido.
- Fase de reacción: los padres intentan comprender la discapacidad y se basan en las interpretaciones que ellos mismos hacen de la misma.
- Fase de adaptación y orientación: es una fase más realista y práctica, centrada en lo que se debe hacer en torno a las necesidades del hijo/a y en la mejor ayuda que se le puede ofrecer.

Los especialistas, según Cuxart y Fina (2001), distinguen entre un afrontamiento dirigido a la emoción y otro dirigido al problema. El primero se caracteriza por actitudes de rechazo, evitación (obsesión por el trabajo, supresión de todas las actividades sociales) y negación como formas de reducir el estrés. El afrontamiento dirigido al problema pone en funcionamiento estrategias racionales y persigue modificar la conducta del hijo e identificar las fuentes de estrés y desarrollar estrategias de reducción del mismo.

La capacidad positiva de afrontar y adaptarse exitosamente a esa situación traumática se denomina resiliencia, la cual se puede promover y desarrollar para mejorar la adaptación familiar al trastorno y favorecer el desarrollo del niño. Además, esa capacidad resiliente está modulada tanto por características y factores del individuo como por factores del entorno familiar y social.

Por otra parte, Guralnick (1997;1998) en Baña (2015, señala que la presencia de niños/as nacidos con riesgo biológico o condiciones manifiestas de Trastorno del Espectro del Autismo, genera situaciones potencialmente estresantes adicionales con las que la familia se tendrá que enfrentar. Señala cuatro aspectos:

1. Obtener información relativa al desarrollo y salud de su hijo/a.
2. Hacer frente a la angustia que se genera a partir del riesgo biológico o de Trastorno del Espectro del Autismo.
3. Realizar mayor demanda de servicios y recursos que de otra manera no sería precisos, lo cual puede alterar y estresar las rutinas de la familia.
4. Afrontar la disminución de la confianza de la familia en sus posibilidades educativas y también de su autoestima.

Para disminuir el estrés familiar, la intervención iría dirigida a:

- Aumentar la sensibilidad de las familias cara las posibilidades y competencias de sus hijos/as.
- Estimular la participación del hijo con desorden en rutinas diarias de la familia.
- Promover en la familia el desarrollo de actitudes y valores sensibles a la diferencia.
- No anteponer el saber experto del profesional al saber educativo de las propias familias.
- Incidir en factores protectores de los impactos negativos de la crianza de estos niños/as: mejores relaciones familiares, crear estilos de afrontamiento al estrés adecuados, ampliar redes de apoyo a los padres...

Además de estas orientaciones de Guralnick, encontramos una serie de propuestas necesarias que nos aporta Leyva (2006) para que los padres lleguen a la aceptación del diagnóstico de autismo en sus hijos/as, son que: recuperen la confianza en sí mismos, aprendan a convivir con sus

sentimientos, dominen mecanismos de canalización de los sentimientos negativos, transformen esos sentimientos en fuerzas que los impulsen a aprovechar el potencial del niño/a, en aras de su educación y desarrollo. Comprendan que los trastornos de su hijo limitarán su aprendizaje, pero que ellos, como padres, pueden hacer mucho para desarrollar habilidades cognitivas, afectivas, comunicativas y sociales en sus hijos/as. Deben tener presente que la presencia del niño/a no significa el abandono de sí mismos, que ellos, como seres humanos, tienen necesidades materiales y espirituales que deben ser satisfechas. Creen un ambiente de seguridad, aceptación y respeto, para que el niño/a desarrolle las habilidades que le permitan integrarse y actuar en diferentes contextos y la familia pueda crecer, convivir, construir relaciones satisfactorias y gratificantes. Si la familia logra vencer esta etapa y asume actitudes positivas ante la situación, será más fácil el manejo que haga de todas las circunstancias y el logro de una mejor interacción con el hijo/a con autismo.

Los profesionales que trabajamos con este tipo de alumnos/as vemos como son familias vulnerables y necesitan ser ayudadas en este proceso de duelo desde posiciones cercanas y empáticas.

1.6. Profesorado de las aulas TEA

Como hemos ido viendo, las metodologías utilizadas con este tipo de alumnado son muy específicas, precisando una mayor especialización del profesorado que les atiende. A continuación, este será nuestro principal objetivo, analizar la formación que reciben estos profesionales.

1.6.1. Perfiles

Actualmente la única exigencia que piden en casi todas las comunidades y ciudades autónomas, para trabajar dentro de un aula específica para alumnos con autismo es que los maestros sean especialistas en Pedagogía Terapéutica y/o de Audición y Lenguaje, valorándose la doble especialidad ya que se trata de dos especialidades distintas. En algunas comunidades autónomas (Comunidad de Madrid) es necesario que inspección educativa valore la cualificación y expida un certificado acreditando al docente para desarrollar las funciones específicas con los alumnos TEA. En el resto de comunidades no hay normativa que regule o no resulta pública.

¿Cuáles son las funciones de los profesionales que atienden este tipo de aulas? Ya hemos nombrado en apartados anteriores que el personal que atiende a los alumnos de manera específica es de dos tipos de perfiles, por un lado, encontramos el Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica (PT) y/o Audición y Lenguaje (AL) y por otro, el Técnico Superior en Integración Social (TSIS). ¿Cada uno de estos tres perfiles diferentes realiza las mismas funciones, o son diferentes? Según el Servicio de Unidad de Programas Educativos (SUPE) de la Comunidad de Madrid, en el 2010 propuso *que el maestro especialista en Pedagogía Terapéutica (PT) y/o Audición y Lenguaje (AL), como miembro del departamento de orientación y formando parte del equipo de apoyo, las funciones que puede desarrollar son:*

- Promover situaciones que permitan el desarrollo de habilidades sociales y la participación activa de este alumnado en los diferentes contextos del centro (aula, patio, actividades complementarias...) y de la comunidad (actividades extraescolares, ocio y tiempo libre).
- Elaborar, desarrollar y apoyar contenidos de comunicación y lenguaje presentes en todas las áreas del currículo.
- Promover el bienestar físico y emocional y la coordinación con servicios sociales y de salud.
- Colaborar con los miembros del departamento de orientación y el profesorado en la elaboración y desarrollo de las adaptaciones curriculares (priorización de objetivos, ajuste de las actividades, organización de los apoyos, pautas metodológicas...).
- Coordinación con otros miembros del Departamento de Orientación, en la elaboración del protocolo de acogida, en la toma de decisiones relativas a la orientación escolar y profesional, y el plan de tránsito a otros centros.
- Elaborar materiales, recursos didácticos y claves visuales.
- Participar en la evaluación y seguimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno.
- Colaborar con las familias para acordar metas y objetivos prioritarios y facilitar los medios adecuados.
- Establecer relaciones de coordinación con servicios externos.
- Colaborar en la realización y desarrollo del plan de atención a la diversidad que se lleva a cabo en los centros.

Como hemos podido ver, no se hace distinción en las funciones según la especialidad del maestro, siendo de gran importancia ya que ambas especialidades no tienen la misma preparación académica, por ejemplo, el especialista en Audición y Lenguaje tiene una preparación para los aspectos referidos a la comunicación y el especialista en Pedagogía Terapéutica tiene una mayor preparación en la adaptación de los contenidos curriculares.

La propuesta de las funciones del Técnico Superior en Integración Social (TSIS), como miembro del departamento de orientación y formando parte del equipo de apoyo, es:

- Promover y colaborar en el diseño y desarrollo de actividades, talleres o programas dirigidos a la participación e inclusión social en los diferentes contextos (escolar, familiar y comunitario).
- Supervisar y apoyar en los tiempos no estructurados (entradas y salidas, patio, transiciones, cantina, comedor...) para facilitar su participación en la vida escolar.
- Promover y disponer situaciones que potencien la independencia personal y la autonomía.
- Elaborar materiales específicos y proporcionar recursos.
- Planificación, ejecución y supervisión de actividades individuales y/o grupales que permitan la integración social durante los recreos y la mediación de los conflictos que puedan surgir.
- Apoyar en el aula de referencia la realización de tareas escolares, ayudándole tanto en la organización y planificación de las tareas como en la regulación emocional y ajuste conductual.
- Colaborar con los tutores para juntos fomentar en el aula de referencia un clima de convivencia adecuado (tolerancia, respeto, aceptación de las diferencias...).
- Establecer las coordinaciones necesarias con PT/AL para tomar decisiones en cuanto a la programación, diseño, ejecución y evaluación de programas/talleres específicos.
- Colaborar con las familias, manteniendo una comunicación fluida y un contexto de diálogo, en el establecimiento de pautas concretas de intervención y facilitar la generalización de los aprendizajes a otros contextos.
- Establecer las coordinaciones necesarias con el PTSC para realizar una búsqueda de recursos de ocio y tiempo libre y, en los casos que sea necesario y sea posible, facilitar la incorporación e integración del alumno a dichos recursos, así como la idoneidad de éstos al alumno.
- Coordinación con otros miembros del Departamento de Orientación, en la elaboración del protocolo de acogida, en la toma de decisiones relativas a la orientación escolar y profesional, y el plan de tránsito a otros centros.

Al analizar las funciones de ambos profesionales, es necesaria una formación especializada, para ello vamos a analizar a continuación la formación que reciben los docentes.

En el aula específica es necesario que ambos profesionales trabajen de manera coordinada, ya que cada uno de ellos es responsable de determinados aspectos, pero en muchas ocasiones es necesaria la colaboración de ambos para que los discentes alcancen un aprendizaje significativo y logren generalizarlo. Así, el TSIS es el responsable de trabajar toda la parte social de los alumnos/a, pero

es necesaria la colaboración estrecha y coordinada tanto del especialista como del resto de profesores para que el alumno/a generalice los aspectos trabajados en esta área en el aula de referencia, desplazamientos, Del mismo modo ocurre con la parte curricular, será función del maestro del aula específica (PT y/o AL) el encargado de realizar las adaptaciones necesarias, así como de asesorar al profesorado en todos los aspectos curriculares (metodologías, recursos...) así como del área de la comunicación y del lenguaje presentes en todas las áreas del currículo.

Es necesario diferenciar las funciones específicas de cada una de las especialidades. Así encontramos que ambas especialidades desempeñan sus funciones en tres ámbitos de actuación claramente establecidos en las distintas normativas que desarrollan la Ley de Educación: alumnado, familia y equipo educativo; así lo recoge la LOGSE *“El sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar dentro del mismo sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos”*(artículo 36 de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo) y la LOE *“y “el sistema educativo deberá disponer de profesores de las especialidades correspondientes y de profesionales cualificados, así como de los medios y materiales didácticos precisos para la participación de los alumnos/as en el proceso de aprendizaje”* (artículo 72 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación). La LOE establece que *“corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.”* (artículo 71 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación). Lo que concreta en su artículo 72.1, al hablar de los recursos necesarios para atender al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, estableciendo que *“las Administraciones educativas dispondrán del profesorado de las especialidades correspondientes y de profesionales cualificados, así como de los medios y materiales precisos para la adecuada atención a este alumnado”*.

En todo caso, de manera general, el maestro de Audición y Lenguaje tendrá que prevenir, evaluar, intervenir, asesorar y coordinarse con los diferentes miembros de la comunidad educativa, es decir, con alumnos, padres y profesores. Con respecto a las funciones que debe llevar a cabo el maestro de Audición y Lenguaje en el centro educativo donde desempeña su labor, por ejemplo, la Orden de 13 de diciembre de 2010, por la que se regula la atención al alumnado con necesidades de apoyo educativo en la Comunidad Autónoma de Canarias señala las siguientes:

- Evaluación del alumnado NEE y NEAE en el área de la comunicación y el lenguaje en coordinación con el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) de su centro.
- Atención directa del alumnado con dificultades en el área de la comunicación y el lenguaje.
- Atención indirecta del alumnado con dificultades en el área de la comunicación y el lenguaje.
- Elaboración de informes de la evaluación de la comunicación y el lenguaje, informes de actualización de la evaluación de la comunicación y el lenguaje, y colaboración en la elaboración de informes psicopedagógicos.
- Asesoramiento a equipos educativos y familia.
- Coordinaciones con los profesionales implicados en el proceso de enseñanza y aprendizaje del alumnado.

En el caso del maestro de Pedagogía Terapéutica, en líneas generales aparece igual que en el caso del maestro de Audición y Lenguaje en la LOGSE y en la LOE, y encontramos en González (2018) que en el caso de la Comunidad Autónoma de Andalucía, estas funciones se encuentran recogidas en la siguiente normativa autonómica: Orden de 20 de agosto de 2010, por la que se regula la organización y el funcionamiento de las escuelas infantiles de segundo ciclo, de los colegios de educación primaria, de los colegios de educación infantil y primaria y de los centros públicos específicos de educación especial, así como el horario de los centros, del alumnado y del profesorado y por la Orden de 20 de agosto de 2010, por la que se regula la organización y el funcionamiento de los institutos de educación secundaria, así como el horario de los centros, del alumnado y del profesorado, que establecen que:

“El maestro o maestra especializado para la atención del alumnado con necesidades educativas especiales tendrá, al menos, las siguientes funciones específicas:

a) La atención e impartición de docencia directa para el desarrollo del currículo al alumnado con necesidades educativas especiales cuyo dictamen de escolarización recomiende esta intervención. Asimismo, podrá atender al alumnado con otras necesidades específicas de apoyo educativo en el desarrollo de intervenciones especializadas que contribuyan a la mejora de sus capacidades.

b) La realización, en colaboración con el profesorado de la materia encargado de impartirla y con el asesoramiento del departamento de orientación, de las adaptaciones curriculares significativas, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Orden de 25 de julio de

2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía.

c) La elaboración y adaptación de material didáctico para la atención educativa especializada del alumnado con necesidades educativas especiales, así como la orientación al resto del profesorado para la adaptación de los materiales curriculares y de apoyo.

d) La tutoría del alumnado con necesidades educativas especiales al que imparte docencia, en los términos previstos en el apartado 3.

e) La coordinación con los profesionales de la orientación educativa, con el personal de atención educativa complementaria y con otros profesionales que participen en el proceso educativo del alumnado con necesidades educativas especiales.”

Por tanto, queda reflejado que, según la normativa actual, ambos perfiles tienen funciones distintas y que ambos son necesarios en el trabajo con los alumnos escolarizados en las aulas preferentes TEA; por tanto, consideramos que no debería ser a elección del centro una u otra especialidad, sino que sea preciso poseer ambas especialidades para poder desempeñar la función como especialista en dichas aulas.

La Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial (2012) destaca las habilidades y cualidades necesarias que el profesor debe presentar para lograr que se lleve a cabo la inclusión, las cuales son:

- Valorar la diversidad del alumnado: las diferencias son un recurso y un valor educativo.
- Apoyar a todo el alumnado: los docentes esperan lo mejor de todos sus alumnos.
- Trabajar en equipo: la colaboración son un enfoque esencial para todos los docentes.
- Desarrollo profesional permanente del profesorado: es una actividad de aprendizaje y los docentes aceptan la responsabilidad de aprender a lo largo de toda su vida.

Estos cuatro ítems deben ser el camino del cambio, son cuatro valores de la enseñanza y el aprendizaje base del trabajo de todos los docentes en la educación inclusiva, por tanto, un aspecto muy importante es la formación que recibe el profesorado.

Por tanto, el TSIS a grandes rasgos va a ser el personal de referencia que trabaje la inclusión social, el maestro de Audición y Lenguaje atenderá tanto de manera directa como indirecta las dificultades en el área de la comunicación y el lenguaje y el maestro de Pedagogía Terapéutica se encargará de impartir la docencia directa para el desarrollo del currículo al alumnado con Necesidades Educativas Especiales.

1.6.2. Formación del docente. Planes universitarios.

Según el Cuaderno informativo de Orientación Académica y Profesional, *la profunda reforma que supuso la nueva estructuración de las enseñanzas y títulos universitarios oficiales concebida por la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, fue concretada y llevada a la práctica por medio del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, modificado por el Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero.*

*El Real Decreto 1393/2007, fue modificado por el **Real Decreto 861/2010**, de 2 de julio de 2010, viniendo a introducir los ajustes necesarios a fin de garantizar una mayor fluidez y eficacia en los criterios y procedimientos: se introducen nuevas posibilidades en materia de reconocimiento de créditos por parte de las universidades; se posibilita que las universidades completen el diseño de sus títulos de grado con la introducción de menciones o itinerarios alusivos a una concreta intensificación curricular; se extiende la habilitación para emitir el preceptivo informe de evaluación en el procedimiento de verificación, además de a la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) a otros órganos de evaluación de las comunidades autónomas y, finalmente, se revisan los procedimientos de verificación, modificación, seguimiento y renovación de la acreditación con el fin de dotar a los mismos de una mejor definición.*

*Los **Reales Decretos 1393/2007 y 861/2010** han posibilitado que sean las propias universidades las que creen y propongan, de acuerdo con las reglas establecidas, las enseñanzas y títulos que hayan de impartir incluyendo también la posibilidad de expedir títulos conjuntos con otras universidades españolas y extranjeras. Esta estructura se completa con la regulación del doctorado, establecida por el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, modificado por el Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero.*

*El **Real Decreto 1002/2010, de 5 de agosto**, sobre expedición de títulos universitarios oficiales, crea el Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales.*

Finalmente, el Real Decreto 22/2015, de 23 de enero establece los requisitos de expedición del Suplemento Europeo a los títulos regulados en el Real Decreto 1393/2007.

Según la ORDEN ECI/3857/2007, de 27 de diciembre por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro de Educación Primaria, en él se recogen los módulos de formación necesarios. Las

materias estaban distribuidas en seis semestres, correspondientes a tres cursos académicos (198,5 créditos). Las asignaturas se distribuían en:

- Troncales con 138,5 créditos.
- Obligatorias con 28,5 créditos.
- Optativas con 9 créditos.
- De libre configuración con 22,5 créditos.

Los maestros recibían una formación general como maestros de primaria y una profundización de su especialidad con nueve asignaturas. Este plan, como anticipaban Martínez, García y Quintanal (2006) se vio modificado por la renovación impuesta por parte de la legislación, y los Planes de Convergencia europeos que impusieron criterios de racionalidad y eficacia a su misión.

Actualmente el marco de legislación de los títulos universitarios es el Real Decreto 476/2013, por el que se regulan las condiciones de cualificación y formación que deben poseer los maestros de los centros privados de Educación Infantil y de Educación Primaria.

En los estudios de grado actuales las materias están distribuidas en ocho semestres, que se corresponden con cuatro cursos académicos (444 ECTS). En cada materia se agrupan asignaturas, todas ellas de seis créditos salvo una única de cuatro créditos necesaria para llegar al cómputo de cien créditos ECTS, establecidos en el segundo módulo por el Boletín Oficial del 29 de diciembre de 2007. Siguiendo esta normativa y la Orden ECI/3857/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro de Educación Primaria, la estructura del plan de estudios en todas las universidades españolas es la siguiente:

- 1) En primer lugar, se ha elaborado un módulo de formación básica con un total de sesenta créditos ECTS que coinciden exactamente con los sesenta créditos del módulo de formación básica. Este módulo está constituido por las tres materias, que establece la legislación y que son una relacionada con la rama de la sociología, otra con la rama de la psicología y otra con la rama de la educación.

Cada una de estas materias lleva anejas las competencias específicas correspondientes, según el Anexo II del RD (Real Decreto) de Ordenación de las Enseñanzas Oficiales, tal y como consta en el encabezamiento de la enumeración de las mismas. Las materias se especifican en asignaturas, en coherencia con las competencias que se señalan en la regulación citada para esta titulación, pero cada universidad tiene autonomía para nombrar y elabora su propio programa; de todas las universidades analizadas las únicas que aparecen en nombradas de igual modo son: psicología del desarrollo en veintiocho

universidades y psicología de la educación en veinticinco universidades y en una de ellas las une en una misma asignatura de las cincuenta y cuatro universidades que detallan sus programas porque hay 4 universidades españolas que no especifican las asignaturas que imparten.

- 2) El módulo didáctico disciplinar está compuesto por cien créditos ECTS de carácter obligatorio. En el definen las asignaturas acordes a las competencias que se señalan para cada una de ellas. Con estas asignaturas se pretende que los estudiantes adquieran los conocimientos y metodología adecuados para impartirlos en la escuela primaria de forma eficiente. Todas las universidades analizadas tienen en sus materias impartidas asignaturas que tratan de dar respuesta a la parte didáctica de cómo enseñar las distintas áreas de conocimiento (las ciencias sociales, experimentales, sociales, educación musical, matemáticas, ...) nombradas de muy diversas formas y priorizando unos determinados conocimientos.
- 3) Para el tercer módulo denominado Formación Complementaria se han definido dos materias con asignaturas de carácter optativo, con un total de doscientos treinta y cuatro créditos ECTS, de los cuales el estudiante deberá cursar treinta créditos. Las asignaturas optativas darán la posibilidad a los estudiantes de profundizar en la formación de determinados campos (menciones) según sus posibilidades. Cada universidad ha configurado su oferta académica, incluyendo treinta y seis universidades asignaturas con el título de “Psicología del desarrollo” y/o “Psicología de la educación” o semejantes, y treinta y una universidades incluyen asignaturas que en su título dan respuesta a los alumnos con necesidades educativas especiales.
- 4) A continuación, se ha incorporado un módulo de prácticum de cuarenta y cuatro créditos. Se realizarán en centros externos, con distintas modalidades.

De todas las universidades analizadas no todas las universidades completan los cuarenta y cuatro créditos de prácticas, catorce de las cincuenta y cuatro universidades analizadas ofertan cuarenta y dos o menos créditos de prácticas, ocho incluyen cuarenta y cinco o más créditos de prácticas y siete no especifican.

- 5) Por último, se incluye el Trabajo Fin de Grado con los seis créditos correspondientes al mismo, existiendo algunas universidades que otorgan mayor carga de créditos a este trabajo, para ser exactos diecinueve universidades.
- 6) Realiza un análisis y valora si esta normativa aporta algo a la regulación de los TEA, o sus necesidades

Debido a que la especialidad exigida mayoritariamente en casi todas las Comunidades o Ciudades Autónomas es Pedagogía Terapéutica, siendo complementaria la mención de Audición y Lenguaje, vamos a analizar la mención de Pedagogía Terapéutica en algunas de las universidades españolas:

En este marco regulador, además de la formación básica que acabamos de presentar, contamos con las denominadas “menciones” (LOMCE), que son especializaciones adicionales sin tener que cursar una nueva titulación. En nuestro caso, existen varias nomenclaturas menciones, en las universidades españolas, centradas en la Pedagogía Terapéutica (educación especial, atención a la diversidad, escuela inclusiva y atención a la diversidad, educación inclusiva...). Nos vamos a centrar en analizar esta especialidad porque es la requerida en la mayoría de las comunidades autónomas:

- Universidad Autónoma de Barcelona: establece una única asignatura de veinticuatro créditos en el módulo de conocimientos básicos de rama titulado: necesidades educativas específicas, en la cual se incluyen seis créditos de prácticas específicas. Además de los seis créditos del Trabajo de Fin de Grado (TFG).
- Universidad de Barcelona: no especifica las asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos de rama. Nombra a la especialidad como atención a la diversidad.
- Universidad de Sevilla: establece cinco asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, además de los seis créditos del TFG.
- Universidad de Valencia: establece seis asignaturas dentro del módulo de las asignaturas propias de la mención, siendo dos de ellas de seis créditos y, las cuatro asignaturas restantes de cuatro créditos y medio, siendo una de ellas: “intervención en trastornos del espectro autista”.
- Universidad de Oviedo: establece cinco asignaturas de seis créditos dentro del módulo de conocimientos básicos, además de los seis créditos del TFG. Nombra la mención como Educación Especial.
- Universidad de Navarra: establece seis asignaturas dentro del módulo de las asignaturas propias de la mención. Nombra la especialidad como: atención a la diversidad.
- Universidad de Deusto: no especifica las asignaturas, solamente informa de que la mención, conocimientos básicos de rama tiene una carga de treinta créditos.
- Universidad de Málaga: establece cuatro asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, además de los seis créditos del TFG. Nombra la mención como escuela inclusiva y atención a la diversidad.
- Universidad de Zaragoza: establece cinco asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, además de los diez créditos del TFG.

- Universidad Pontificia de Comillas: establece cinco asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, además de los seis créditos del TFG.
- Universidad Pontificia de Salamanca: establece diez asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, una general y nueve específicas de discapacidades y trastornos, además de los seis créditos del TFG.
- Universidad de Salamanca: establece seis asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, además de los seis créditos del TFG. Nombra la mención como Educación Especial.
- Universidad Internacional de la Rioja (UNIR): establece cinco asignaturas de seis créditos cada una dentro del módulo de conocimientos básicos, diferenciando de si se cursa desde magisterio de Educación Infantil o si se cursa desde Educación Primaria, además de los seis créditos del TFG.
- Universidad del País Vasco: establece cuatro asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, agrupadas en dos bloques: alumnado con NEE (I y II) y respuesta a las NEE (I y II), además de los seis créditos del TFG. Nombra a la mención como Educación Especial.
- Universidad San Pablo CEU: no imparte el grado de magisterio.
- Universidad Complutense de Madrid: establece cinco asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, además de los seis créditos del TFG.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED): no imparte el grado de magisterio.
- Universidad Autónoma de Madrid: establece cinco asignaturas dentro del módulo de conocimientos básicos, además de los seis créditos del TFG. Denomina la mención como educación inclusiva.

Además, hemos analizado si estas universidades poseen másteres tanto oficiales como propios y cursos de formación:

- Universidad Autónoma de Barcelona: posee un máster propio de equinoterapia y un curso de trastornos del comportamiento.
- Universidad de Barcelona: posee un título propio de aprendizajes específicos, dificultades de aprendizaje y trastornos del neurodesarrollo y otro de autismo: diagnóstico e intervención.
- Universidad de Sevilla: posee un master universitario en Necesidades Educativas Especiales y Atención a la diversidad en la escuela y otro de psicología de la educación. Avances en la intervención psicoeducativa y necesidades educativas especiales.

- Universidad de Valencia: posee un máster oficial de Educación Especial y un título propio de atención a la diversidad y educación inclusiva.
- Universidad de Oviedo: no posee formación complementaria específica.
- Universidad de Navarra: posee un máster en intervención educativa y psicológica.
- Universidad de Deusto: posee un máster en inclusión social y discapacidad y otro de Necesidades Educativas Especiales.
- Universidad de Málaga: posee un máster propio en atención temprana y otro de innovación educativa y gestión del conocimiento
- Universidad de Zaragoza: no posee formación complementaria específica.
- Universidad Pontificia de Comillas: no posee formación complementaria específica.
- Universidad Pontificia de Salamanca: posee un máster propio de musicoterapia.
- Universidad de Salamanca: posee un máster de investigación en discapacidad.
- Universidad Internacional de la Rioja (UNIR): posee dos másteres, uno de Educación Especial y otro de Educación inclusiva e intercultural, además de un título propio de experto universitario en Trastorno del Espectro Autista.
- Universidad del País Vasco: no posee formación complementaria específica.
- Universidad San Pablo CEU: no posee formación complementaria específica.
- Universidad Complutense de Madrid: posee dos másteres, uno de Educación Especial y otro de Atención Temprana: prevención, detección e intervención en las alteraciones del desarrollo y del aprendizaje.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED): posee un máster en tratamiento educativo de la diversidad y, dentro del programa de posgrado encontramos dos títulos: formación del profesorado en la cultura de la diversidad y la escuela inclusiva: desarrollo de competencias básicas y, Trastorno del Espectro del Autismo.
- Universidad Autónoma de Madrid: posee un máster de atención a la diversidad en centros bilingües de Educación Infantil y Primaria.

Al analizar los planes de estudio de las universidades españolas que imparten la mención de Educación Especial/Pedagogía Terapéutica/Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, podemos encontrarnos con tres tipos:

El primer tipo son aquellas universidades que incluyen una asignatura específica de “el alumnado de espectro autista”; estas universidades abordan la especialidad desde el enfoque de las distintas dificultades, trastornos o discapacidades que pueden presentar los alumnos. Así sucede por ejemplo en la Universidad de Valencia.

El segundo tipo son aquellas de universidades que abordan la especialidad desde la parte teórica, abundando la psicopatología y siendo escasa la intervención y los aspectos más prácticos con este

tipo de alumnado, ya que en una asignatura abordan todas las intervenciones. Es el caso de la Universidad de Barcelona, por ejemplo.

Y el tercer tipo son aquellas universidades españolas que imparten en la mención asignaturas prácticas como “respuesta educativa a las necesidades específicas de apoyo I y II” o “estrategias de intervención...” más próximas a la realidad de un aula TEA; en estas universidades abordan los trastornos y/o dificultades desde la parte teórica en asignaturas incluidas en la parte de formación básica, terminando todos los alumnos su grado con conocimientos teóricos, independientemente de la mención, ya que cualquier maestro va a tratar con muchos de estos alumnos en su día a día en las aulas ordinarias. Lo encontramos en el resto de universidades analizadas, como son por ejemplo la Universidad de Salamanca, la Universidad Complutense de Madrid o la Universidad Internacional de la Rioja.

El análisis de los planes de estudio que acabamos de realizar nos permite observar que no existe una normativa unificada para desarrollar los planes de estudio, lo que conlleva a que los profesionales no recibirán la misma formación y por tanto no tendrán las mismas competencias profesionales para poder llevar a cabo su labor docente. Como afirma García Llamas (1998), el profesorado posee una gran motivación intrínseca a la formación permanente, además del alto grado de realización de diferentes actividades formativas; esta predisposición debe ser cubierta por las Administraciones para solventar las lagunas detectadas en los planes de formación del profesorado.

Como docente me surge una gran inquietud, ¿un maestro recién titulado con la mención en Pedagogía Terapéutica está preparado para dar la atención necesaria en aulas preferentes TEA? Cualquier alumno con discapacidad precisa de un profesor cualificado y adecuadamente capacitado. Cualquier alumno necesita de profesores que atiendan correctamente sus necesidades, pero en el caso de alumnos con discapacidad, los profesores deben estar doblemente preparados. Como analiza Provecho (2004), los estudiantes de Magisterio (de Educación Especial y Audición y Lenguaje), muestran actitudes bastante positivas hacia las personas con retraso mental y con dificultad de aprendizaje, pero ¿es suficiente la actitud del profesorado?

Con el alumnado TEA, el nuevo plan se queda un poco escaso, por ello considero que debiera ser requisito la posesión de ambas especialidades/menciones PT y AL, además de ser necesario cursar estudios superiores o cursos que complementen esas deficiencias. Dichos cursos son títulos propios, títulos de experto universitario o máster. Creo que debiera existir una regulación estatal de los planes de estudio universitarios, así como de la normativa acerca de las aulas preferentes TEA. Al dejar libertad a los centros la elección de la titulación, en numerosos casos nos

encontramos con profesionales que van aprendiendo “sobre la marcha” metodologías o técnicas de intervención específicas en alumnado TEA.

1.7. En un contexto más amplio...

Hemos visto cómo se trabaja con las personas con autismo en España, ¿y en el mundo? A lo largo de este punto iremos haciendo un recorrido para descubrir si trabajan del mismo modo o utilizan otras metodologías.

A nivel legislativo nos encontramos con el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (2016) que estipula en su artículo 10 que la Unión tratará de luchar contra la discriminación por razón de discapacidad y, en su artículo 19 añade que podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivo de discapacidad.

La Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre de 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y ocupación, representa un avance importante en la lucha por la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en el marco de la Unión Europea, ya que obliga a los Estados miembro a establecer en sus legislaciones internas un marco adecuado de respuestas a la discriminación en el ámbito del empleo y la ocupación, ya sea a través de la protección frente al trato discriminatorio directo, como de la acción positiva frente a discriminaciones indirectas, es decir, situaciones aparentemente neutras que impidan de hecho en la práctica el ejercicio de sus derechos.

En Europa existe una estrategia específica sobre Discapacidad 2010-2020, cuyo objetivo principal es identificar las medidas a escala de la Unión Europea complementarias a actuaciones nacionales y determinar los mecanismos para aplicar la Convención en la Unión. Se centra en la supresión de barreras, identificando ocho ámbitos primordiales de actuación: accesibilidad, participación, igualdad, empleo, educación y formación, protección social, sanidad y acción exterior.

Encontramos una Declaración sobre los Derechos de las personas con autismo en la cual se recogen los derechos a defender por la legislación propia de cada país. Fue presentada en el cuarto Congreso de Autismo-Europa en La Haya en 1992 y adoptada bajo forma de Declaración por el Parlamento Europeo el 9 de mayo de 1996. En ella se viene a otorgar derecho a *vivir independientemente, el derecho a estar representados y a participar en la medida de lo posible en las decisiones que afecten a su futuro, el derecho a servicios de educación, vivienda, asistencia y ayuda asequibles y adecuados y, el derecho a no sufrir miedo, amenazas ni malos tratos.*

Figura 4. *Declaración sobre los derechos de las personas que padecen autismo.*

ANEXO II

0003/96

Declaración sobre los derechos de las personas que padecen autismo

El Parlamento Europeo,

- A. Considerando que al menos un millón de ciudadanos de la UE padecen autismo, que es una discapacidad mental; que las personas que padecen autismo pueden sufrir un deterioro de su capacidad de comunicación, así como de su aptitud para el contacto social y las emociones, lo cual puede afectar a todos los sentidos incluidos el tacto, el olfato y la vista,
- B. Teniendo en cuenta sus anteriores resoluciones sobre los derechos humanos de los minusválidos, sobre los derechos de las personas con discapacidad mental, y sobre el Parlamento de los Minusválidos, la declaración de los Derechos del Retrasado Mental de las Naciones Unidas de 1971 y 1975, el tercer programa de acción de la Unión Europea en favor de los minusválidos y la Carta de las personas que padecen autismo,
 1. Insta a las instituciones de la Unión y a los Estados miembros a que reconozcan y apliquen los derechos de las personas que padecen autismo;
 2. Subraya que las personas afectadas por el autismo deberían tener los mismos derechos de que disfrutaran todos los ciudadanos de la UE (en los casos en que éstos sean adecuados y atendiendo del mejor modo posible a los intereses de esas personas) y que estos derechos deberían reforzarse y aplicarse mediante una legislación adecuada en cada Estado miembro y deberían incluir:
 - a) el derecho a vivir independientemente,
 - b) el derecho a estar representados y a participar en la medida de lo posible en las decisiones que afecten a su futuro,
 - c) el derecho a servicios de educación, vivienda, asistencia y ayuda asequibles y adecuados,
 - d) el derecho a no sufrir miedo, amenazas ni malos tratos;

Fuente: Resolución sobre la Comunicación de la Comisión sobre la igualdad de oportunidades de las personas con minusvalía. Diario Oficial de la Comisión Europea n° C 132 de 28/04/1997 p. 0313.

Y, el pilar europeo de derechos sociales es el eje inspirador sobre el que se está vertebrando la nueva Unión Europea. Consiste en dar a la ciudadanía unos derechos sociales más efectivos, y está basado en veinte principios que se estructuran en tres categorías: igualdad de oportunidades y acceso al mercado laboral, condiciones de trabajo equitativas y protección e inclusión sociales. Aprobado como una Recomendación de la Comisión Europea en abril de 2017 (no vinculante), ya ha comenzado a elaborarse normativa inspirada en estos principios y derechos para hacer real una Europa más inclusiva.

La Comisión Europea apoya los esfuerzos nacionales principalmente de dos maneras, según la web oficial de la Unión Europea consultada el 02 de mayo de 2020:

- Colabora estrechamente con los responsables políticos nacionales para ayudarlos a desarrollar políticas y sistemas de educación escolar, incluido el seguimiento de los avances hacia los objetivos como parte del Semestre Europeo. La Comisión recopila y comparte información y análisis, y fomenta el intercambio de los planteamientos de las políticas y su desarrollo. Una forma de actuar es a través de los Grupos de Trabajo ET 2020. Desde 2016, el Grupo de Trabajo sobre Centros Escolares tiene un amplio mandato para desarrollar la gobernanza de los sistemas de educación escolar con el fin de promover la mejora de la calidad mediante el fomento de la innovación y la inclusión sostenibles.
- A través del programa Erasmus+, la Comisión contribuye de manera significativa a los proyectos de cooperación europea que promueven la movilidad de profesores y alumnos.

Los ministros de Educación de los Estados miembros de la UE han establecido como áreas prioritarias las siguientes:

- Todos los alumnos deben desarrollar las competencias clave para el aprendizaje permanente. Esto puede respaldarse rediseñando los planes de estudio y las evaluaciones, ofreciendo formación al personal del centro y mejorando la disponibilidad y el uso de herramientas y recursos de aprendizaje de buena calidad.
- Cada alumno debe beneficiarse de experiencias de aprendizaje de alta calidad, y la disponibilidad de atención y educación de la primera infancia debe ampliarse.
- A nivel escolar, debe mejorarse el apoyo a los alumnos con necesidades educativas especiales, incluidos los migrantes que llegan a la UE, y debe reducirse el abandono escolar prematuro.
- Los profesores, los directores de centros de enseñanza y los formadores del profesorado deben recibir más apoyo, incluidas oportunidades continuas de desarrollo profesional y opciones profesionales flexibles y atractivas.
- Debe seguir desarrollándose la garantía de calidad para asegurar una gobernanza más justa, eficaz y eficiente de la educación escolar y para facilitar la movilidad de los que reciben e imparten educación y formación.

La Comisión ha establecido el marco de cooperación política europea (ET 2020) para fomentar la cooperación en el desarrollo de buenas prácticas en los ámbitos de la educación y la formación. También elabora estudios periódicos sobre la situación en Europa para supervisar los avances en el desarrollo y la reforma de los sistemas de educación y formación.

Autismo Europa es una red europea de asociaciones de padres de ámbito nacional, regional y local, que representan a todas las personas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y

especialmente a quienes no pueden representarse a sí mismas. Igual que nos encontrábamos a nivel España, a nivel Europa existe un movimiento muy numeroso vinculado al asociacionismo. El objetivo de Autismo Europa es aumentar la sensibilización a nivel europeo, sobre los derechos fundamentales y las necesidades de las personas con TEA, y de esta manera promover acciones y políticas positivas (<https://www.autismeurope.org/>)

Existen diferencias sustantivas en el modo de proceder de muchos países dentro de Europa, así por ejemplo encontramos el caso de Francia, según Medical Press Francia ha sido criticada por su enfoque para el tratamiento del autismo. En 2002, Europa presentó una denuncia contra Francia ante el Consejo de Europa, debido a que se negaba a educar a los niños autistas, según fuera necesario en virtud de la Carta Social Europea (<https://www.medicalpress.es/la-mayoria-de-los-ninos-autistas-en-francia-reciben-psicoterapia/>).

La acusación fue confirmada y el Comité Europeo de Derechos Sociales declaró que «Francia no ha logrado suficientes progresos» en la educación de los niños autistas. El Comité también criticó a Francia para hacer de las personas autistas «, un grupo de excluidos». Según las cifras publicadas, menos del 20 por ciento de los niños con autismo asisten a la escuela. La mayoría de ellos bien se quedan en casa o van a un hospital de día a recibir las sesiones de psiquiatría.

Para los alumnos con discapacidad, la Ley prevé un Plan Educativo Individual diversificado (PEI) para aquellos objetivos educativos que no se basen en los planes de estudios o programas ministeriales, sino que son adaptados a las capacidades, las competencias y el potencial de los alumnos con discapacidad. Se trata de un documento complejo que quiere servir como un plan global para el alumno con discapacidad en el que se incluyen aspectos didácticos, relacionales, de rehabilitación y de asistencia social (<https://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/08/caselaw-sp.pdf>).

En la página del ministerio de sanidad encontramos un apartado en el que se incluyen aspectos específicos de las personas con autismo (http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=62&area=Disturbi_psichici) y existen dos páginas web muy importantes: <https://www.portale-autismo.it/> y <http://www.fondazione-autismo.it/>.

En 1971 se aprobó una ley italiana para que los alumnos con necesidades especiales fueran integrados en colegios ordinarios y seis años más tarde se cerraron las escuelas específicas. También fueron clausurados los centros psiquiátricos. Desde entonces los alumnos con algún tipo de discapacidad cuentan con profesores de apoyo dentro de los centros ordinarios, acudiendo

el 93% a la educación pública, ya que los colegios estatales están obligados a cumplir con estas necesidades (https://www.niusdiario.es/internacional/europa/italia-inclusion-colegios-atencion-especializada_18_2843670314.html).

Encontramos un estudio comparativo entre el sistema educativo de la etapa de Educación Primaria del Reino Unido y España por Cacho (2014). En él, establece como conclusiones que la organización en Reino Unido se caracteriza por la rigidez y el control, mientras que en España la organización es menos rígida y las inspecciones son aleatorias. La presión a la que está sometido el profesorado en el Reino Unido es mayor que en España, teniendo que demostrar siempre la calidad de los centros a través de rankings y evaluaciones externas. Sin embargo, esta competitividad también se refleja en las propias aulas, donde se clasifica a los alumnos en grupos según sus capacidades, se elogia públicamente a los alumnos más brillantes o con mejores actitudes, y se tiene muy en cuenta la motivación positiva a través de stickers o pegatinas y otro tipo de refuerzos. Además, las aulas suelen tener un teléfono, para llamar a los profesores de refuerzo para que saquen del aula a aquellos niños que molestan en clase, siendo la disciplina mucho más férrea que en España. Sin embargo, el profesorado del Reino Unido cuenta con muchos más recursos que el español. Es habitual que en las aulas del Reino Unido haya dos adultos en el aula. Junto con el docente de referencia, a veces encontramos padres y colaboradores que ayudan al profesor con las tareas del día a día como pueden ser la lectoescritura. El concepto de “aula abierta”, asociado a la idea de calidad, no existe en España. España se está equipando poco a poco a los centros con recursos tecnológicos, como pizarras digitales y tablets, y cada vez se incide más en la formación del profesorado, a través de los nuevos planes de estudio de magisterio o los numerosos cursos ofertados. No obstante, la formación se suele realizar fuera del horario laboral, siendo un extra que debe asumir el docente. La calidad de un sistema no se mide únicamente por sus instalaciones, o profesorado, sino que el alumnado también juega un papel muy importante en el mismo, a través de sus aptitudes, esfuerzo y motivación. En el Reino Unido se prioriza la competitividad tanto fuera como dentro del Centro, el sistema educativo español ha optado por la inclusividad en el aula. No hay un sistema mejor o peor, sino que son organizaciones diferentes por tener prioridades muy diversas. Pero, ¿cómo trabajan con los alumnos con autismo? Tienen colegios específicos, en su mayoría privados con posibilidad de quedarse internos los alumnos de mayor afectación; tienen horarios flexibles. Existe una mayor exigencia a los profesionales, ya que no permiten trabajar en este sector si no se posee formación específica (existe una carrera independiente de autismo infantil y otra de autismo en adultos). Funcionan a través de muchas asociaciones. Las terapias están integradas en el propio centro y todo está financiado por el Estado, las familias reciben bastantes ayudas.

El sistema educativo italiano es muy semejante al español en cuanto a las etapas educativas; la escolaridad y los libros son gratuitos en las etapas inferiores. Hemos averiguado que en Italia la intervención es desde un punto de vista clínico (neurólogos y psiquiatras), no encontrando información de modalidades de escolarización.

En Alemania conviven los colegios ordinarios con apoyos y los colegios de educación especial. La apuesta que hacen es que todos los niños que puedan asistir a la escuela ordinaria lo hagan, solamente el 4,3% de los menores alemanes acude a escuelas de educación especial.

Como ocurre en España, la educación para niños con necesidades especiales en Alemania varía de una región a otra. Esto es debido a que las competencias educativas son regionales.

El sistema hace una primera división al dividir entre quienes tienen discapacidades permanentes de quienes tienen problemas de aprendizaje temporales. Y a pesar de las diferencias regionales la base es la misma: se trata de integrar a los niños con necesidades especiales en las escuelas ordinarias siempre que sea posible y de poner recursos adicionales para ayudar a los niños con problemas de aprendizaje. Estos apoyos pueden ser en escuelas ordinarias públicas o concertadas, y el mismo modelo en escuelas solo de educación especial.

Algunas escuelas funcionan como escuelas diurnas (Ganztagschulen), otras son internados. Por lo general, la educación para necesidades especiales se imparte de las siguientes maneras: enseñanza conjunta en la escuela convencional, escuelas con un enfoque de desarrollo educativo especial y, en instituciones pedagógicas especiales y en colaboración con los proveedores privados de servicios juveniles (especialmente para el desarrollo emocional y social).

Los padres y los médicos son responsables de diagnosticar la discapacidad de un niño, que es legalmente reconocida por las autoridades educativas locales. A partir de ahí, un profesor especialista emite un informe sobre el tipo y nivel de discapacidad en lo que se refiere a actividades educativas y serán los padres junto a las autoridades las que deciden el tipo de educación del niño.

Desde la primera edad se les separa. Hay guarderías especializadas para niños con necesidades especiales y guarderías “de apoyo”. Su objetivo es detectar lo antes posible los problemas para dar a los niños las herramientas necesarias para la integración escolar lo más pronto posible. Desde el preescolar se les clasifica en ocho categorías según su discapacidad, que van desde la ceguera y la sordera hasta problemas de aprendizaje o de comportamiento pasando por desórdenes mentales.

Aunque cada región organiza su educación especial de maneras distintas, todos cumplen unos mínimos nacionales.

Las escuelas son independientes para decidir, más allá de la voluntad de los padres, cuando creen que un niño necesita esas medidas especiales.

En general, todos los 'lander' o regiones mantienen sistemas inclusivos con medidas para apoyar en escuelas ordinarias a los niños con discapacidades físicas, cognitivas o de aprendizaje. Los niños son derivados a escuelas de educación especial cuando las discapacidades implican necesidades de interacción de varios profesionales como profesores, logopedas y terapeutas ocupacionales.

Las escuelas de "educación especial" siguen el mismo currículum educativo que las escuelas ordinarias, pero cambian sus métodos y recursos pedagógicos para hacerlos adecuados a niños con discapacidades. Sólo aquellos niños con discapacidades muy graves no siguen el sistema curricular.

Alemania tiene muy clara la necesidad de dar a cada persona lo que necesita y desde luego los niños con alguna necesidad tienen al alcance todo un abanico de posibilidades.

Existen diversos proyectos, como "Autism at work" o el de la empresa "Auticon", en los que el objetivo prioritario es la neurodiversidad dentro de la compañía a personas con estas condiciones. En Estados Unidos (EE.UU), según el testimonio de Eileen Lamb, madre, escritora y fundadora del blog "The Autism Café" (<https://www.bloghoptoys.es/autismo-testimonio-sobre-la-inclusion-en-eeuu/>) en EE.UU el diagnóstico puede hacerse con solo quince meses. La terapia recomendada después de un diagnóstico es en la mayoría de los casos la terapia ABA. Como nos afirma en la entrevista, *la mayoría de las escuelas tienen clases especiales, pero los niños con autismo también son bienvenidos en la escuela en clases "mainstream» si los padres así lo desean. Los alumnos autistas tienen derecho a un asistente en clase para facilitar su integración. Y antes de los 3 años, todos los niños con retraso en su desarrollo pueden recibir terapia gratuita. Cuando los niños cumplen 3 años, también pueden asistir a un jardín de infancia para niños con dificultades. La gente es mucho más tolerante en general. Aquí hay incluso salas de juegos especiales para niños autistas (trampolines, etc.) y un parque de atracciones para niños discapacitados.*

A modo de anécdota Eileen comenta: "La última vez que regresé en Europa, Charlie tuvo un ataque y un caballero me dijo que era un chico mal educado. ¡Me marcó porque esto nunca me ha pasado en los Estados Unidos en seis años! Me gustaría que la gente no fuera tan rápida en juzgar cuando un niño tiene una crisis en público".

Cuando ves a un niño teniendo una crisis, tal vez tiene problemas sensoriales, y estar en una tienda es una pura tortura. Quizás es autista y no puede expresarse de otra manera. O tal vez es neurotípico y está teniendo un mal día. Sucede. De todos modos, no hay razón para juzgar y mirar con mala cara. Hay que educar a la población de forma amable.

Existen centros específicos para atender a las personas con autismo, como puede ser CARD, Centro para Autismo y Trastornos Relacionados, en ellos tratan de ayudar a que cada paciente alcance su máximo potencial en un ambiente lo menos restrictivo y se basan en una intervención de conducta.

1.8. Conclusiones

A lo largo de estos dos primeros puntos, hemos realizado un breve recorrido histórico del autismo, analizando los primeros estudios hasta llegar a nuestros días, momento en el que son numerosos los estudios que se están llevando a cabo. En primer lugar, definimos qué es el autismo: se trata de un grupo de alteraciones de origen neurobiológico caracterizado por la alteración de sus capacidades en las áreas que hemos abordado anteriormente (relación social, comunicación, comportamiento e imaginación). Estas personas presentan unas cualidades muy significativas: observan, analizan y memorizan detalles muy concretos, utilizan muy bien la información visual y, tienen una gran motivación por intereses concretos. Después, iniciamos nuestro recorrido histórico con John Haslam en 1799, tuvimos que avanzar a lo largo del siglo XIX para encontrar las primeras descripciones de sujetos con autismo. Gaspard Itard fue el primer autor que desarrolló unos métodos de tratamiento, en la misma línea encontramos a Bleuler.

El gran paso hacia la delimitación conceptual del Síndrome tuvo lugar en el siglo XX con Kanner, quien fue categorizando las conductas y se dio cuenta de que un grupo de sujetos, concretamente once niños pequeños, presentaban conductas similares, definiendo las particularidades comunes de estos individuos como características de un trastorno que él denominó “autismo infantil”.

De este modo, según Rivière (2007), la primera persona que definió el concepto fue Kanner en 1943, pero cabe destacar que antes de él otros autores ya habían observado y hablado sobre estas conductas en niños, lo que aún no se había reconocido como un trastorno.

Posteriormente, en 1944, Hans Asperger (pediatra vienés, doce años más joven que Kanner), publicó su primer artículo sobre un grupo de individuos que presentan una conducta muy similar, a la que se denominó Síndrome de Asperger.

En la década de los ochenta, se sigue investigando el origen del trastorno con Frith a la cabeza y se continúan buscando métodos de intervención como los de Rivière o Loovas

A partir de la última década del siglo se vive un cambio muy importante en la tipología que estudiamos, pues se empezó a comparar el desarrollo de un niño normal (neurotípico) con el de

un niño con autismo, lo que aportó claves fundamentales para interpretar lo que se sabía sobre este trastorno.

Tal y como recoge Rivero (2018) la historia etiológica del autismo la podemos analizar por medio de dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, como son la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y estadístico (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En la última edición del DSM-V (APA, 2013), como hemos citado anteriormente, se incluyen numerosos cambios entre ellos los trastornos de inicio en la infancia pasan a incluirse en una nueva categoría: trastornos del neurodesarrollo. El autismo, de este modo, pasa a ser considerado desde una óptica categorial (DSM-IV: TGD's) a una óptica dimensional, la cual supone que se deja de clasificar el trastorno para pasar a describir las áreas afectadas/dimensiones. El Trastorno del Espectro del Autismo incluiría a todos los actuales como el trastorno autista, el trastorno de asperger, el trastorno desintegrativo, etc.

Posteriormente hemos analizado los dos tipos de diagnósticos que se pueden dar (educativo y clínico) y, llegamos a la conclusión de la necesidad de crear equipos multidisciplinares. También hemos realizado un análisis del desarrollo evolutivo del lenguaje ya que es muy necesario conocer los hitos evolutivos que se producen de manera neurotípica para poder detectar y estimular las dificultades/alteraciones que presentan a nivel comunicativo-lingüístico.

A continuación, nos hemos ido aproximando a la realidad educativa, trabajando el concepto de inclusión, las modalidades de escolarización (ordinaria, ordinaria en centros preferentes TEA y en centros de Educación Especial), la familia como institución que ejerce influencia en el niño, ya que transmite valores, costumbres y creencias por medio de la convivencia diaria y cómo afronta el proceso diagnóstico, y el profesorado específico de las aulas TEA, los perfiles y la formación específica necesaria (TSIS y AL/PT).

Una vez estudiados y analizados estos aspectos en España, hemos ampliado fronteras para conocer cómo se trabaja con este tipo de alumnado en los países más representativos del mundo, para ello hemos podido comprobar la legislación a nivel europeo y, como a nivel institucional la Comisión Europea se ha establecido unas áreas prioritarias de actuación. Después hemos analizado la situación en Italia, Francia, Alemania, Reino Unido y EE. UU, siendo Francia la única que no ha logrado los suficientes progresos, ya que según denunciaron en 2002 ante el Consejo de Europa, se negaba a educar a los niños autistas. En el resto de países como hemos podido comprobar existen diversas estrategias y sistemas de actuación, desde los más complejos

e integradores como pueden ser Reino Unido o EE. UU, a metodologías específicas y modalidades de escolarización semejantes a España como en Italia o Alemania.

Como hemos podido comprobar, existe una brecha entre los dos tipos de diagnósticos, cada ámbito lo concibe de una forma y por tanto lo aborda en consecuencia; todo ello unido a que las familias no entienden el porqué de ambos tipos de diagnósticos ni las diferencias de los mismos. Estos aspectos son los que van a centrar nuestro estudio.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Planteamiento de la investigación- metodología

2.1.1. Introducción

Hace ya siete años empecé a trabajar con chicos con autismo, tanto a nivel escolar como en tiempo de ocio (campamentos urbanos). Tanto me gustaron estas experiencias que seguí formándome y logré cambiar mi puesto como docente ordinario a profesor especialista de un aula TEA, implicada directamente en la puesta en marcha del proyecto de centro preferente en un colegio concertado de la Comunidad de Madrid. No puedo decir que todo haya sido fácil, pues evidentemente ha habido y seguirá habiendo momentos difíciles, crisis de los alumnos, cambios de modalidad de escolarización a Educación Especial, pero aún con todo eso me encanta mi trabajo y por ello quería aportar con mi investigación, un granito de arena a este colectivo.

Una vez estudiado el autismo y partiendo de mi experiencia como docente, puedo determinar que la etapa que me interesa es la fase del diagnóstico. Es una de las etapas más difíciles de afrontar para las familias, porque a la incertidumbre que genera, se une en muchos casos hay que unir el largo proceso que se requiere hasta lograr un diagnóstico definitivo. He observado que la parte médica y la parte educativa llevan caminos diferentes, donde para empezar, denominan de distinta manera el proceso: en el mundo educativo se denomina “evaluación psicopedagógica” lo que en el contexto médico es un simple “diagnóstico”. La evaluación psicopedagógica supone “un conjunto de actuaciones encaminadas a recoger, analizar y valorar la información sobre las condiciones personales del alumno o alumna, la interacción con el contexto escolar y familiar y su competencia curricular”. En cambio, realizar un diagnóstico supone “determinar, mediante el análisis de datos e informaciones, qué es lo que está pasando y cómo podríamos arreglarlo, mejorarlo o al menos, corregir una situación”. Como se puede apreciar, suponen modos muy distintos de contemplar un mismo problema, lo que puede derivar en consecuentes acciones igualmente distantes. Una con la visión con una perspectiva eminentemente formativa y la otra más bien correctiva. Nos planteamos pues, determinar el origen de dicha diferencia como fundamento necesario para la búsqueda de un abordaje común.

Desde la *perspectiva psicopedagógica*, encontramos un planteamiento bastante uniforme. Consultando la web del equipo específico de la Comunidad de Madrid, la del Gobierno de Navarra, las webs de diversidad asociaciones autonómicas (Galicia, Andalucía, ...) y la guía “Detección y diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista” (Canal et al., 2007) llegamos a conclusiones semejantes: las pruebas que describen a nivel educativo (psicopedagógico) fundamentalmente son el cuestionario M-CHAT, ADI-R, ADOS-2, CARS 2, IDEA; teniendo en

cuenta que las pruebas las suministran en el nivel 2, siendo éste el diagnóstico y la propia evaluación. En el nivel 1 se lleva a cabo una vigilancia del desarrollo y la detección de los primeros síntomas de alarma.

La detección debe ir seguida del protocolo de derivación para la realización de una evaluación detallada e iniciar la atención temprana. Cuando se confirma la sospecha de la posible existencia de un Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), el proceso se completa con la evaluación psicopedagógica propiamente dicha.

Según Cervera et al. (2015), todo proceso diagnóstico perseguirá unos objetivos particulares y circunscritos a la persona y su contexto. Los objetivos generales definidos por Le Couteur (2003) para la National Autistic Society (NAPC) son:

- Identificar, con la mayor fiabilidad posible, las necesidades de salud del niño, incluyendo el diagnóstico diferencial, etiología y consejo genético.
- Promover la comprensión y acuerdo acerca de las implicaciones potenciales del trastorno para el desarrollo, de forma que puedan implementarse estrategias efectivas de tipo educativo, conductual, emocional, comunicativo, social y físico.
- Situar las necesidades del niño en el contexto de la familia, dándoles confianza para responder a ellas y entendiendo que las suyas propias (incluyendo necesidades culturales y espirituales) son también tenidas en cuenta.

Y, todo ello, siendo conscientes de que los datos aportados pueden contribuir a la investigación científica.

La evaluación psicopedagógica tiene un enfoque interactivo y contextual. La valoración requiere aplicar las pruebas estandarizadas necesarias (psicométricas, lenguaje, ...) para valorar las capacidades cognitivas, la comunicación y el lenguaje, las competencias socioemocionales y de relación, otras más específicas. Según Zuñiga et al (2017), la asociación americana de pediatría determina que *“el diagnóstico del autismo debería incluir el uso de un instrumento diagnóstico con al menos moderada sensibilidad y buena especificidad para el autismo”*. De igual forma en el mundo anglosajón se pronuncia P. Howlin *“debido a la variabilidad y también porque es difícil desenmarañar los problemas de interacción social, comunicación y con ritualistas y obsesivos es mejor usar herramientas o instrumentos que específicamente detectan la presencia de sintomatología autista”* (Howlin, 1998).

Durante el proceso de valoración el equipo de orientación se entrevista con el equipo educativo (tutor, profesorado, apoyos y resto de profesionales pertinentes) porque es importante la valoración de aspectos curriculares y de estilo de enseñanza y aprendizaje. Y, por otra parte, se

entrevista con la familia (padre, madre) para profundizar sobre la información que ya disponen, determinando las necesidades de apoyo (información, asesoramiento, recursos...) de la familia y avanzando en el proceso de evaluación psicopedagógica. La familia y la persona con TEA son piezas clave en el proceso, como elemento activo.

La información y las conclusiones del proceso de evaluación se recogerán por escrito en el Informe de Evaluación Psicopedagógica que debe contener “como mínimo” la síntesis de la información relativa a datos personales, desarrollo general, aspectos relevantes del proceso de enseñanza-aprendizaje, estilo de aprendizaje, preferencias, intereses y necesidades, demandas y circunstancias familiares, identificación de las necesidades educativas especiales, previsión de los apoyos personales, y materiales y orientaciones para la propuesta curricular.

En el mundo de *la medicina*, siguiendo las pautas que nos enuncian Hervás et al. (2012) defienden un diagnóstico basado en una aproximación multidisciplinar; la evaluación debe incluir información de los padres, la observación del niño, la interacción con él y del juicio clínico. El ADI-R y ADOS, son considerados instrumentos clave en la evaluación clínica del TEA. Además, señalan la importancia de realizar estudios genéticos, pruebas electrofisiológicas, neuroimagen y evaluaciones específicas para determinar el perfil evolutivo. Así lo defienden Bayés et al. (2005) quienes consideran *el TEA como un trastorno generalizado del desarrollo de origen neuropatológico. El diagnóstico es clínico y se basa en las alteraciones de la interacción social, problemas de la comunicación, y por presentar un repertorio restringido de las actividades e intereses.*

Como enuncian Bonilla y Chaskel (2016), la evaluación completa de una persona con autismo debe incluir:

- Concepto médico previo amplio y sustentado por paraclínicos que descarten comorbilidad y otras causas orgánicas de los síntomas.
- Evaluación cognitiva completa.
- Habilidades adaptativas del niño.
- Proceso de desarrollo subyacente.
- Estilo de aprendizaje.
- Habilidades motrices y sensoriales.
- Patrones de interacción en el interior del hogar y en su contexto sociocultural.

Por tanto, la evaluación psicopedagógica consta de dos fases, un primer nivel, en el que se lleva a cabo una vigilancia del desarrollo y la detección de los primeros síntomas de alarma y, un segundo nivel, de diagnóstico, en el que se lleva a cabo la propia evaluación. Algunas de las pruebas más utilizadas son: MCHAT, PDDST-1, ADI, ADI-R, PIA, CARS, ABC, ADOS-G,

además de algunas escalas que midan la inteligencia como puede ser la escala Weschler (WISC/WPPSI). La evaluación aporta un perfil del sujeto en el ámbito educativo.

En la evaluación médica, llevan a cabo una aproximación multidisciplinaria. La evaluación debe incluir información de los padres, la observación del niño, de la interacción con él y del juicio clínico. Los instrumentos clínicos más utilizados son: ADI-R, ADOS, Peabody, WPPSI/WISC/WAIS, K-ABC, test para valorar la teoría de la mente, la coherencia central, las funciones ejecutivas, el juego, la conducta adaptativa y los síntomas de psicopatología general. Además, en la evaluación determinan la posible existencia de trastornos concurrentes como puede ser la discapacidad intelectual o trastornos del lenguaje o psiquiátricos. La evaluación nos aporta un perfil global del sujeto.

Después de analizar los dos contextos, considero que es muy necesario llevar a cabo evaluaciones multidisciplinarias, en las que se complementen los aspectos educativos y los médicos, llevando a cabo evaluaciones globales, cuidadosas y detalladas de todos los aspectos del desarrollo de la persona

Todos estos aspectos enunciados son cuestiones teóricas, que en mi caso deberé completar con un estudio empírico que me permita conocer la realidad actual del autismo. Por esta razón mi actividad investigadora va a estar dividida por diversas actividades (teóricas y prácticas) que combinadas me aportarán el conocimiento que preciso.

2.1.2. Estado de la cuestión

Como he indicado, me interesa la fase de diagnóstico porque en la actualidad la vía médica y la educativa llevan caminos diferentes y entiendo que es necesario uniformar planteamientos en beneficio de los propios sujetos, dado que un diagnóstico uniforme facilitará su interpretación en todo el entorno de intervención (familia, educadores, cuidadores, etc.) y permitirá establecer objetivos y pautas de intervención más uniformes.

Comenzaremos por ver cómo se está interpretando la cuestión en cada una de las dos vías establecidas. Existen multitud de estudios que analizan el diagnóstico desde la perspectiva médica entre los que destacamos:

- González, M. C., Vásquez, M., y Hernández-Chávez, M. (2019). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 485-491. En este artículo el objetivo principal de los autores es describir el perfil clínico desde su

derivación al especialista (los primeros síntomas) hasta la realización de una prueba diagnóstica (diagnóstico clínico, neuropsicológico) apoyado por la realización del test ADOS-G. Se trata de un estudio descriptivo, en el cual, el diagnóstico de TEA fue realizado siguiendo los criterios de DSM-IV y posteriormente fueron referidos a evaluación neuropsicológica para evaluación de funcionalidad, intelectualidad y Test ADOS-G. Al analizar este estudio he podido conocer uno de los test más utilizados en el ámbito clínico para la detección del autismo ya que los criterios de ingreso que establecieron para poder participar en el estudio *fueron: primera consulta por sospecha de TEA y ADOS-G compatible; edad entre 3 a 10 años al momento de la realización del Test ADOS-G; tener lenguaje hablado de al menos una palabra con significado. Los criterios de exclusión fueron: vocalizaciones en las cuales no se reconocen palabras ni aproximación a palabras; ser portador de una enfermedad genética cromosómica conocida o malformación severa o daño estructural del sistema nervioso central. La evaluación neuropsicológica consistió en la medición de la conducta adaptativa y cognitiva con el test de Vineland, Kaufman Brief Intelligence (K-BIT), que provee Coeficiente intelectual (CI), para CI total, verbal y no verbal y la escala de inteligencia Wechsler (WISC-IV), aplicable a niños y adolescentes de edades comprendidas entre 6 años 0 meses y 16 años 11 meses, que también arrojan CI de los mismos tipos descritos anteriormente. El test aplicado (ADOS-G), evaluó si los pacientes tenían o no sintomatología del espectro autista, categorizándose en carga sintomática leve, moderada o severa.*

Entre los resultados que obtuvieron destaca que 44 de los 50 niños de la muestra cumplieron los criterios de inclusión en el estudio siendo la edad promedio de diagnóstico de 18 a 23 meses; en la anamnesis realizada, en más de la mitad de los casos las madres refirieron haber percibido alguna alteración del neurodesarrollo. Además de aportar las cifras de las pruebas clínicas, lograron detectar otras comorbilidades aparte del déficit cognitivo como son: el trastorno de aprendizaje, el trastorno de sueño, el trastorno alimentario, el retraso del desarrollo motor y la epilepsia.

La conclusión a la que llegan los autores resulta de gran utilidad para nuestro estudio pues, *a pesar que existen criterios clínicos definidos en los manuales DSM IV y DSM V, factibles de detectar clínicamente, la alta variabilidad fenotípica del TEA relacionado con carga de sintomatología autista, capacidad cognitiva y lenguaje requiere un trabajo en equipo (familia, educadores, y equipo de salud), imponiéndose de este modo una evaluación multidisciplinaria que nos permita una detección precoz y una alta certeza diagnóstica.* Estos autores abogan por una evaluación completa del sujeto, en la cual no solo se evalúen determinados criterios preestablecidos, sino que proponen que se evalúe la persona en su globalidad (aspectos cognitivos, sociales, ...).

- Vázquez-Villagrán, L. L., Moo-Rivas, C. D., Meléndez-Bautista, E., Magriñá-Lizama, J. S., y Méndez-Domínguez, N. I. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de neurociencia*, 18(5), 31-45.

El TEA persiste toda la vida y muestra una gran heterogeneidad, que varía desde modificaciones leves de la personalidad hasta discapacidad grave. La importancia de esta revisión es procurar un diagnóstico oportuno con el fin de obtener un pronóstico más favorable para el paciente. Las secciones a tratar serán la sintomatología, diagnóstico y tratamiento. En el artículo se establece que este trastorno se puede diagnosticar de manera fiable en niños a partir de los dos años, siendo la intervención temprana beneficiosa para estos pacientes. Sin embargo, la edad promedio para el diagnóstico es entre los tres y seis años. En el texto los autores hacen referencia a la Academia y Sociedad Americana de Neurología (ASN por sus siglas en inglés) en el reporte acerca de la identificación y diagnóstico del TEA, destacando que se requiere de un doble acercamiento. En el primer nivel, hacen referencia a la revisión rutinaria del desarrollo y el segundo nivel, se trata del diagnóstico y evaluación del autismo. Este segundo nivel a su vez lo subdividen en tres fases: fase de identificación, evaluación global y diagnóstico específico. Señalan como instrumentos de entrevista: GARS, PIA, PDDST-etapa 3, ADI-R y como instrumentos de observación: CARS, STAT y ADOS-. Además, señalan la importancia de realizar pruebas complementarias como un examen de laboratorio, pruebas de neurofisiología y de neuroimagen.

Este estudio me aporta una información más amplia que la que nos aportaba el anterior, incluye un mayor número de instrumentos de entrevista y de observación y expone el tipo de evaluación que en el anterior artículo defendían los autores. Además, señalan la importancia que para ellos tiene llevar a cabo pruebas médicas complementarias que apoyen el diagnóstico médico. Es un primer indicio de la defensa de evaluaciones multidisciplinarias aunque en el abordaje de este artículo hemos podido comprobar que solamente se centran en el diagnóstico clínico y en las conclusiones. Al respecto, añaden: *“Es fundamental reconocer sus principales y tempranas manifestaciones clínicas en los primeros años de vida, con la finalidad de que el médico sea capaz de ofrecer el tratamiento clínico-educativo y farmacológico óptimo para mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes”*. Abogan por un diagnóstico precoz (clínico) como pilar principal de una correcta intervención, tanto clínica como educativa en el autismo. Estos autores no contemplan el diagnóstico educativo, solamente se centran en la parte clínica, pero cuando hablan de la intervención si abogan por un tratamiento de los dos ámbitos, clínico y educativo. Ésta es otra aproximación a nuestra iniciativa, proponiendo confluir en la acción, los dos ámbitos.

- Gómez, S. L., y Torres, R. M. R. (2014). El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades. *Informes psicológicos*, 14(2), 13-31.

En este artículo los autores describen las características del autismo basándose en el manual DSM-IV y DSM-V, señalando *que en el diagnóstico habrá que detallar, de manera específica, cuáles son las características clínicas específicas del caso, de acuerdo con su grado de severidad, nivel de competencias de comunicación social e intereses*. Además de centrarse en los criterios diagnósticos, defienden que cualquier programa de intervención en autismo debe partir de la consideración multifactorial, incluyendo perfiles diversos de profesionales en la intervención. Una vez más se confirma la importancia de la intervención multifactorial, pero claramente señalan los autores que habrá que tener en cuenta las características clínicas del sujeto, es decir defienden la intervención conjunta de profesionales del mundo sanitario y del mundo educativo, pero en cuanto a la evaluación/diagnóstico se centran en la clínica.

- Hervás, A., y Santos, L. S. (2014). Autismo. Espectro autista. Del Curso de psiquiatría infantil, Sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria.

En este artículo los autores señalan que la mayoría de los casos de TEA son idiopáticos y su diagnóstico es clínico. La detección precoz en la atención primaria se basa en el seguimiento longitudinal del desarrollo del niño, las sospechas paternas y el uso de herramientas como el MCHAT. El diagnóstico específico debe ser realizado por expertos en TEA. Establecen que la evaluación debe incluir un examen físico y neurológico, e investigación de laboratorio, la cual incluye estudios metabólicos, genéticos, pruebas electrofisiológicas y neuroimagen. En conclusión, una vez más los autores describen el diagnóstico clínico; en este caso amplió el conocimiento de una prueba diagnóstica más. Este estudio apoya de nuevo mi tesis, reforzando la idea de que el diagnóstico debe ser multifactorial. Los autores argumentan a lo largo de todo el texto la relevancia de que se incluyan pruebas clínicas a los diagnósticos, es decir defienden un diagnóstico multidimensional, realizado por diversos profesionales, aunque no especifican la unión clínica y educativa.

- Sampedro-Tobón, M. E., González-González, M., Vélez-Vieira, S., y Lemos-Hoyos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(6), 456-466.

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo del proceso de detección y diagnóstico de 42 niños con trastornos del espectro autista (TEA) por medio de una entrevista semiestructurada y a través de la revisión de historias clínicas. Las edades de los niños se encontraban entre los 2.6 y los 10.75 años, con una media de 6.57 años. El 69% de los niños eran de sexo masculino y 76.2% presentaban autismo clásico. Al momento de la

evaluación, 61.9% de la muestra asistía a una institución educativa de forma paralela a la fundación que preconiza el estudio. La proporción de niños con autismo clásico y aquellos con alto funcionamiento fue aleatoria. Las conclusiones a las que llegan son muy variadas entre las que debemos destacar: en primer lugar, que señalan que en la mitad de los casos analizados fueron los padres quienes detectaron los primeros síntomas de alarma. Según los autores resulta alarmante que en la mayoría de los controles de crecimiento y desarrollo no lograron ninguna detección llegando a la conclusión de que es necesario formar equipos interdisciplinarios para que, además de las mediciones relacionadas con los indicadores de crecimiento, se promueva la detección temprana de trastornos del desarrollo. En referencia al proceso de detección y diagnóstico señalan que resulta costoso y doloroso, por lo que sugieren que, en la valoración realizada por los profesionales de la salud, se tengan en cuenta las recomendaciones que plantean varios autores, con el fin de disminuir el coste, el tiempo y el esfuerzo de la etapa diagnóstica. Este estudio nos aporta una sensible contribución a nuestro planteamiento. En primer lugar, señala que los controles de crecimiento y desarrollo no son criterios diagnósticos en el caso del autismo y que en la mayoría de los casos fueron los propios padres quienes detectaron los primeros signos de que algo ocurría. Esto es sumamente importante ya que demuestra que los controles periódicos que se realizan a los niños por parte de los pediatras no son suficientes para detectar la presencia de este trastorno y que son en muchos casos los padres quienes detectan los primeros indicios, no siendo especialistas. Por tanto, algo está fallando, cuando no existen revisiones exhaustivas en las que queden valorados todas las áreas del sujeto (multidimensional). En segundo lugar, señalan que el proceso diagnóstico debe realizarse en equipos interdisciplinarios, apoyando de este modo nuestra idea del proceso de valoración. Y, por último, señala que, puesto que el proceso diagnóstico es largo y doloroso para las familias, si se llevase a cabo por equipos multidisciplinares el tiempo sería menor y las familias verían una unidad y coherencia en el proceso diagnóstico, no teniendo que realizar procesos paralelos para que su hijo/a pueda recibir los apoyos necesarios, teniendo en cuenta todos los factores que esto supone.

- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., y Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 16(10), 78-94, actualizado en Hervás, A., Balmaña, N. y Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 21(2), 92-108. En estos artículos los autores defienden el diagnóstico precoz del TEA. Para ello comienzan realizando un análisis de los criterios diagnósticos, aportan datos epidemiológicos y posteriormente basándose en la etiología, establecen niveles en la detección precoz, encontrándose un primer nivel de vigilancia evolutiva de rutina, un segundo nivel de detección específica de TEA y, un tercer nivel, la evaluación diagnóstica

de TEA. Además, añaden la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial en el que se determine la posible existencia de trastornos concurrentes. Defienden la detección precoz de TEA y la instauración de un programa de tratamiento temprano en todos los entornos en los que vive el niño ya que ambos mejoran el pronóstico de los síntomas autistas, sus habilidades cognitivas y la adaptación funcional a su entorno. Este estudio nos aporta un nuevo argumento para nuestro planteamiento de uniformar el proceso: si en las revisiones médicas periódicas, se realizaran los tres niveles de detección, sería posible llevar a cabo evaluaciones multidisciplinares en el tercer nivel a aquellos sujetos que realmente sean susceptibles de confirmación de la sospecha del trastorno.

- Carmona, M. B., Muñoz, L. B., De Andrés, E. G., Biggi, J. F. y De La Paz, M. P. (2010). Evolución de los estudios sobre autismo en España: publicaciones y redes de coautoría entre 1974 y 2007. *Psicothema*, 22(2), 242-249.

En este artículo se revisaron *todos los trabajos sobre autismo publicados en revistas por autores españoles hasta 2007 para analizar la evolución de los estudios, las revistas y las redes de coautoría en este ámbito. En total, se analizaron 567 trabajos. Se observó un incremento progresivo del total de artículos publicados y de los investigadores que trabajan en colaboración, especialmente en los últimos diez años, así como una notable coincidencia entre el enfoque general de los trabajos y las recomendaciones publicadas en el ámbito anglosajón sobre la investigación y el tratamiento del autismo para ese periodo. También se identificaron puntos débiles, como la baja proporción de trabajos empíricos y financiados, el bajo impacto de las revistas y la falta de continuidad de los autores, detectados también en otras áreas de investigación.* Se concluye que los estudios psicológicos y biomédicos del autismo en España estaban en ese momento en expansión (2010), pero que se requieren cambios importantes en el modo en que los autores desarrollan y comunican sus trabajos y una mayor implicación de las instituciones (especialmente, universidades y asociaciones de padres). Finalmente, sugieren algunas propuestas para mejorar la calidad y visibilidad de los futuros estudios y su utilidad real para las personas afectadas. Este estudio no aporta ningún aspecto nuevo a nuestra tesis; solamente apoya la visión de que el autismo actualmente se encuentra en un momento de estudio generalizado, de ahí que defienda que es un trastorno que se está estudiando mucho pero que actualmente aún es muy invisible, por ello es necesario que continúe el incremento de nuevos estudios.

- Severgnin, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro autista. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(2), 168-170.

Nuevamente nos encontramos con un estudio que únicamente tiene en cuenta los aspectos clínicos del diagnóstico; el autor trata el autismo desde una perspectiva clínica definiendo los síntomas, algunos recursos con los que se puede diagnosticar de forma temprana, la

etiología y la prevalencia. Estos aspectos son tratados de forma muy superficial. Una vez más nos encontramos ante la defensa del diagnóstico clínico, descartando las opiniones y valoraciones de los especialistas del mundo educativo.

- Cabanyes-Truffino, J. y García-Villamizar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 39(1), 81-90.

Los autores comienzan el artículo introduciéndonos el trastorno, nombrando los criterios clínicos. Posteriormente tratan el diagnóstico precoz; más concretamente enuncian las dificultades que existen para llegar a él, entre las que encuentran los propios criterios diagnósticos, la variabilidad de manifestaciones las cuales van modificándose según la edad y la alta comorbilidad. A continuación, abordan las posibilidades del diagnóstico, analizando algunos estudios, describiendo las características más comunes para llegar al proceso diagnóstico propiamente dicho, analizando el proceso, los instrumentos utilizados, ... Todo ello les sirve a los autores para argumentar la importancia del diagnóstico precoz en este trastorno, defendiendo en las conclusiones la importancia de crear una red sociosanitaria específica, aspecto que apoyamos desde nuestra tesis. Este estudio aporta la relevancia que tiene el diagnóstico precoz en cualquier trastorno, pero en el que nos ocupa es de suma importancia, ya que cuanto antes se determine el diagnóstico, antes se podrá comenzar a estimular al niño para de este modo, mejorar su desarrollo en etapas posteriores.

- Rodríguez-Barrionuevo, A. C. y Rodríguez-Vives, M. A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34(1), 72-77.

En este artículo los autores tratan el diagnóstico del autismo desde la vertiente clínica; una vez más, incluyendo una valoración psicológica que evalúe los aspectos en los que presentan mayores dificultades como son la interacción social, la comunicación y el comportamiento, las actividades y los intereses. Incluyen una serie de aspectos asociados como pueden ser el lenguaje, la epilepsia, el retraso mental o los problemas motores. Ven necesario realizar una historia clínica cuando se detecta alguna conducta o aspecto característico del trastorno, para de este modo poder cerciorarse de que se cumplen los criterios diagnósticos. Recomiendan efectuar unas pruebas complementarias de carácter clínico para lograr llegar a un diagnóstico diferencial. Con lo que este estudio supone un nuevo apoyo a nuestra propuesta, ya que hablan de una valoración psicológica (o psicopedagógica) y consideran necesario incluir pruebas médicas para detectar las posibles comorbilidades que puede presentar un sujeto con autismo. Por tanto, abogan por un diagnóstico de carácter multidisciplinar. Este artículo a pesar se centrarse en el diagnóstico clínico, aporta un nuevo aspecto, los autores abogan por la realización tanto de una valoración psicológica como de pruebas clínicas complementarias para realizar

una evaluación completa y exhaustiva del sujeto, aunque siguen sin tener en cuenta la vertiente educativa, amplía de este modo el proceso diagnóstico en los casos de autismo.

- Álvarez, P. y Rivière, Á. (1988). Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil (No. 16). Ministerio de Educación.

Estudio experimental propiamente dicho de la evaluación realizada por medio de la prueba de Brunet-Lezine. Esta investigación aporta a mi tesis por un lado el carácter experimental de las valoraciones a sujetos con sospecha de autismo, ya que para poder estudiar la validez y fiabilidad de las pruebas estandarizadas en este tipo de sujetos hay que probar si realmente se evalúan todos los aspectos necesarios y, por otro, el conocimiento en mayor profundidad de la prueba en sí, ya que no todos los especialistas utilizan las mismas pruebas estandarizadas. Por ello, este aspecto nos hace cuestionarnos si, además de formar equipos multidisciplinares, sería conveniente establecer unas pruebas clínicas estandarizadas necesarias para evaluar la presencia del trastorno.

Revisados los estudios que hasta hoy en día analizan el diagnóstico del autismo, como hemos podido comprobar, todos se centran en el diagnóstico clínico, aunque posteriormente aboguen por una intervención precoz y conjunta, dejando a un lado el mundo educativo.

Tabla 33. *Relación estudios- objetivos.*

González, M. C., Vasquez, M., y Hernandez-Chavez, M. (2019). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. Revista chilena de pediatría, 90(5), 485-491.	Objetivo principal: descripción del perfil clínico desde su derivación al especialista (los primeros síntomas) hasta la realización de una prueba diagnóstica (diagnóstico clínico, neuropsicológico) apoyado por la realización del test ADOS-G; se trata de un estudio descriptivo.
Vázquez-Villagrán, L. L., Moo-Rivas, C. D., Meléndez-Bautista, E., Magriñá-Lizama, J. S., y Méndez-Domínguez, N. I. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de neurociencia, 18(5), 31-45.	Incluye un mayor número de instrumentos de entrevista y de observación y explica las fases del diagnóstico clínico. Además, señala la importancia de realizar pruebas médicas complementarias que apoyen el diagnóstico médico.
Hervás, A., y Santos, L. S. (2014). Autismo. Espectro autista. Del Curso de psiquiatría infantil, Sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria.	Señalan que la mayoría de los casos de TEA son idiopáticos y su diagnóstico es clínico. La detección precoz en la atención primaria se basa en el seguimiento longitudinal del desarrollo del niño y defienden un diagnóstico multidimensional, aunque no mencionan la unión clínica-educativa.
Sampedro-Tobón, M. E., González-González, M., Vélez-Vieira, S., y Lemos-Hoyos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 70(6), 456-466.	Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo del proceso de detección y diagnóstico de un grupo de niños con trastornos del espectro autista (TEA) por medio de una entrevista semiestructurada y a través de la revisión de historias clínicas.
Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., y Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. Pediatría Integral, 16(10), 780-94	Defienden el diagnóstico precoz del TEA, para ello comienzan realizando un análisis de los criterios diagnósticos, aportan datos epidemiológicos y posteriormente basándose en la etiología, establecen niveles en la detección precoz.
Carmona, M. B., Muñoz, L. B., De Andrés, E. G., Biggi, J. F. y De La Paz, M. P. (2010). Evolución de los estudios sobre autismo en España: publicaciones y	Revisión bibliográfica de los trabajos publicados sobre autismo.

redes de coautoría entre 1974 y 2007. <i>Psicothema</i> , 22(2), 242-249.	
Severgnin, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro autista. <i>Archivos de Pediatría del Uruguay</i> , 77(2), 168-170	Estudio desde la perspectiva clínica.
Cabanyes-Truffino, J. y García-Villamizar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. <i>Rev Neurol</i> , 39(1), 81-90.	Nos introducen en el trastorno, nombrando los criterios clínicos. Posteriormente tratan el diagnóstico precoz, más concretamente enuncian las dificultades que existen para llegar a él y para finalizar abordan las posibilidades del diagnóstico.
Rodríguez-Barrionuevo, A. C. y Rodríguez-Vives, M. A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. <i>Revista de Neurología</i> , 34(1), 72-77.	Se aborda el diagnóstico del autismo desde la vertiente clínica una vez más, incluyendo una valoración psicológica que evalúe los aspectos en los que presentan mayores dificultades.
Álvarez, P. y Rivière, Á. (1988). Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil (No. 16).	Estudio experimental propiamente dicho de la evaluación realizada por medio de la prueba de Brunet-Lezine.

Fuente: elaboración propia.

Además, hemos podido detectar que algunos autores aportan una nueva vertiente a las valoraciones/seguimientos a los que sometemos a los pequeños, proponiendo una revisión de las mismas ya que solamente se valoran aspectos fisiológicos y no hitos evolutivos y, por tanto, en muchos casos son los padres los primeros que detectan los primeros síntomas, debido a que el autismo no tiene manifestaciones anatómicas.

Por otro lado, nuestra búsqueda nos ha ofrecido algunas investigaciones (tesis) referidas al diagnóstico en autismo:

- Adarraga Morales, P. (1992). DAI: sistema basado en conocimiento para diagnóstico de autismo. Tesis leída el 1 de enero de 1992, en la Universidad Autónoma de Madrid, bajo la dirección de Zaccagnini Sancho, J.L.

Se trata de una aproximación al razonamiento diagnóstico en psicología. El objetivo de este trabajo fue la creación de un sistema informático basado en conocimiento (SBC) o sistema experto, capaz de desempeñar con elevada eficacia una tarea psicológica: el diagnóstico del autismo. De todo su estudio, resulta de gran interés para nuestro trabajo, el sistema informático que desarrolla, ya que desconocíamos que existiera un programa para diagnosticar el autismo, pero que no debió resultar de gran utilidad en la práctica, ya que no lo hemos encontrado citado en ninguno de los artículos/estudios que hemos analizado con posterioridad a esta tesis.

- Torras Mañá, M. (2015). Evaluación cognitiva y del lenguaje en el diagnóstico precoz de los trastornos de la comunicación y del espectro del autismo. Tesis leída el 3 de diciembre del 2015, en la Universidad Autónoma de Barcelona, bajo la dirección de Brun Gasca, M.C.

El propósito fundamental de esta investigación consistió en comprobar la validez y utilidad de las Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition (Bayley-

III) (Bayley, 2006) como instrumento de evaluación cognitiva y del lenguaje en el contexto del diagnóstico precoz de diferentes subtipos de trastornos de la comunicación (TC) y de diferentes subtipos de trastornos del espectro del autismo (TEA), definidos según nivel cognitivo no verbal y según nivel de lenguaje oral adquirido a los 4 años. De todo su estudio nos interesa el instrumento de evaluación cognitiva y del lenguaje que analiza, ya que se trata de un instrumento de referencia a nivel internacional en la valoración del desarrollo en sus primeras etapas y evalúan el desarrollo cognitivo, de lenguaje y motor de los niños entre 1 y 42 meses de edad. Gracias a su uso, los profesionales clínicos pueden profundizar en la diferenciación entre diferentes subtipos y niveles de severidad, aportando mayor rigor en la toma de decisiones asistenciales.

- Gutiérrez Ruiz, K.P. (2015). Adaptación y validación en Colombia del Q-CHAT (Cuestionario cuantitativo para la detección del autismo en niños pequeños). Tesis leída el 16 de enero del 2015, en la Universidad de Salamanca, bajo la dirección de Prieto Adanez, G.A. y Delgado González, A.R

En este estudio validan el cuestionario para poderlo utilizar en la detección del autismo. Aporta a mi tesis un mayor conocimiento de pruebas estandarizadas que se pueden emplear en el diagnóstico de dicho trastorno, que como anteriormente he señalado, debiera existir un banco de recursos específicos para la valoración del TEA.

- Cervera Chulvi, M.A. (2016). Diagnóstico de los trastornos de espectro autista en educación, un análisis de la práctica diagnóstica. Tesis bajo la dirección de Suárez Rodríguez, J., Marí i Mollá, R y Martínez Sanchís, S. en la Universidad de Valencia. En esta investigación tratan de analizar la práctica diagnóstica de los TEA desde una perspectiva global y comprensiva. Este estudio me aporta información que hasta ahora no había encontrado en ningún otro estudio, instrumentos de diagnóstico educativo y procedimiento del proceso.

Nuestra indagación realizada en buscadores de bibliotecas universitarias entre los que se encuentran los de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y la Universidad Complutense de Madrid, bases de datos de artículos entre los que se encuentran Dialnet y Google académico y la Base de datos del Ministerio de Educación de las Tesis Doctorales (TESEO) realizadas en universidades españolas no nos han proporcionado estudios/investigaciones que complementen el diagnóstico clínico y el educativo.

Hemos encontrado numerosos estudios en los que se analiza el perfil clínico y el propio proceso diagnóstico. Es muy significativa la diferencia cuantitativa de estudios en el ámbito educativo, solamente hemos encontrado tres: una específica del desarrollo del lenguaje, otra

acerca de un sistema basado en conocimiento para diagnóstico de autismo y una que aborda el diagnóstico del autismo en educación.

Analizando la situación actual veo necesario estudiar el diagnóstico clínico y el educativo con el fin de mejorar el proceso diagnóstico, abogando por una evaluación multifactorial, incluyendo pruebas clínicas y evaluaciones estandarizadas, como muchos de los autores señalan en sus estudios, realizada por equipos multidisciplinares, formados por profesionales del mundo sanitario y del mundo educativo. También hemos visto la necesidad de mejorar las revisiones periódicas de los niños, para que no solo se tengan en cuenta aspectos como el peso o la altura, sino que también se valoren los hitos del desarrollo, ya que como hemos podido apreciar son numerosos los casos en los que son los padres los primeros que detectan esos primeros indicadores, pues no se trata de aspectos de crecimiento físico, sino de aspectos del desarrollo los que dan la voz de alarma en el trastorno que estamos estudiando.

La razón principal de mi investigación, es que deseo aportar mi granito de arena al sistema educativo, tratando de lograr que exista un proceso diagnóstico que garantice la igualdad de oportunidades y en el que se garantice una valoración real, adaptada a las características y necesidades de cada alumno, en el que se utilicen procedimientos definidos y concretos, dadas sus peculiaridades y pruebas específicas.

2.1.3. Metodología de trabajo

A continuación, vamos a analizar los elementos necesarios para llevar a cabo nuestra investigación. “Cuando uno se enfrenta a esos datos, tiene ante sí una enorme cantidad de material donde no se ve claramente una línea directiva. Si las hipótesis de las que partíamos y nuestros objetivos eran suficientemente precisos, en este momento nos servirán de guía para comenzar nuestro trabajo. Pero no serán suficientes porque nos encontraremos con otras muchas cosas que no nos esperábamos. Tenemos que tratar de sacar mucho más de esa masa de datos que al principio parece inconexa y carente de sentido” (Del Val, 2001).

Ese es nuestro futuro trabajo, tratar de elaborar una valoración mixta que una el mundo educativo y el mundo clínico. En una investigación cualitativa, este "marco" no debe "enmarcar" (delimitar) la búsqueda del investigador, pues sólo es "referencial", es decir, sólo tiene por finalidad exponer lo que se ha hecho hasta el momento para esclarecer el fenómeno objeto de la investigación (Martínez, M., 2011). Pero ¿cuál debe ser el alcance de nuestro proceso de investigación? Tal y como hemos citado en el apartado anterior, hemos encontrado numerosos estudios que abordan

el diagnóstico del TEA desde la perspectiva clínica, pero solamente uno acerca del diagnóstico o valoración educativa, por tanto, nos encontramos ante un estudio exploratorio.

Entonces, ¿cuál es el diseño de nuestra investigación? El propósito de dicho diseño es responder a nuestras preguntas de investigación, cumplir los objetivos del estudio y someter la hipótesis a prueba. En el amplio campo del TEA, una de las teorías es partir de un diagnóstico porque nos aporta información muy útil para llevar a cabo la correcta escolarización del sujeto, y por tanto la correcta intervención psico-educativa. Esto nos lleva a entender que es necesario realizar procesos de valoración psicopedagógica/clínica.

Pero ¿cómo se realiza dicho diagnóstico? La evaluación educativa es realizada por parte de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, generalmente se siguen estos pasos: en primer lugar, entrevista con la familia, en segundo lugar, proceden a efectuar las pruebas psicopedagógicas al alumno a valorar y, por último, suelen citar al equipo docente que trabaja con el alumno. Este proceso no suele durar más de una semana y por último se lleva a cabo la devolución del informe, en primer lugar, a la familia y no siempre al centro educativo, es más común que hagan llegar una copia de dicho informe. Pero ¿cuáles son las pruebas utilizadas? ¿Todos los Equipos de Orientación utilizan las mismas? Según la tesis de Cervera Chulvi (2016), *los más utilizados son Observación y Entrevista, seguidos por los Estandarizados de Cognitiva/Desarrollo y TEA. Desde un nivel más específico, entre las pruebas estandarizadas dirigidas a la evaluación del desarrollo global y con las que se obtiene nivel cognitivo (CI) o una medida equivalente (edad de desarrollo, edad mental) destaca la utilización del Inventario de Desarrollo Battelle, con un porcentaje de 42,9%. A esta prueba, le siguen, a distancia de más de 20 puntos, Brunet Lezine (18,6%) y Perfil Psicoeducacional (PEP) (13,8%). Las tres pruebas estandarizadas específicas de TEA que aparecen en los informes con mayor frecuencia, muestran porcentajes muy similares: IDEA con 18,6%, ABC de Krug (17,4%) y ADI-R (17%). Los instrumentos específicos de Lenguaje muestran porcentajes inferiores al 8% en cuanto a su presencia en los informes. Los tres más frecuentes son: ECO (8,1%), PLON (7,3%) y Reynell (6,9%). Las pruebas estandarizadas específicas referidas a otras áreas recogen frecuencias bajas comprendidas entre 5% y 0,4%. Cabe destacar la Escala Vineland con un 5,7%, como la prueba específica con mayor porcentaje. En cuanto a las pruebas no estandarizadas, se recogen tres categorías, Proyectivas, registro del Nivel Actual de Competencias (NAC) y Hora de Juego. La primera presenta un porcentaje muy bajo (0,8%) frente al 15,8% del registro del NAC, y el intermedio de la Hora de Juego con 5,7%. Entrevistas aparecen como el instrumento más frecuente en los informes, especialmente la realizada con las familias, con 83,4%, seguida de la entrevista al tutor/profesor con 43,3%. La categoría de Entrevista Otros, acumula un 14,6% del total, e incluye referencias muy genéricas (centro, colegio, terapeuta, salud mental) o profesionales muy específicos (médico SPE o pediatra) que aparecen de forma muy puntual en el*

recuento, menos de 2 casos. En el apartado de Observación se distinguió Directa, Videos y Análisis de Documentos, diferenciando según contexto y contenido. Dentro de Observación Directa, las categorías de Otros Contextos y Directa en Aula, son las de mayor porcentaje, con 31,6% y 28,7% respectivamente. Respecto al Análisis de Documentos, los centrados en informes médicos y de centro escolar son los más frecuentes (17,4% y 17,8%). La Observación de Videos aparece en un 1,2% del total.

Según Cervera, los resultados obtenidos en su investigación han puesto de manifiesto un aspecto clave: *dentro del sector educativo existe una notable diferencia en la práctica diagnóstica según el lugar de trabajo, entre contextos escolares y no escolares y, especialmente, entre Servicios Psicopedagógicos Escolares (en la Comunidad Valenciana) y centros especializados (gabinetes privados). Y también nos dejan un matiz igualmente significativo, estas diferencias se dan cuando analizamos los informes emitidos en el contexto de la organización, pero cuando los profesionales responden desde su valoración personal, se atenúan.*

Las valoraciones realizadas por las unidades médicas incluyen una evaluación fisiológica (estudios genéticos, pruebas electrofisiológicas...) y una evaluación cognitiva, en la que evalúan entre otros aspectos la inteligencia, la teoría de la mente y las funciones ejecutivas. En estos casos, ¿Qué pruebas clínicas se realizan? ¿y que pruebas estandarizadas? Según el artículo de Hervás (2012), existen diferentes niveles de valoración siendo el primer nivel la vigilancia evolutiva del niño, el segundo nivel, la detección específica de TEA, en la cual ya es común utilizar el cuestionario para el autismo en niños pequeños (M-CHAT) y el test infantil del síndrome de Asperger (CAST), además en común incluir pruebas clínicas, como la audiometría o analíticas específicas. En el tercer nivel, nos encontramos la valoración diagnóstica de TEA, los aspectos fundamentales incluidos en una evaluación diagnóstica de TEA son los siguientes: Evaluación médica y neurológica amplia. Se debe buscar la existencia de alteraciones en el desarrollo o regresiones evolutivas a cualquier edad, identificar cualquier encefalopatía, crisis epilépticas, problemas con el sueño o la comida. Historia familiar, examen físico y neurológico, incluyendo el perímetro cefálico, examen general de salud, un examen del estado mental, el cual incluye *la evaluación de las interacciones sociales, del juego, del lenguaje, de la función comunicativa y de su conducta*; un examen de la motricidad (fina y gruesa); pruebas específicas para el autismo entre las que destacan ADI-R y ADOS; estudios metabólicos, genéticos, electrofisiológicos y neuroimagen. Además de todo lo señalado insiste Hervás en que es necesario llevar a cabo evaluaciones específicas para determinar el perfil evolutivo entre las que se encuentran: evaluaciones del habla, el lenguaje y la comunicación (test Peabody, Escala Reynell y el instrumento de evaluación de capacidades comunicativas ACACIA), evaluación cognitiva (WISC, WAIS, WIPSSI, K-ABC), teoría de la mente (Historias Sociales de F. Happe 1994, TOM Test Muris 1999, Test de los Ojos Baron-Cohen 1999), teoría de la coherencia central, funciones

ejecutivas (Wisconsin Card Sorting Test WCST-64, Tower of London), el juego (Costello Symbolic Playtest), evaluación de la conducta adaptativa (escalas de conducta adaptativa de Vineland), evaluación síntomas psicopatología general (escalas de Achenbach Child Behaviour Check list para padres y Teacher Report Form).

Tabla 34. Comparativa diagnóstico pedagógico-clínico.

	Diagnóstico pedagógico	Diagnóstico clínico
Realización	Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica	Unidades médicas
Pasos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista familiar. 2. Pruebas psicopedagógicas. 3. Entrega al equipo docente. 4. Entrega informe: <ul style="list-style-type: none"> • Familia. • Equipo docente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación fisiológica (estudios genéticos, pruebas electrofisiológicas...). 2. Evaluación cognitiva (inteligencia, teoría de la mente y funciones ejecutivas). <p>Niveles de valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia evolutiva del niño. - Detección específica de TEA (pruebas estandarizadas). - Valoración diagnóstica de TEA.
Duración	1 semana	No determinado
Pruebas	<ul style="list-style-type: none"> - Observación (<i>Directa, Videos y Análisis de Documentos</i>) y Entrevista. - No estandarizadas: Proyectivas, registro del Nivel Actual de Competencias (NAC) y Hora de Juego. 	<p>Pruebas clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audiometría. - Analíticas específicas. - Estudios metabólicos, genéticos, electrofisiológicos y neuroimagen.
	<p>Pruebas estandarizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Desarrollo global:</u> Inventario de Desarrollo Battelle; Brunet Lezine y Perfil Psicoeducacional (PEP). - <u>Específicas de TEA:</u> IDEA, ABC de Krug y ADI-R. - <u>Lenguaje:</u> ECO, PLON y Reynell. - <u>Específicas a otras áreas:</u> Escala Vineland. 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación cognitiva: WISC, WAIS, WIPSSI, K-ABC. - Teoría de la mente: Historias Sociales de F. Happe 1994, TOM Test Muris 1999, Test de los Ojos Baron-Cohen 1999. - Teoría de la coherencia central, funciones ejecutivas: Wisconsin Card Sorting Test WCST-64, Tower of London. - El juego: Costello Symbolic Playtest. - Evaluación de la conducta adaptativa: escalas de conducta adaptativa de Vineland. - Evaluación síntomas psicopatología general: escalas de Achenbach Child Behaviour Check list para padres y Teacher Report Form.
--	--	--

Fuente: elaboración propia.

Debido a la discrepancia que hemos detectado entre ambos tipos de diagnósticos/valoraciones, vamos a realizar una investigación exploratoria debido a que hemos encontrado pocos estudios que analicen el diagnóstico educativo de los TEA y ninguno que relacione el mundo educativo con el mundo médico.

Según Abreu (2012), Cazau establece que *la investigación exploratoria tiene como objetivo examinar o explorar un problema de investigación poco estudiado o que no ha sido analizado antes. Por esa razón, ayuda a entender fenómenos científicamente desconocidos, poco estudiados o nuevos, apoyando en la identificación de conceptos o variables potenciales, identificando relaciones posibles entre ellas.*

Siguiendo la propuesta de Zikmund (2009), en Abreu (2012), *el propósito de la investigación exploratoria se entrelaza con la necesidad de una indicación precisa del problema de la investigación. Los investigadores realizan investigación exploratoria para tres propósitos interrelacionados: (1) El diagnóstico de una situación, (2) Selección de Alternativas, y (3) El descubrimiento de nuevas ideas.*

Por tanto, nuestra investigación acerca del proceso diagnóstico, tanto en el marco educativo como en el marco clínico, se va a llevar a cabo mediante una investigación exploratoria con la cual trataremos de dar respuesta a los objetivos que a continuación enunciamos.

2.1.3.1. Objetivos

Según la Real Academia Española (RAE), un objetivo es *“la finalidad, el propósito o meta que se propone alcanzar”*. Si nos basamos en la definición de objetivo didáctico que nos aportan Navarro et al. (2000): *“Un objetivo didáctico expresa con claridad lo que esperamos que el alumno haya aprendido al acabar el curso. Informa sobre el resultado o el cambio esperado en el alumno como consecuencia del proceso de enseñanza-aprendizaje. Cada objetivo es un enunciado que contiene: un verbo que expresa el resultado, la acción, el comportamiento mediante el cual el alumno manifiesta lo aprendido y, uno o varios complementos que indican el tema sobre el que se espera el resultado y las circunstancias (modo, causa, finalidad, etc.) en las que debe darse el resultado”*.

Dependiendo del verbo y los complementos utilizados en la formulación de un objetivo, nos vamos a encontrar los diferentes niveles de concreción de los objetivos, los cuales pueden ser más o menos Generales / Específicos / Operativos. Podemos referirnos al nivel de concreción de un objetivo según lo concreto de la acción, del tema o de las circunstancias.

En nuestro caso, los objetivos didácticos serán los objetivos generales a los que trataremos de dar respuesta con nuestra investigación, es todo aquello que deseamos comprobar o demostrar, posteriormente nos encontraremos los objetivos específicos, dentro de cada objetivo general, que serán los pasos que iremos siguiendo para poder alcanzar nuestra meta principal de la investigación (propósito general). Y, por último, encontramos los objetivos operativos que son los que definen las acciones inmediatas y concretas que se han de realizar.

PROPÓSITO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Dada la diversidad funcional que se ha observado en este tema, nuestro propósito será analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico, para confluir ambos en una propuesta uniforme, debidamente estructurada, con un carácter eminentemente práctico.

Es necesario realizar una anotación para aclarar los términos evaluación/valoración y diagnóstico, Hervás et al (2012) en su artículo utiliza el concepto diagnóstico para englobar el proceso en su totalidad, en cambio utiliza el término evaluación para referirse a las valoraciones específicas de cada área. Son numerosos los autores que nos encontramos que hacen esta misma utilización de los términos como puede ser: Canal Bedia et al. (2011) y, Giangaspro y Pertejo (2007) entre otros. Desde el marco educativo, siguiendo el DSM-V, se deben cumplir una serie de criterios

diagnósticos. De esta forma vemos que será el término diagnóstico el que utilicen para referirse al proceso de valoración. Nosotros utilizaremos el término para referirnos al proceso de valoración que se lleva a cabo para evaluar las diferentes áreas afectadas en los sujetos con sospecha de autismo.

Para ello, estos serán nuestros objetivos:

- **Objetivo general 1 (OG1):**

Estudiar el procedimiento de diagnóstico que se sigue ante la sospecha de TEA en un sujeto

o **Objetivos específicos (OE):**

- **OE1:** Identificar las áreas afectadas en los sujetos con TEA.
- **OE2:** Conocer la perspectiva que adoptan los profesionales al realizar los procedimientos de valoración.
- **OE3:** Analizar los protocolos de diagnóstico que han seguido los distintos profesionales (equipos) en virtud de las áreas afectadas.
- **OE4:** Valorar si con el proceso diagnóstico se da respuesta a las necesidades tanto a los propios sujetos afectados como a sus familias.

• **Objetivos operativos (OO):**

- o **OO1:** Identificar el marco teórico de las áreas afectadas en las personas con Trastorno del Espectro del Autismo.
- o **OO2:** Valorar el proceso diagnóstico tanto del marco pedagógico como del clínico.
- o **OO3:** Valorar como viven el proceso diagnóstico las familias de personas con autismo.
- o **OO4:** Determinar la efectividad de los procesos de valoración.

- **Objetivo general 2 (OB2):**

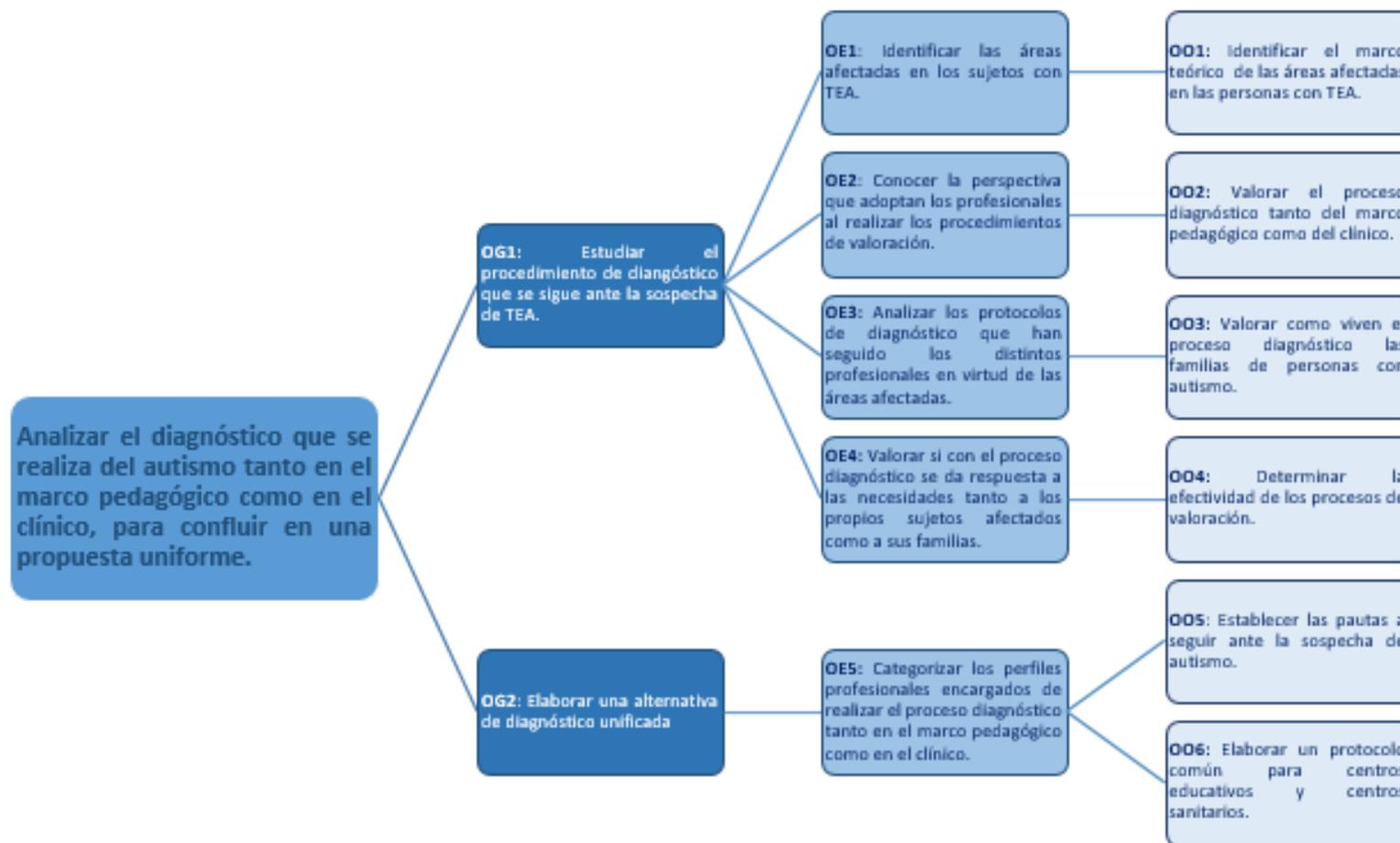
Elaborar una alternativa de diagnóstico unificada, realizada por equipos multidisciplinares.

o **Objetivos específicos:**

- **OE5:** Categorizar los perfiles profesionales encargados de realizar el proceso diagnóstico tanto en el marco pedagógico como en el clínico.

- **Objetivos operativos:**
 - **OO5:** Establecer las pautas a seguir ante la sospecha de autismo.
 - **OO6:** Elaborar un protocolo común para centros educativos y centros sanitarios (pruebas, pautas de coordinación, elaboración de los informes diagnósticos...).

Figura 5. *Objetivos de nuestra investigación.*



Fuente: elaboración propia.

Por tanto, con nuestra investigación (fig. 5) vamos a tratar de realizar un *diagnóstico de una situación* (procedimientos actuales de diagnóstico/valoración), una *selección de alternativas* (analizar protocolos o procedimientos) y *el descubrimiento de nuevas ideas* (nuevo procedimiento de valoraciones).

2.1.3.2. Procedimiento: recursos e instrumentos

Con nuestra investigación vamos a estudiar el procedimiento de diagnóstico que se sigue ante la sospecha de TEA en un sujeto y posteriormente, elaboraremos una alternativa de diagnóstico unificada, realizada por equipos multidisciplinares. Para realizarlo, vamos a llevar a cabo el procedimiento de nuestra investigación que constará de cuatro fases: dos procedimientos teóricos (A y B) y dos procedimientos empíricos (C y D). A continuación, hemos relacionado los objetivos con los procedimientos (figura 6).

Figura 6. Relación objetivos-procedimientos.

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTOS
Objetivo general 1 (OG1): Estudiar el procedimiento de diagnóstico que se sigue ante la sospecha de TEA en un sujeto	
Objetivos específicos (OE): OE1: Identificar las áreas afectadas en los sujetos con TEA. OE2: Conocer la perspectiva que adoptan los profesionales al realizar los procedimientos de valoración. OE3: Analizar los protocolos de diagnóstico que han seguido los distintos profesionales (equipos) en virtud de las áreas afectadas. OE4: Valorar si con el proceso diagnóstico se da respuesta a las necesidades tanto a los propios sujetos afectados como a sus familias.	A: Estudio teórico de las áreas afectadas. C: Encuesta profesionales. B: Estudio teórico de los protocolos. D: Encuesta familiares.
Objetivos operativos (OO): OO1: Identificar el marco teórico de las áreas afectadas en las personas con Trastorno del Espectro del Autismo. OO2: Valorar el proceso diagnóstico tanto del marco pedagógico como del clínico.	A: Estudio teórico de las áreas. C: Encuesta profesionales D: Encuesta familiares.

OO3: Valorar como viven el proceso diagnóstico las familias de personas con autismo. OO4: Determinar la efectividad de los procesos de valoración.	B: Estudio teórico de los protocolos.
Objetivo general 2 (OB2): Elaborar una alternativa de valoración/diagnóstico unificada, realizada por equipos multidisciplinares.	
Objetivos específicos: OE5: Categorizar los perfiles profesionales encargados de realizar el proceso diagnóstico tanto en el marco pedagógico como en el clínico.	C: Encuesta profesionales.
Objetivos operativos: OO5: Establecer las pautas a seguir ante la sospecha de autismo. OO6: Elaborar un protocolo común para centros educativos y centros sanitarios (pruebas, pautas de coordinación, elaboración de los informes diagnósticos...).	Estudios teóricos A y B . Creación propia.

Fuente: elaboración propia.

Cada procedimiento en una investigación exploratoria ofrece diferentes alternativas: (1) Estudios de casos (2) Estudios pilotos, (3) Encuestas de experiencia y, (4) Análisis de datos secundarios. Cada categoría ofrece diferentes alternativas para obtener información.

Como nos enuncia Sampieri et al. (2010), toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad.

La primera de ellas, la confiabilidad de un instrumento, se refiere *al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales*. En segundo lugar, la validez en términos general, se refiere *al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir*. Y, por último, la objetividad del instrumento *se refiere al grado en que éste es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administra, califican e interpretan*.

En nuestro caso vamos a elegir la encuesta de experiencia, basada en la elaboración de tres cuestionarios distintos: uno destinado a los profesionales del mundo sanitario, otro destinado a los profesionales del mundo educativo y el último, destinado a las familias.

Un cuestionario (Sampieri et al., 2010) *consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis.* En nuestro caso habrá preguntas abiertas y cerradas para de este modo obtener toda la información necesaria.

Procedimiento A

Va a constar del estudio teórico de las áreas. En él, debemos identificar las áreas afectadas en sujetos con TEA, para de este modo determinar el grado de la afectación de las mismas.

Procedimiento B

Se trata del estudio teórico de los protocolos a seguir durante el proceso de diagnóstico. Debemos conocer que protocolos se siguen actualmente para poder valorar su efectividad y en su defecto poder elaborar una alternativa. Vamos a obtener dicha información a través de los cuestionarios.

Procedimiento C

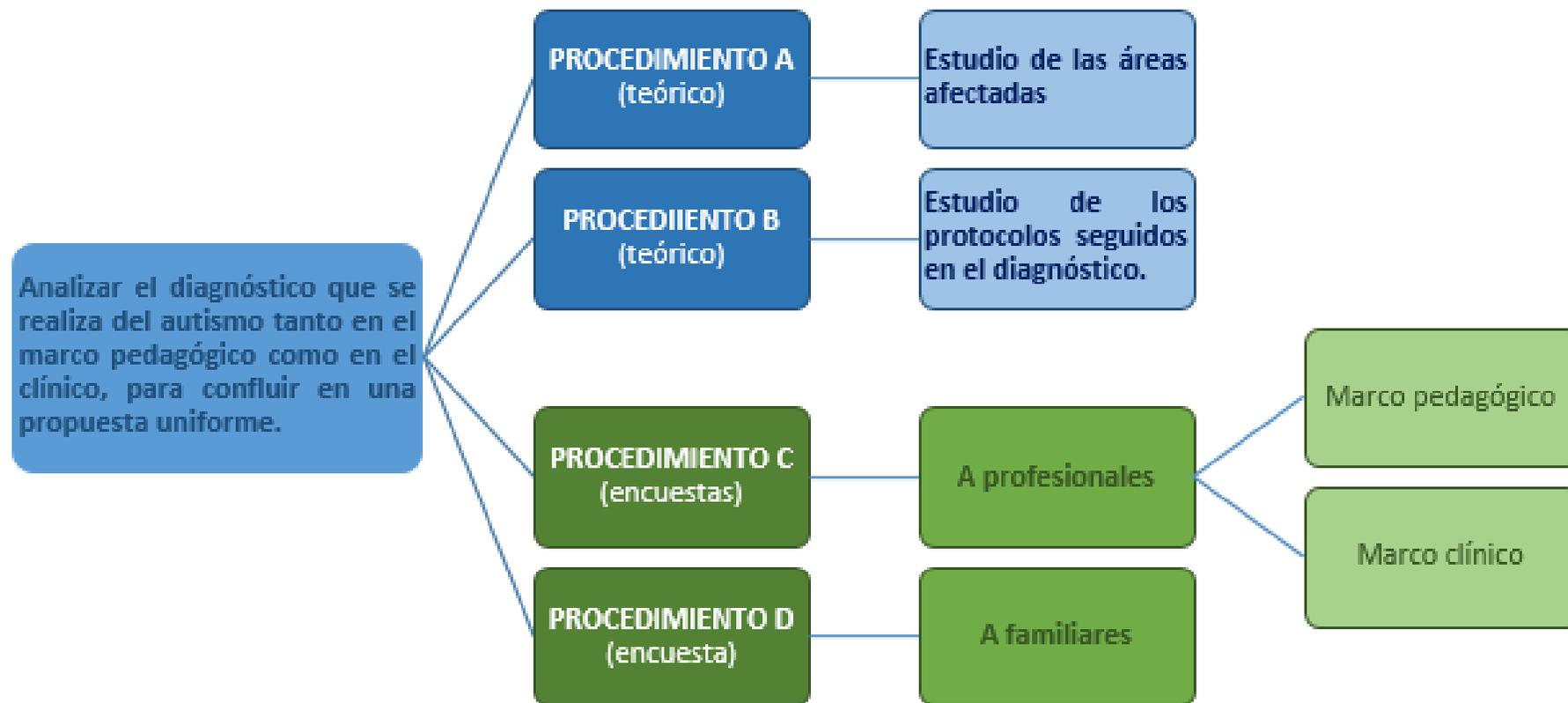
Son las encuestas de profesionales, tanto del marco pedagógico como del clínico. Debemos conocer como se está llevando a cabo el proceso diagnóstico y el perfil de los profesionales que lo están llevando a cabo.

Procedimiento D

Se trata de la encuesta de familiares. Debemos conocer cómo viven los familiares directos de una persona con TEA el proceso de diagnóstico y, si se tienen en cuenta y se atienden sus necesidades durante el proceso.

Estos procedimientos que acabamos de detallar los vemos a continuación en la fig. 6 de manera gráfica.

Figura 7. Procedimientos.



Fuente: elaboración propia.

Veamos la secuencia de actividades que vamos a seguir a lo largo de mi actividad investigadora:

Tabla 35. *Secuencia de la actividad investigadora.*

Secuencia	Actividad	Temporalización	Recursos	Producto final
1	Estudio de áreas afectadas	1 SEMANA	Artículo...	Tabla... esquema, documento...
2	Cuestionarios profesionales	2 SEMANAS	Cuestionario	Cuestionario
3	Cuestionario familias	2 SEMANAS	Cuestionario	Cuestionario
4	Piloto cuestionarios	1 SEMANA	Cuestionario, personas conocidas	Cuestionario-respuestas
5	Validar los cuestionarios	2 SEMANAS	Cuestionarios	Cuestionarios
6	Aplicar los cuestionarios, recogida de datos	2 MESES	Cuestionarios, base de datos de profesionales, familias,..	Datos
7	Análisis de los datos	2 MESES	Cuestionarios cumplimentados	Datos, variables, conclusiones
8	Elaboración de la propuesta	1 MES	Datos obtenidos de los cuestionarios y la información teórica	Propuesta de valoración

Fuente: elaboración propia.

A lo largo de esta secuencia de actividades voy a ir profundizando en mi actividad investigadora partiendo de los procedimientos teóricos hasta alcanzar la parte empírica de mi investigación.

Veamos ahora el cronograma, la representación gráfica de secuenciación temporal de las actividades de la investigación:

Tabla 36. *Cronograma.*

	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S
1- Estudio de áreas afectadas	■									
2- Cuestionario profesionales		■	■							
3- Cuestionario familias		■	■							
4- Piloto cuestionarios			■							
5- Validar los cuestionarios			■							
6- Aplicar los cuestionarios, recogida de datos			■	■						
7- Análisis de los datos					■	■				
8- Elaboración de la propuesta							■			

Fuente: elaboración propia.

Con el cronograma del curso 2020-2021, hemos establecido el orden jerárquico de las diferentes actividades estableciendo las tareas que debo ir realizando en un tiempo estimado.

Y ahora vamos a comenzar la investigación, valorando cómo está este tema en el amplio conocimiento que ya existe de él en el mundo científico.

2.1.4. Instrumentos

Una vez que hemos definido los objetivos que perseguimos con esta investigación, procedemos al diseño del instrumento que va a ser utilizado para recoger la información.

Para la recogida de información de profesionales y familiares, se elaboraron instrumentos específicos, basados en la literatura especializada sobre TEA, el modelo de instrumento utilizado por Cervera Chulvi (2016) en su tesis doctoral y la experiencia personal.

Por tanto, el instrumento básico de nuestra investigación serán dos cuestionarios, que podemos definir según Anguita et al. (2003) como el «documento que recoge de forma organizada los

indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta». El objetivo prioritario de nuestros cuestionarios es *traducir variables empíricas*, sobre las que deseamos información, *en preguntas concretas capaces de suscitar respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas*.

Muñoz (2003) considera que, al utilizar esta técnica, el evaluador y el investigador, tienen que considerar dos caminos metodológicos generales: estar plenamente convencido de que las preguntas se pueden formular con la claridad suficiente para que funcionen en la interacción personal que supone el cuestionario y dar todos los pasos posibles para maximizar la probabilidad de que el sujeto

Nuestras preguntas son cerradas, de respuesta múltiple y algunas puntuales abiertas.

Para Schuman y Presser, según Muñoz (2003), las preguntas abiertas son esenciales para conocer el contexto del sujeto que contesta el cuestionario y para redactar después las alternativas a ofrecer en las preguntas categorizadas, especialmente cuando no se pueden presumir, con antelación, las posibles opiniones y reacciones de la población a que se va a aplicar el cuestionario. Las preguntas cerradas -de elección doble o múltiple- presentan grandes ventajas, que hacen que muchos cuestionarios sólo contengan preguntas de este tipo. Las preguntas de elección doble son apropiadas cuando son preguntas muy precisas sobre preguntas de hecho, o cuando sólo interesa conocer a los fines de la evaluación el “sí” o el “no”, sin más detalles. En general, los cuestionarios cerrados se contestan sin esfuerzo (subrayando, marcando, rodeando, poniendo una cruz, ...). La rapidez y la ausencia de fatiga evita al máximo las incertidumbres y que se dejen respuestas sin contestar. Pero, también hay otra razón principal: su fácil codificación, con vistas al tratamiento informático de los datos.

2.1.4.1. Cuestionario de profesionales

El cuestionario para profesionales tanto del marco educativo como del marco clínico consta de 25 ítems, 4 ítems con respuesta abierta y 21 con respuestas cerradas de opción múltiple. La información recogida se refiere a datos personales, secuencia y elementos del Modelo Diagnóstico, y preguntas específicas de TEA.

El objetivo del cuestionario para profesionales fue el de recoger su práctica diagnóstica en el TEA, las dificultades más frecuentes y propuestas de mejora.

La validez del cuestionario hace referencia a la capacidad de éste para cuantificar de forma conveniente y significativa los rasgos que se pretenden medir. La estimación de este parámetro

permite determinar en qué grado un instrumento para la medida de información, mide lo que debe medir. Se considera que el contenido de un cuestionario es el adecuado si a través de dicho contenido se reflejan de forma representativa todos los aspectos o rasgos relevantes con referencia a las variables objeto de estudio.

En este trabajo se han planteado dos procedimientos para evaluar la validez de contenido, la argumentación del contenido del cuestionario. Y, por otro lado, la validez de contenido se evalúa también mediante un juicio de expertos. Para ello, se buscaron profesionales de reconocido prestigio en el campo del diagnóstico del TEA y que aunaran perfil teórico y práctico del diagnóstico.

❖ **Argumentación del contenido del cuestionario**

La validación del cuestionario a través de la argumentación de su contenido se realiza a través de una reflexión y una justificación de todos los elementos que lo configuran.

✓ **Introducción e instrucciones**

Un cuestionario debe iniciarse con una breve descripción que explique cuál es la finalidad del trabajo de investigación que se está llevando a cabo. Así mismo, debe hacerse alusión a la importancia que tiene el hecho de que la persona participe en la cumplimentación del cuestionario y, debe agradecerse su colaboración. A través de esta introducción se debe despertar el interés de las personas a las que se va a pedir su cooperación en este trabajo. Por otro lado, en el cuestionario deben especificarse, de forma clara y concisa, todas las instrucciones necesarias sobre cómo debe cumplimentarse.

✓ **Nivel formativo**

El nivel formativo de los participantes es la primera variable independiente que se ha considerado en este estudio, ya que a través de ella se pretende buscar si la adquisición de las competencias de realizar un correcto diagnóstico está condicionada por la formación previa de los profesionales. En el ítem 2 se han establecido 3 categorías: licenciado, diplomado o graduado y otro, en el ítem 3 se pregunta por los años de experiencia, estableciendo cuatro franjas: entre 0-5 años, entre 6-10 años, entre 11-15 años y más de 15 años. En el ítem 4 se pregunta por el perfil profesional, estableciendo 6 categorías: psiquiatra, psicólogo, neurólogo, pediatra, trabajador social y otro. En el caso del cuestionario para profesionales educativos, las categorías profesionales son: psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, pedagogo, maestro y otro.

En el ítem 5 se pregunta por el lugar actual de trabajo, estableciendo 9 categorías: gabinete municipal/gabinete psicopedagógico dependiente de la administración local/municipal, gabinete privado especializado, gabinete psicopedagógico homologado por la administración educativa, servicio psicopedagógico escolar, Departamento de Orientación en IES, Departamento de Orientación en Centro Privado-concertado, Unidad específica en Hospital, Departamento de Orientación en colegio preferente TEA y otro.

✓ **Proceso diagnóstico**

A partir del ítem 6, comenzamos a formular cuestiones todas ellas relacionadas con el proceso de valoración. Para analizar mejor la estructura los vamos a dividir por bloques:

- Ámbito de actuación: dentro de estos ítems buscamos conocer la realidad actual de los centros según el número de pacientes/alumnos y el tipo de centro en el que se encuentran escolarizados:
 - Ítem 6: En su ámbito de actuación, ¿tiene pacientes/alumnos con TEA? Con este ítem queremos saber si el profesional realmente tiene contacto con personas con TEA.
 - Ítem 7: ¿Cuántos alumnos/pacientes tiene con autismo? Buscamos saber la prevalencia y significatividad del profesional.
 - Ítem 8: Tipo de centro en el que están escolarizados los pacientes/alumnos, tratamos de conocer la modalidad de escolarización más frecuente hoy en día.
- Perfil de los sujetos y procedimiento de derivación para efectuar la valoración: con estos ítems tratamos de conocer la edad más frecuente en la que se realizan mayor número de diagnósticos para comprobar si realmente existe un diagnóstico precoz, también queremos conocer que servicios realizan mayor número de diagnósticos:
 - Ítem 9: Edad de los sujetos en el momento del diagnóstico, con ello conoceremos en que franja de edad son más frecuentes los diagnósticos y si se logra un diagnóstico precoz en este trastorno.
 - Ítem 10: De qué agente recibe mayor número de solicitudes de diagnóstico, tratamos de averiguar qué servicios diagnostican más frecuentemente a la población con TEA.
 - Ítem 22: Preguntamos al profesional si en el caso de existir un diagnóstico previo emitido por otro servicio, con qué frecuencia suele estar de acuerdo. Tratamos de analizar si se tienen en cuenta los diagnósticos de profesionales de otro ámbito.
 - Ítem 23: El profesional debe señalar en el caso de que sus pacientes ya hubieran sido diagnosticados previamente, qué servicio los diagnosticó. Con ello buscamos saber qué servicio realiza en mayor número los diagnósticos actuales.

- Ítem 24: Solicitamos al profesional que dada su experiencia señale en qué porcentaje cree que se ha incrementado la prevalencia del TEA en los últimos años. Tratamos de conocer la situación actual de las personas con TEA.
- Comienzo del proceso de diagnóstico: con estos ítems tratamos de conocer la situación que viven los profesionales al comenzar el proceso, para ello les solicitamos que indique en qué porcentaje tienen información previa del sujeto en otros campos y cuál es su objetivo prioritario al realizar un diagnóstico:
 - Ítem 11: Se solicita al profesional que señale en qué porcentaje dispone de información previa antes de iniciar el proceso diagnóstico: médica, psicopedagógica, escolar y familiar. Con ello queremos ver si se tiene en consideración aspectos de otros profesionales en el proceso.
 - Ítem 12: ¿Qué importancia asigna a los siguientes objetivos al comenzar el proceso diagnóstico? Determinar la modalidad de escolarización, establecer un diagnóstico válido y fiable, proponer orientaciones de intervención, proporcionar orientación y/o consejo a la familia. Tratamos de conocer que objetivos persigue el profesional para así establecer los objetivos del proceso diagnóstico.
- Proceso diagnóstico: con estos 9 ítems tratamos de conocer el proceso diagnóstico (fases, áreas de exploración, procedimientos de recogida de información, pruebas suministradas, análisis de información, estrategias para establecer los criterios de rigor del proceso diagnóstico y, que referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico):
 - Ítem 13: Pedimos al profesional que describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar el proceso diagnóstico. Buscamos conocer si se sigue tanto en el marco educativo como en el marco sanitario líneas semejantes de actuación.
 - Ítem 14: El profesional debe señalar la importancia que otorga a distintas áreas de exploración en el proceso diagnóstico TEA. Después de haber analizado las áreas que se deben valorar en personas con TEA, tratamos de analizar si los profesionales tienen en cuenta las dificultades que presentan y adaptan el proceso.
 - Ítem 15: El profesional debe señalar con qué frecuencia utiliza los siguientes procedimientos de recogida de información: entrevista familiar, entrevista a profesores, entrevista a profesionales del marco clínico y otros. Con este ítem tratamos de analizar si se llevan a cabo diagnósticos multidisciplinares o si solamente se tiene en cuenta un marco (educativo o clínico).
 - Ítem 16: El profesional debe especificar que pruebas estandarizadas del amplio espectro suele emplear (pruebas de screening, inventarios de desarrollo, nivel de

inteligencia, ...). Con este ítem y los ítems 17 y 18, tratamos de conocer el tipo de pruebas que utilizan los profesionales.

- Ítem 17: El profesional debe especificar que pruebas estandarizadas específicas suele emplear (funciones cognitivas específicas, conducta de tipo clínico, ...).
- Ítem 18: El profesional debe especificar que pruebas estandarizadas específicas de TEA suele utilizar.
- Ítem 19: Solicitamos al profesional que indique la frecuencia con la que utiliza las siguientes estrategias de análisis de información: análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno; organización y sistematización de la información obtenida y, análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación. Tratamos de conocer cuáles son las estrategias que se utilizan con mayor frecuencia.
- Ítem 20: Solicitamos al profesional que indique la frecuencia con la que utiliza las siguientes estrategias para establecer los criterios de rigor del proceso diagnóstico: recogida de información abundante y complementaria, triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos, auditoría o juicio externo de expertos.
- Ítem 21: Preguntamos al profesional que referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico. Con ello queremos conocer cuál es el criterio más frecuente en los diagnósticos, para así llegar a un criterio común en los dos marcos, educativo y clínico.
- Dificultades que encuentran en el proceso y que elementos lo mejorarían:
 - Ítem 25: Preguntamos al profesional cuales son las dificultades más habituales que se encuentra a la hora de realizar un diagnóstico en general y de TEA en particular. Queremos conocer las dificultades a las que se enfrentan los profesionales encargados de realizar los diagnósticos para tratar de buscar una solución.
 - Ítem 26: Solicitamos al profesional que de acuerdo con su experiencia nos detalle que elementos considera que mejorarían el proceso diagnóstico y/o disminuirían las dificultades con que se encuentra. Queremos conocer que creen los profesionales que necesitan para realizar mejor los diagnósticos.
 - Ítem 27: Preguntamos si hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores.

Se puede consultar todo el cuestionario en el anexo III.

2.1.4.2. Cuestionario de familiares

El objetivo del cuestionario para familiares fue valorar como viven el proceso diagnóstico y si en él se da respuesta a las necesidades tanto de los propios sujetos afectados como de sus familias.

El cuestionario para familiares consta de 17 ítems, nueve ítems con respuesta abierta y ocho con respuestas cerradas de opción múltiple. La información recogida se refiere a datos personales (3 ítems) y proceso diagnóstico (14 ítems).

- Datos personales: con estos tres ítems queremos conocer mejor de grado de familiaridad del entrevistado con la persona con TEA, así como el perfil del sujeto con autismo:
 - Ítem nº 1: relación familiar con la persona con autismo. Queremos conocer la familiaridad para saber el nivel de conocimiento de las respuestas posteriores.
 - Ítems nº 2 y nº 3: solicitamos al familiar que indique la modalidad de escolarización actual del sujeto con TEA y la edad, con ello queremos saber el perfil del sujeto del cual nos va a responder el cuestionario.
- Proceso diagnóstico: con estos ítems queremos conocer cómo viven las familias el proceso, que fases siguieron en su realización, su conocimiento acerca del proceso, la edad a la que diagnosticaron a su familiar y la asiduidad a la que acuden a las revisiones/terapias:
 - Ítem nº 4: preguntamos al sujeto si les citaron para una entrevista. Con ello queremos conocer el proceso de recogida de datos desde el punto de vista de un familiar.
 - Ítem nº 5: les pedimos que describan (pregunta abierta) el proceso, cómo lo vivieron ellos. Con este ítem buscamos conocer si fueron conscientes de todo el proceso.
 - Ítems nº 6 y nº 7: preguntamos al sujeto si con el proceso de diagnóstico se han cubierto tanto sus necesidades como las propias de la persona con autismo
 - Ítem nº 8: pedimos que nos indique la edad de la persona cuando se llevó a cabo el proceso diagnóstico. Con ello queremos conocer la franja de edad a la que son más frecuentes los diagnósticos de TEA.
 - Ítems nº 9 y nº 10: preguntamos por cuánto tiempo tardaron en efectuar el proceso diagnóstico y cuánto tiempo duró el propio proceso en sí. Queremos conocer la efectividad y respuesta a las necesidades de los alumnos.
 - Ítems nº 11 y nº 12: solicitamos al familiar que indique que profesional llevo a cabo el proceso diagnóstico y que tipo de participación tuvieron los distintos especialistas, con ello queremos saber a qué servicio recurren más las familias o es más fácil acceder y si los distintos servicios se comunican entre sí.

- Ítem nº 13: preguntamos el tiempo que transcurrió desde que se entregó el diagnóstico hasta la incorporación a la modalidad de escolarización pautada, con ello queremos conocer el tiempo que se tarda en dar respuesta a las necesidades valoradas.
- Ítems nº 14: y nº 15 solicitamos al familiar información de la asistencia a terapias/especialistas. Con ello buscamos conocer el seguimiento realizado, así como la asistencia regular a terapias específicas.
- Ítem nº 16: solicitamos al familiar que nos exponga, dada su experiencia, qué mejoraría en el proceso diagnóstico. Queremos conocer que creen los familiares que mejoraría el proceso para realizar mejor los diagnósticos.
- Ítem nº 17: Preguntamos si hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores.

Se puede consultar todo el cuestionario en el anexo IV.

2.1.5. Propuesta de desarrollo de la investigación

A partir de este momento vamos a desarrollar nuestra investigación justificando el porqué de este tema.

Hemos de comenzar identificando las características que hoy tenemos presentes para valorar la presencia del trastorno. Una forma de clasificarlo es teniendo en cuenta las áreas en las que estos sujetos presentan dificultades. La consideración de estas áreas se ha tenido presente de una forma gradual. Históricamente no siempre se han considerado así, comenzaremos señalando la definición que consideramos más general, partiendo del estudio de Soto Calderón (2002) donde quedan reflejado los rasgos y las características diagnósticas (DSM-V) de las personas con autismo, podemos conocer las áreas en las que presentan dificultades: *relación social, comunicación, comportamiento e imaginación*.

En cuanto a su **relación social**, encontramos que se trata de personas que suelen presentar dificultades en su atención conjunta, la que conlleva establecer interacción con otra persona, la expresión facial en sus emisiones, el interés en compartir, la capacidad de ponerse en el lugar del otro (empatía), el comprender las sutilezas sociales, los dobles sentidos, inferir las intenciones de los demás e identificar y transmitir las emociones propias o reconocerlas en los demás.

En el área de la **comunicación**, sus dificultades más frecuentes están relacionadas con la comprensión, la expresión, la intención comunicativa, la presencia de ecolalias (perturbación del

lenguaje oral en la que el sujeto repite de manera involuntaria una palabra o frase), el desarrollo de las funciones comunicativas y el uso funcional del lenguaje.

Por lo que respecta a su **comportamiento**, las dificultades más evidentes radican en tener intereses muy restringidos, la presencia de estereotipias (movimientos repetitivos sin un fin determinado), rituales y conductas repetitivas, tendencia a la rutina, resistencia a los cambios (inflexibilidad) e hipersensibilidad estimular (sobretudo auditiva, gustativa, olfativa y táctil).

Por último, hemos de señalar cómo su **imaginación**, suele presentar dificultades para la anticipación de sucesos; por ello precisan que se les expliquen previamente los cambios en las rutinas o que la información auditiva permanezca en el tiempo, por lo que son muy útiles las historias sociales y el uso de pictogramas, la capacidad de abstracción y la creatividad. También resultan muy frecuentes las dificultades que tienen para dar sentido a sus acciones y comprender las que presentan relación causa-efecto. Además, tienen dificultad a la hora de establecer metas en sus conductas y organizar y comprender la información en su contexto.

Tabla 37. *Áreas a evaluar.*

- Funcionamiento intelectual.
- Comunicación.
- Interacción social.
- Conducta.
- Habilidades motoras.
- Habilidades de autonomía y vida independiente.
- Alteraciones sensorio-perceptivas.

Fuente: Palomo Seldas et al. (2014).

Cuando estas características confluyen en un sujeto, en mayor o menor medida, estaríamos hablando de autismo, un término que ha ido acomodándose hasta lo que hoy conocemos como Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Técnicamente podemos identificarlo como un grupo de alteraciones de origen neurobiológico caracterizado por la perturbación de sus capacidades en las áreas que hemos abordado anteriormente (relación social, comunicación, comportamiento e imaginación). Estas personas presentan unas cualidades muy significativas: observan, analizan y memorizan detalles muy concretos, utilizan muy bien la información visual y tienen una gran motivación por intereses concretos.

Adjuntamos la nueva clasificación que establece el DSM-V para el diagnóstico de dicho trastorno.

Tabla 38. *Criterios de los trastornos del espectro autista del DSM-V.*

Trastorno del espectro autista
<p>A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado:</p> <ul style="list-style-type: none">- Deficiencias de reciprocidad socioemocional, que puede presentarse desde aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, a una disminución para compartir intereses o emociones, hasta una falta total en la iniciación de la interacción social- Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la interacción social; la presentación va desde una baja integración de la comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, a déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual- Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo (aparte de con los cuidadores); la presentación va desde dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y para hacer amistades, hasta una falta aparente de interés en las personas
<p>B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva (como una estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva o frases idiosincrásicas)- Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios)- Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad u objeto (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes)- Híper o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos)
<p>C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades</p>
<p>D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día</p>
<p><i>Fuente: American Psychiatric Association, 2014.</i></p>

Fuente: Hervás et al. (2017).

Podemos apreciar en los criterios diagnósticos que establece el DSM-V en el 2013 que Soto Calderón en el 2002 ya establecía unas áreas de afectación adecuadas. El DSM-V aporta una clasificación por niveles de afectación del trastorno en los que quedan reflejados las dificultades que presentan:

Tabla 39. Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo.

Tabla II. Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo (TEA)*		
Categoría dimensional del TEA en el DSM5	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin apoyo <i>in situ</i> , aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia significativa en, al menos, un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia	No interferencia

*Fuente: American Psychiatric Association, 2014.

Fuente: Palomo Seldas, R. (2014).

Siguiendo a diversos especialistas, entre ellos el equipo Iridia y el propio Equipo Específico de Alteraciones del Desarrollo de la Comunidad (1999), los requisitos mínimos, en cuanto a pruebas utilizadas en una evaluación de sospecha de TEA deben ser: pruebas validadas sobre sintomatología asociada al autismo, pruebas estandarizadas de inteligencia y pruebas estandarizadas de habilidades adaptativas.

Entre las pruebas recomendadas en el mundo educativo nos encontramos:

- Pruebas para evaluar el estado general:
 - **Guía Portage** (Bluma, S., Shearer, M., Frohman, A. y Hilliard, J., 1976), es una prueba de evaluación que permite determinar las capacidades generales de los niños y entre ellas están las capacidades lingüísticas.
 - **Escala de desarrollo McCarthy (MSCA)**, es una prueba individual, diseñada por McCarthy, D. en 1972 para evaluar el desarrollo cognitivo y psicomotor del niño.

- Pruebas validadas sobre sintomatología asociada al autismo:
 - **Entrevista para el diagnóstico de autismo, ADI-R** (Rutter, Le Couteur y Lord, 1994). A partir de la edad mental de 2 años; es una entrevista estructurada de larga duración realizada a los padres para el diagnóstico del TEA.
 - **PIA** (del inglés Parent Interview for Autism): es una entrevista estructurada destinada a padres de niños pequeños con un posible trastorno autista. Consta de 118 ítems, organizados en 11 dimensiones, que evalúan varios aspectos de la conducta social, la comunicación, las actividades repetitivas y el comportamiento sensorial. Su aplicación requiere unos 45 minutos.
 - **Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (ASSQ)** fue presentado por Ehlers, Gillberg y Wing en 1999. Se administra a sujetos de 7 a 16 años. El cuestionario presenta 27 ítems. Se trata de un instrumento de cribaje para trastornos del espectro autista de alto funcionamiento en contextos clínicos.
 - **Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (extensión para chicas) (ASSQ-GIRL)** el cual ha sido obtenido y traducido directamente del artículo de Kopp (2010). Se trata de un cuestionario de 18 ítems sobre el comportamiento; se administra a chicas de 6 a 16 años. Está pensado para ser contestado por los padres.
 - **Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (versión revisada extendida) (ASSQ-REV)** fue obtenido del artículo de Kopp (2010). Se trata de un cuestionario resultante de combinar los cuestionarios ASSQ y ASSQ-GIRL. Se administra a sujetos entre los 6 y los 16 años y está compuesto de 45 ítems.
 - **Cuestionario del Fenotipo Ampliado del Autismo (BAPQ)**, en su versión original inglesa, se presentó en la publicación de Hurley et al. (2007). Ofrece una medida multidimensional del fenotipo ampliado del autismo, mediante tres subescalas de 12 preguntas cada una de ellas: la escala de carácter reservado, la escala de pragmática del lenguaje y la escala de rigidez.
 - **Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños, CHAT (Baron-Cohen et al., 2000)**. Se trata de una prueba de detección temprana de problemas del espectro autista, y como tal está dirigida a establecer la existencia de indicadores psicológicos de riesgo de autismo en niños de 18 meses.
 - **Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños Modificada, M-CHAT/ES** (Robins et al., 2001). Cuestionario de 23 ítems para la detección del TEA en niños entre los 18 y los 60 meses.
 - **Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños Cuantitativa, Q-CHAT** (Baron-Cohen et al., 2008). Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte para valorar los resultados obtenidos al aplicar la lista

de verificación cuantitativa para el autismo en niños pequeños, es decir, puntuaciones que permitan clasificar a los individuos según la puntuación obtenida. Disponemos del resultado obtenidos al enfrentar el cuestionario a grupos de control y de afectados por el TEA.

- **Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños, CSBS-DP** (Baron-Cohen et al., 1992). Esta lista fue diseñada para identificar distintos aspectos del desarrollo del bebé y el niño pequeño. Antes de aprender a hablar, hay varios comportamientos que pueden indicar si el niño tendrá problemas para aprender a hablar. Este formulario debe ser cumplimentado cuando el niño tiene entre 6 y 24 meses de edad por parte de los padres o la persona que esté en contacto diario con el pequeño.
- **Escala de observación para el diagnóstico de autismo, (ADOS-2)** Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (Lord et al., 2009). Se trata de una prueba de referencia para la evaluación de los Trastornos del Espectro autista en niños a partir de una edad mental de 2 años. Se subdivide en cinco módulos en función de la edad cronológica y del nivel del lenguaje.
- **ACACIA** (Tamarit, 1994). Es una prueba para el Análisis de la Competencia Comunicativa e Interactiva en Autismo, fue diseñada por investigadores españoles y se puede suministrar en niños a partir de los 2 años. Plantea como uno de sus objetivos principales la presentación de situaciones que susciten estrategias sociales básicas que permitan la observación de categorías relevantes en la interacción social. Está dirigido a niños con muy escasas o nulas competencias a nivel de lenguaje expresivo funcional, y con una edad mental inferior a 36 meses.
- **CARS**, Childhood Autism Rating Scale (Schopler y cols, 2010). Escala clínica que evalúa los síntomas fundamentales del autismo.
- **Evaluador de Asperger en Adultos (AAA)**, se presentó por primera vez en la publicación Baron-Cohen et al. (2005). Se trata de un cuestionario con 4 secciones en las que se describen un grupo de síntomas y una sección final en la que se describen los 5 prerrequisitos y 23 preguntas en total. Este cuestionario incorpora todos los síntomas del diagnóstico del síndrome de Asperger del DSM-IV, junto a otros síntomas relevantes adicionales.
- **Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS)** está publicada en español en el libro de Tony Attwood (1998). Consta 24 preguntas diseñadas para identificar comportamientos y habilidades que puedan ser indicativos del Síndrome de Asperger en niños durante sus años en la escuela primaria.

- **Entrevista Diagnóstica para el Síndrome de Asperger (ASDI)**, fue presentado por Gillberg (2001). Está basada en los conocidos criterios de Gillberg para el diagnóstico de Asperger y el autismo de alto funcionamiento, correspondiéndose cada una de las preguntas de la entrevista con uno de los criterios; en total son 20 preguntas.
 - **Cociente de Espectro Autista (AQ)**, se presentó por primera vez en la publicación de Baron-Cohen (2004). Se trata de un cuestionario de 50 preguntas con él se establece el fenotipo en función de las puntuaciones obtenidas (ampliado del espectro, medio del autismo y reducido del autismo).
 - **Cociente de Espectro Autista (versión para Adolescentes)- (AQA)** ha sido traducido directamente de la siguiente publicación de Baron-Cohen (2006). Cuestionario de 50 preguntas destinado a niños y adolescentes de entre 9 y 16 años. Cuantifica los rasgos autistas en los sujetos.
 - **Cociente de Espectro Autista (versión para Niños), (AQC)** en su versión original, se presentó en la publicación de Baron-Cohen et al. (2008). Adaptación del cuestionario de adultos para niños de entre 4 y 11 años.
 - **Cociente de Espectro Autista Abreviado (AQS)** se presentó por primera vez en la publicación de Baron-Cohen et al. (2010). Es una versión abreviada del Cociente de Espectro Autista. Esta nueva versión del test conserva una alta validez, pero es más breve y más rápido de administrar.
 - **Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST)** fue presentado en la publicación de Baron-Cohen et al. (2002). Se trata de un cuestionario de 37 preguntas el cual ha demostrado ser útil en la identificación temprana de niños en edades comprendidas entre los 4 y los 11 años, cuyos comportamientos sugieren un alto riesgo de presencia de un síndrome de Asperger.
 - **Inventario de Desarrollo del Espectro Autista, IDEA** (Rivière, 1998). Evalúa doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos de desarrollo. Presenta cuatro niveles: desarrollo social, comunicación y lenguaje, anticipación y flexibilidad y, por último, simbolización.
- Pruebas estandarizadas de inteligencia:
- **Bayley Scales of Infant Development II** (Baird, 1993) son un conjunto de escalas de valoración estandarizadas que nos permiten evaluar el desarrollo mental, psicomotor y comportamental de niños entre 1 y 42 meses.

- **Mullen Scales of Early Learning** (Bradley-Johnson, 1997), esta prueba mide el desarrollo motor y cognitivo de los niños pequeños (0- 6 años), sobretodo las habilidades pre-académicas.
- **Leiter-Revised** (1997), esta escala valora la capacidad intelectual global, la batería de visualización y razonamiento, la batería de atención/memoria y la escala social/emocional en sujetos entre los 2 y los 20 años.
- **Merrill-Palmer** (Stutsman, 1931, 1948, 1978), se trata de una batería cognitiva que aporta información sobre el índice global (cognición, motricidad fina y lenguaje receptivo), el comportamiento durante la evaluación, la memoria, la velocidad de procesamiento y la coordinación visomotora.
- **Stanford-Binet** (1986) en Roid y Pomplun (2012) es una escala de inteligencia; se utiliza para diagnosticar diferencia en el desarrollo intelectual de los niños pequeños (capacidad cognitiva e inteligencia).
- **Tests de dominós (D-48 y D-70)**, son distintas versiones del mismo test. Es una prueba de inteligencia no verbal creada por Anstey, E. (1944), para uso exclusivo de la armada británica. Mide la capacidad de inteligencia general de los sujetos en función de sus facultades lógicas y la capacidad de abstracción a través de series lógicas construidas con fichas de dominó. Se emplea para sujetos mayores de 12 años.
- **Test de matrices progresivas de Raven (1938)**, fue creado con el objetivo de evaluarla inteligencia a un grupo selectivo de oficiales de la armada de Estados Unidos. Utiliza respuestas no verbales.
- **Escala Wechsler de Inteligencia para niños (WISC)**, fue desarrollada por Wechsler, D. en 1949. Se trata de una escala para valorar la inteligencia y las aptitudes intelectuales en niños tanto en el ámbito clínico como psicopedagógico. Su aplicación es apropiada para niños entre 6 y 17 años.
- **Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar (WPPSI)**, fue desarrollada por Wechsler, D. en 1967. Se trata de una escala indicada para evaluar a infantes en edad preescolar y al inicio de la primaria. Además de valorar la inteligencia y las aptitudes intelectuales, otorga información acerca de la organización de la conducta y el rendimiento del niño
- **K-ABC**, batería de evaluación para niños (2 años y 6 meses-12 años) de Kaufman (1983). Valora la capacidad intelectual global, definida como proceso mental compuesto (PMC), a través de los resultados obtenidos en los subtest que valoran el procesamiento mental simultáneo y el secuencial. Tiene un apartado exclusivo para conocer el nivel de adquisición de los conocimientos académicos y da la posibilidad de calcular la capacidad no verbal.

- Pruebas estandarizadas de habilidades adaptativas:
 - **Escala Autónoma (EA)** para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento, fue presentada por Belinchón et al. (2008).
 - **Escala revisada Vineland** (Sparrow y cols., 1984). Se refiere al desempeño de las actividades diarias requeridas para la suficiencia personal y social (conducta adaptativa).
 - **Assessment of Adaptive Areas, AAA** (Bryant y cols., 1996). Evalúa las necesidades de apoyo extraordinarias de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual en los diferentes contextos de la vida cotidiana.
 - Guía orientativa de evaluación de personas con necesidades de apoyo generalizado (FEAPS, 2007).
 - **Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP** (Montero y Martínez, 2003). Evalúa la conducta adaptativa en personas con discapacidad.
 - **Inventario de destrezas adaptativas, CALS** (Montero y cols, 2002). Es un instrumento de evaluación criterial de destrezas adaptativas relativas al cuidado de uno mismo, la independencia personal, y el funcionamiento adaptativo en el trabajo, el ocio, con los otros y la vida en general.
 - **Cociente de Sistematización (SQ)** se presentó por primera vez en la publicación de Baron-Cohen et al. (2003). Detecta, según las respuestas dadas sujetos que presentan el trastorno.
 - **Cociente de Sistematización Revisado (SQ-R)** ha sido traducido directamente de la publicación de Baron-Cohen et al. (2006).

- Pruebas para evaluar la comunicación y el lenguaje:
 - **Peabody Picture Vocabulary Test** (Naglieri, 1981). Mide el vocabulario, especialmente en sus aspectos comprensivos. Está diseñado para niños y adultos a partir de los dos años y medio.
 - **Communication and Symbolic Behavior** (Wetherby y Prizant, 1993). Realiza un perfil según la puntuación obtenida en las escalas de comunicación y conducta simbólica del niño.
 - **MacArthur Communicative** (Arriaga et al., 1998). Se trata de un cuestionario al que deben dar respuesta los padres para evaluar las habilidades comunicativas del niño.
 - **Escala Reynell de desarrollo de lenguaje** (Reynell 1997) para edades entre 1-7 años. Hace una valoración tanto de la forma (cantidad de vocabulario, longitud

de su discurso, ritmo y tono, ecolalias, literalidad, capacidad para hacer y responder preguntas, iniciar y mantener una conversación) como de su contenido (coherencia del discurso, temas focalizados en intereses peculiares o tendencia a evadirse en fantasías o repetición de diálogos aprendidos).

- **Rosetti Infant-Toddler Language Scale** (Rosetti, 1990). Identifica los problemas de desarrollo del lenguaje verbal y preverbal en bebés y niños de tres años.

- Para evaluar el área social-comportamiento recomiendan:
 - Entrevista semiestructurada.
 - **Cociente de Empatía (EQ)** (Baron-Cohen, 2004). Se trata de un cuestionario de 60 preguntas. Se obtiene una puntuación, según la cual se interpreta el nivel de empatía (bajo, medio, sobre la media y alto).
 - **Cociente de Empatía / Sistematización (versión para Niños)- (EQC-SQC)** (Baron-Cohen, 2009). Este cuestionario cuantifica los rasgos de personalidad y consta de preguntas, de las cuales 27 preguntas corresponden al Cociente de Empatía y 28 al Cociente de Sistematización. El rango de edad para ser aplicado oscila entre los 4 y los 11 años.
 - **La Escala de Comportamiento de Cambridge (CBS)** es una versión del Cociente de Empatía (Reyna y Brussino, 2009) en la que se han eliminado las preguntas “vacías” que no aportaban puntuación al resultado final. Consta de 40 preguntas.
 - **Cuestionario de Amistad, (FQ)** diseñado por Simon Baron-Cohen y Sally Wheelwright, (2003). Creado para el uso personal de adultos con inteligencia normal; consta de 35 preguntas con las cuales se puede obtener una puntuación máxima de 135. Este cuestionario revela una diferencia entre sexos en el estilo de amistad en la población en general y reafirma la teoría del cerebro extremadamente masculino del autismo.
 - **ABC** (del inglés Autism Behavior Checklist) diseñado por Krug, Arick y Almond, et al. En 1978. Contiene 57 descripciones de conductas anómalas propias del autismo que se agrupan en cinco áreas sintomáticas: sensorial, relación, uso de los objetos y del propio cuerpo, lenguaje, autonomía social y personal.
 - **Conocimiento de Estrategias de Interacción con los Compañeros (CEIC)** de Díaz-Aguado et al., 1995. Tiene como objetivo evaluar las estrategias y habilidades sociales de los niños en su relación con los iguales; está destinada a

niños de 6 a 10 años, para preadolescentes y adolescentes mayores de 11 años se aplica la entrevista CEICA.

- **Cuestionario de Habilidades de Interacción Social, CHIS** (Monjas et al., 1992). Este cuestionario consta de sesenta ítems que describe las conductas interpersonales adecuadas y positivas. Los ítems y las escalas se refieren a los contenidos del Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS).
 - **Batería de Teoría de la Mente, B-TOM** (Hutchins, Prelock y Chace, 2008). Es un instrumento con 26 ítems de los cuales 15 son problemas de Teoría de la Mente y 11 son preguntas de control para regular posibles dificultades de memoria o comprensión de los estímulos de evaluación.
 - **Wisconsin Card Sorting Test WCST-64**, Tower of London (1920) elaborado por Harry Harlow, David Grant y su estudiante Esther Berg. Evalúa la función ejecutiva.
 - **Test de paso en falso (Baron-Cohen, et al., 1999)**. Esta herramienta evalúa la teoría de la Mente partiendo de la habilidad para detectar errores sociales cometidos de manera accidental. Consiste en una serie de 20 historias, en las que en la mitad ocurre este error social y en la otra mitad no, actualndo estas últimas como control de la primera mitad.
 - **Test de la mirada o test de los ojos** (Baron-Cohen et al., 1997). Consiste en una serie de ítems compuestos por fotografías de la región de los ojos de un rostro humano con diferentes expresiones y cuatro opciones de respuesta de las cuales solo una designaría el correcto estado emocional o mental que representa la imagen.
 - **Costello Symbolic Playtest** (Lowe & Costello, 1988). Se trata de una prueba de juego simbólico para niños de 12 a 36 meses. Se explora su formación y simbolización de conceptos de desarrollo semántico no verbal.
- *Evaluación síntomas psicopatología general: escalas de Achenbach Child Behaviour Check list (CBCL) para padres y Teacher Report Form (TRF) (1a, 6m-18a) y autoinforme a partir de los 11a. Valoran problemas generalizados del desarrollo, afectivos, de ansiedad, somáticos, oposicionistas, de conducta y TDAH, dependiendo de la edad del chico/a. Permiten comparar los resultados obtenidos a nivel familiar y en la escuela. El autoinforme nos indica, además, la capacidad del chico/a, para reconocer sus propias dificultades y características.*

En la Comunidad de Madrid existe un documento titulado “Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los centros preferentes de la Comunidad de Madrid abril 2012” en el que se establecen los instrumentos que se deben utilizar según el área y el nivel educativo en el que se encuentre escolarizado el alumno.

Tabla 40. *Grado de afectación.*

GRADO DE AFECTACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA			
Etapas	INFANTIL	PRIMARIA	SECUNDARIA
Criterios máximos	Grado severo de afectación	Grado moderado de afectación	Grado moderado de afectación
Algunos instrumentos de evaluación recomendados	ACACIA (Tamarit, 1994), ADOS (Lord y col., 1995 Y 1999), ADI-R (Lord y col., 1989 Y 1994), IDEA (Rivière, 1998), CARS (Schopler y col. 1988)	ADOS (Lord y col., 1995 Y 1999), ADI-R (Lord y col., 1989 Y 1994), IDEA (Rivière, 1998), CARS (Schopler y col. 1988)	ADOS (Lord y col., 1995 Y 1999), ADI-R (Lord y col., 1989 Y 1994), IDEA (Rivière, 1998)

Fuente: extraído del documento de la Comunidad de Madrid “Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los centros preferentes de la Comunidad de Madrid abril 2012”.

Tabla 41. Nivel de desarrollo/capacidad cognitiva (criterios e instrumentos).

NIVEL DE DESARROLLO/CAPACIDAD COGNITIVA			
Etapas	INFANTIL	PRIMARIA	SECUNDARIA
Criterios máximos CIE-10 (OMS, 1992)	Retraso mental moderado	Retraso mental moderado	Retraso mental moderado
Algunos instrumentos de evaluación recomendados	Escala Manipulativa Internacional de Leiter-R (1996), BSID Escalas Bayley de Desarrollo infantil (1993), Escala de Desarrollo Psicomotor de la primera infancia Brunet-Lézine (1997), MSCA Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños (1972), BAS II Escalas de Aptitudes Intelectuales (2006), WPPSI III Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (1974)	BAS II, Escalas de Aptitudes Intelectuales (2006), MSCA Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños (1972), WPPSI III Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (1974), WISC-R Escala revisada de inteligencia de Wechsler para niños (1996), K-ABC Batería de evaluación de Kaufman para niños (1983)	BAS II Escalas de Aptitudes Intelectuales (2006), WISC-R Escala revisada de inteligencia de Wechsler para niños (1996), K-ABC Batería de evaluación de Kaufman para niños (1983)

Fuente: extraído del documento de la Comunidad de Madrid “Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los centros preferentes de la Comunidad de Madrid abril 2012”.

Tabla 42. Nivel de desarrollo/capacidad cognitiva (competencias e instrumentos).

NIVEL DE DESARROLLO/CAPACIDAD COGNITIVA				
Etapas		INFANTIL	PRIMARIA	SECUNDARIA
Competencias mínimas	Funciones comunicativas	Podría no existir comunicación intencionada ni conductas instrumentales	Presencia de conductas instrumentales como pauta de comunicación Inicio o desarrollo de funciones comunicativas (en relación a necesidades básicas de petición, negación...)	Presencia de conductas comunicativas no ligadas exclusivamente a necesidades básicas
	Lenguaje expresivo (Palabra-gesto)	Podrían no existir verbalizaciones lingüísticas ni inicio de lenguaje gestual	Inicio o desarrollo del lenguaje oral y/o empleo de SAAC (Lenguaje formado por palabras sueltas y/o expresiones ecológicas)	Lenguaje oracional (oral/SAAC) aunque limitado en estructura y contenidos
	Lenguaje receptivo (Palabra-gesto)	Podría existir una tendencia a ignorar el lenguaje (falta de respuesta al nombre, a órdenes o indicaciones sencillas...)	Comprensión de enunciados verbales limitada a conductas propias, a palabras-gestos o frases sencillas	Comprensión de enunciados verbales aunque con dificultades en la integración de ideas complejas
Algunos <u>instrumentos</u> de evaluación recomendados		Cuestionario ECO de evaluación de la comunicación (Hernández, 1995), PLON-R Prueba de lenguaje oral Navarra (Aguinagua y cols., 2004), Inventario McCarthur de desarrollo comunicativo (Jackson-Maldonado y col., 2005), PPVT III Test de vocabulario en imágenes Peabody (Dunn y cols. 2006),	Cuestionario ECO de evaluación de la comunicación (Hernández, 1995), PLON Prueba de lenguaje oral Navarra (Kira y cols., 1989), PLON-R Prueba de lenguaje oral Navarra (Aguinagua y cols., 2004), Inventario McCarthur de desarrollo comunicativo (Jackson-Maldonado y col., 2005), PPVT III Test de vocabulario en imágenes Peabody (Dunn Y Cols. 2006), Escala Reynell de desarrollo del lenguaje	Subpruebas de componente verbal de las Escalas de inteligencia

	<p>Escala Reynell de desarrollo del lenguaje infantil (Edwards y cols., 1997), Entrevista Teacch de evaluación en el hogar (Watson y cols., 1988)</p>	<p>infantil (Edwards y cols., 1997), Entrevista Teacch de evaluación en el hogar (Watson y cols., 1988), ITPA Test Illinois de aptitudes Psicolingüísticas (Kira y cols., 1984), CEGS Test de comprensión de estructuras gramaticales (Mendoza y cols., 2005)</p>	
--	---	---	--

Fuente: extraído del documento de la Comunidad de Madrid “Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los centros preferentes de la Comunidad de Madrid abril 2012”.

Tabla 43. *Área social y autonomía social.*

ÁREA SOCIAL Y AUTONOMÍA SOCIAL				
Etapas		INFANTIL	PRIMARIA	SECUNDARIA
Competencias mínimas	Conductas adaptativas	Posible ausencia de habilidades de autonomía personal (aseo, comida, control de esfínteres...)	Inicio/desarrollo de habilidades de autonomía personal (aseo, comida, control de esfínteres...) Limitaciones significativas en la regulación emocional y en la toma de decisiones	Posibles limitaciones en la regulación emocional y en la toma de decisiones
	Comportamiento	Posible presencia de conductas disruptivas	Posibles episodios de conductas disruptivas (aunque no deben ser constantes ni aparecer en todos los contextos)	Posibles episodios de conductas disruptivas esporádicas
Algunos <u>instrumentos</u> de evaluación recomendados		Escala revisada Vineland (Sparrow y cols., 1984), ICAP (Montero y Martínez, 1994), Inventario de desarrollo Battelle (TEA, 1998), Escala de Conducta	Escala revisada Vineland (Sparrow y cols., 1984), ICAP (Montero y Martínez, 1994), Inventario de desarrollo Battelle (TEA, 1998), Escala adaptativa ABS (AAMR,	Escala revisada Vineland (Sparrow y cols., 1984), ICAP (Montero y Martínez, 1994), Escala de Conducta adaptativa ABS (9-15 y 16-21),

	adaptativa ABS (AAMR, 1992), Análisis funcional de conducta	1992), Análisis funcional de conducta	Análisis funcional de conducta
--	---	---------------------------------------	--------------------------------

Fuente: extraído del documento de la Comunidad de Madrid “Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los centros preferentes de la Comunidad de Madrid abril 2012”.

2.1.5.1. Estudio de las áreas afectadas

Como hemos señalado anteriormente son numerosos los estudios que abordan el diagnóstico médico, pero tan solo hemos encontrado tres que aborden el diagnóstico educativo, a continuación, incluimos una tabla con los más representativos:

Tabla 44. Estudios de diagnóstico.

González, M. C., Vasquez, M., y Hernandez-Chavez, M. (2019). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. Revista chilena de pediatría, 90(5), 485-491.	Objetivo principal: descripción del perfil clínico desde su derivación al especialista (los primeros síntomas) hasta la realización de una prueba diagnóstica (diagnóstico clínico, neuropsicológico) apoyado por la realización del test ADOS-G; se trata de un estudio descriptivo.
Hervás, A., y Santos, L. S. (2014). Autismo. Espectro autista. Del Curso de psiquiatría infantil, Sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria.	Señalan que la mayoría de los casos de TEA son idiopáticos y su diagnóstico es clínico. La detección precoz en la atención primaria se basa en el seguimiento longitudinal del desarrollo del niño y defienden un diagnóstico multidimensional, aunque no mencionan la unión clínica-educativa.
Sampedro-Tobón, M. E., González-González, M., Vélez-Vieira, S., y Lemos-Hoyos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 70(6), 456-466.	Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo del proceso de detección y diagnóstico de un grupo de niños con trastornos del espectro autista (TEA) por medio de una entrevista semiestructurada y a través de la revisión de historias clínicas.
Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., y Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. Pediatría Integral, 16(10), 78-94. Hervás, A., Balmaña, N. y Salgado, M., (2017). Los trastornos del espectro autista. Pediatría Integral, 21(2), 92-108	Defienden el diagnóstico precoz del TEA, para ello comienzan realizando un análisis de los criterios diagnósticos, aportan datos epidemiológicos y posteriormente basándose en la etiología, establecen niveles en la detección precoz.
Cabanyes-Truffino, J. y García-Villamizar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol, 39(1), 81-90.	Nos introducen en el trastorno, nombrando los criterios clínicos. Posteriormente tratan el diagnóstico precoz, más concretamente enuncian las dificultades que existen para llegar a él y para finalizar abordan las posibilidades del diagnóstico.
Rodríguez-Barrionuevo, A. C. y Rodríguez-Vives, M. A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. Revista de Neurología, 34(1), 72-77.	Se aborda el diagnóstico del autismo desde la vertiente clínica una vez más, incluyendo una valoración psicológica que evalúe los aspectos en los que presentan mayores dificultades.

<p>Torras Mañá, M. (2015). Evaluación cognitiva y del lenguaje en el diagnóstico precoz de los trastornos de la comunicación y del espectro del autismo. Tesis leída el 3 de diciembre del 2015, en la Universidad Autónoma de Barcelona, bajo la dirección de Brun Gasca, M.C..</p>	<p>El propósito fundamental de esta investigación consistió en comprobar la validez y utilidad de las Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition (Bayley-III) (Bayley, 2006) como instrumento de evaluación cognitiva y del lenguaje en el contexto del diagnóstico precoz de diferentes subtipos de trastornos de la comunicación (TC) y de diferentes subtipos de trastornos del espectro del autismo (TEA).</p>
<p>Cervera Chulvi, M.A. (2016). Diagnóstico de los trastornos de espectro autista en educación, un análisis de la práctica diagnóstica. Tesis bajo la dirección de Suarez Rodríguez, J., Marí i Mollá, R y Martínez Sanchís, S. en la Universidad de Valencia.</p>	<p>En esta investigación tratan de analizar la práctica diagnóstica de los TEA desde una perspectiva global y comprensiva.</p>

Fuente: elaboración propia.

Según Hernández et al. (2005) en la *Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista*, el proceso de detección y evaluación diagnóstica implica dos niveles: *vigilancia del desarrollo, nivel 1*; y *detección específica, nivel 2*. *La detección debe ir seguida del inicio del proceso diagnóstico y de la intervención temprana; por tanto, el proceso se completa con un tercer nivel, que implica la derivación a un servicio diagnóstico especializado y la puesta en marcha del programa de atención temprana.*

En el nivel 1, vigilancia del desarrollo implica:

- *Considerar aspectos prenatales y perinatales con mayor riesgo de autismo.*
- *Considerar los motivos de preocupación de los familiares.*
- *Controlar el desarrollo.*
- *Valorar los parámetros del desarrollo sociocomunicativo. La autoridad sanitaria del estado de Nueva York da el siguiente listado de signos de alarma para niños de 0 a 3 años:*
 - o *Retraso o ausencia del habla.*
 - o *No presta atención a las otras personas.*
 - o *No responde a las expresiones faciales o sentimientos de los demás.*
 - o *Falta de juego simbólico, ausencia de imaginación.*
 - o *No muestra interés por los niños de su edad.*
 - o *No respeta la reciprocidad en las actividades de “toma y daca”.*
 - o *Incapaz de compartir placer.*
 - o *Alteración cualitativa en la comunicación no verbal.*
 - o *No señala objetos para dirigir la atención de otra persona.*
 - o *Falta de utilización social de la mirada.*
 - o *Falta de iniciativa en actividades o juego social.*
 - o *Estereotipias o manierismos de manos y dedos.*
 - o *Reacciones inusuales o falta de reacción a estímulos sonoros.*

En el nivel 2, detección específica, los autores señalan que cuando hay una razonable sospecha de que el niño no sigue un desarrollo normal y se comprueba la presencia de señales de alerta, se debe pasar a este segundo nivel:

- *Detección específica a los 12 meses: las señales de alerta en esta etapa son:*
 - *Menos uso de contacto ocular.*
 - *No reconoce su nombre.*
 - *No señala para pedir.*
 - *No muestra objetos.*
- *Detección específica a los 18 meses y a los 24 meses: los indicadores de riesgo en esta etapa son:*
 - *Ausencia de gestos protodeclarativos.*
 - *Dificultades en el seguimiento de la mirada.*
 - *Ausencia de juego de ficción.*
- *Detección específica a partir de los 36 meses, es muy frecuente que la detección sea más tardía, por ello los autores nos recuerdan que es necesario valorar la presencia de alteraciones en las siguientes áreas y ello a su vez va a justificar la derivación a una evaluación diagnóstica:*
 - *Comunicación: existe un déficit en el desarrollo del lenguaje, sobretodo en la comprensión. Existe un fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros.*
 - *Alteraciones sociales: imitación limitada o ausencia de acciones con juguetes; falta de interés por relacionarse con otros niños, preferencia por actividades solitarias; escaso reconocimiento de emociones.*
 - *Alteración de los intereses, actividades y conductas: resistencia a los cambios; juegos repetitivos; hiper/hiposensibilidad; manierismos motores; oposición al adulto.*
- *Detección específica a partir de los 5- 6 años, muchos niños no manifiestan de forma clara un trastorno del espectro del autismo hasta que no se les expone a un mayor grado de demanda social (etapa de Educación Primaria). Los rasgos característicos afectan a las áreas de:*
 - *Comunicación: desarrollo deficiente del lenguaje, que incluye mutismo, entonación rara o inapropiada, ecolalia, vocabulario inusual para la edad del niño. Limitado uso del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente solo sobre temas específicos de su interés-*

- *Alteraciones sociales: dificultad para unirse al juego con otros; falta de cumplimiento de las normas; fracaso en la relación normal con adultos; muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental.*
- *Limitación de intereses, actividades y conductas: ausencia de flexibilidad y juego imaginativo cooperativo; dificultad o inhabilidad de organización en espacios poco estructurados y no anticipados los cambios.*
- *Otros rasgos.*

Muchos de los autores que hemos citado anteriormente se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV o del DSM-V, entre ellos se encuentra Giangaspro et al (2007) quienes se basan en el DSM-IV para establecer el cribado específico para síntomas del autismo, que responde a las áreas que acabamos de ver en la detección específica: socialización, comunicación y comportamiento:

Figura 8. *Cribado evolutivo específico.*

Tabla IV. Cribado evolutivo específico para síntomas de autismo*	
1. En la socialización:	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Abraza el niño como otros niños? • ¿Te mira cuando estás hablando o jugando? • ¿Sonríe en respuesta a la sonrisa de otros? • ¿Participa de juegos recíprocos como el cucu-trás? • ¿Juega a juegos simples de imitación? • ¿Muestra interés por otros niños?
2. En la comunicación:	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Señala con el dedo? • ¿Gesticula o dice "sí" o "no"? • ¿Llama tu atención llevando objetos para que los veas? • ¿Has notado algo raro en su forma de hablar? • ¿Enseña cosas a la gente? • ¿Conduce al adulto hacia lo que quiere con la mano? • ¿Responde inconsistentemente a su nombre o a indicaciones? • ¿Usa un lenguaje concreto, repetitivo o ecolálico? • ¿Memoriza series de palabras o inscripciones?
3. En el comportamiento:	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hace movimientos estereotipados, repetitivos o extraños? • ¿Tiene preocupaciones o un estrecho rango de intereses? • ¿Atiende más a partes de los objetos que al todo? • ¿Tiene un juego simulado muy limitado o ausente? • ¿Limita las acciones de otras personas? • ¿Juega con los juguetes siempre de la misma forma? • ¿Está fuertemente fijado a algún objeto concreto inusual?

Fuente: Giangaspro et al (2007).

Como nos enuncia Chulvi et al. (2016), *la epidemiología y la conceptualización global de TEA nos permiten dibujar la base de nuestro marco teórico para el diagnóstico.* Fue en mayo del 2013 cuando se publicó la nueva edición del DSM (DSM-V) lo cual supuso un cambio radical en la forma de entender el trastorno, ya no se trataba de un trastorno generalizado del desarrollo sino del trastorno del espectro del autismo, convirtiéndose en referente diagnóstico con su publicación.

Las dos clasificaciones más comúnmente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM),

hasta el momento, en las versiones publicadas, compartían los mismos criterios diagnósticos para lo que llamaban *Trastornos Generalizados del Desarrollo* (TGD) aunque, como nos confirma Cervera (2016), los incluidos en el DSM-IV-TR (2002) eran menos específicos que en el CIE-10 (OMS, 1992).

Tabla 45. Comparación de clasificaciones diagnósticas.

CIE-10	DSM-IV-TR
Autismo infantil (F84.0)	Trastorno autista
Síndrome de Rett /F84.2)	Trastorno de Rett
Otros trastornos desintegrativos infantiles (F84.3)	Trastorno desintegrativo infantil
Síndrome de Asperger (F84.5)	Trastorno de Asperger
Autismo Atípico (F84.1)	Trastornos generalizados del desarrollo no especificado (incluido autismo atípico)
Otros trastornos generalizados del desarrollo (F84.8)	
Trastorno generalizado del desarrollo inespecífico (F84.9)	
Trastorno hiperactivo con discapacidad intelectual y movimientos estereotipados	--

Fuente: Cervera (2016).

El DMS-IV-TR, definía los Trastornos Generalizados del Desarrollo como una perturbación grave y generalizada en las áreas del desarrollo que tenían que ver con habilidades de comunicación y relación e interacción social; y, junto a ello, se daba la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

*En la categoría se incluían: **trastorno autista; trastorno de Asperger**, unido a cocientes intelectuales normales, no implicaba limitaciones o alteraciones formales del lenguaje, aunque si otras alteraciones semántico-pragmáticas y prosódicas; **trastorno o síndrome de Rett** que se acompañaba siempre de un nivel severo o profundo de retraso mental; **trastorno desintegrativo infantil** con una pérdida de funciones y capacidades adquiridas en los primeros años de la infancia; y el **trastorno generalizado del desarrollo no especificado** que se determinaba cuando los síntomas eran más moderados.*

Como hemos comentado anteriormente, el concepto del autismo ha ido cambiando y el propio Manual diagnóstico DSM para recogerlo en su nueva revisión. *En la propuesta del DSM-V los criterios diagnósticos para los **Trastornos de Espectro Autista** se agrupan en dos dimensiones*

fundamentales: Déficits sociales y comunicativos; Intereses fijos/restringidos y comportamientos repetitivos.

Tabla 46. *Criterios diagnósticos para TEA.*

<p>A. Déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, y manifestación simultánea de los tres déficits siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Déficits en la reciprocidad social o emocional.2. Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores). <p>B. Patrones de conducta, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Habla, movimientos o utilización de objetos estereotipados o repetitivos.2. Excesiva inflexibilidad en las rutinas y los patrones ritualizados de conducta verbal o no verbal, o excesiva resistencia al cambio.3. Intereses muy restringidos y fijos, de intensidad desmesurada.4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por aspectos sensoriales del entorno. <p>C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no manifestarse plenamente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en una etapa vital posterior).</p> <p>D. La conjunción de síntomas limita e incapacita para el funcionamiento cotidiano; incapacidad clínicamente relevante en el área social, laboral u otras áreas importantes para el funcionamiento actual.</p>
--

Fuente: DSM-V.

Más allá de las clasificaciones, la práctica diagnóstica debe comprender y ahondar en las dimensiones cuyas alteraciones son fundamentales para conceptualizar el TEA.

Según Cervera (2016), las tres dimensiones de partida en los TEA, de acuerdo con Wing (1998; Wing et al., 2011) serían:

- 1) **Interacción Social:** *referida a la marcada reducción de signos no verbales que muestren interés y placer por estar con otra persona- establecimiento de contacto visual inicio y respuesta a la sonrisa, inicio y respuesta al contacto físico afectivo como abrazos, besos,*

saludos o despedidas. El inicio de la interacción social puede observarse en los niños desde el nacimiento, mucho antes que el desarrollo del lenguaje.

- 2) **Comunicación social:** es decir, la disminución de la habilidad para conversar de manera verbal y/o no verbal con otra persona, compartiendo ideas e intereses o para negociar de una manera positiva. Las manifestaciones más tempranas de comunicación social en niños con desarrollo normal se concretan en la capacidad de referencia conjunta para compartir un interés, observado en el último tramo del primer año. Las personas con TEA suelen tener problemas para entender qué se les está diciendo, interpretando el mensaje de manera literal.
- 3) **Imaginación social:** se concreta en la disminución de la capacidad para pensar y predecir las consecuencias de las propias acciones sobre uno mismo y sobre los demás. En el desarrollo normal ésta no se desarrolla hasta después de los 3 años. De acuerdo con Wing (Wing et al., 2011) este aspecto ha sido olvidado por el DSM- IV-TR, DSM-V y el CIE-10, introduciendo en su lugar los patrones de comportamiento repetitivos.

Siguiendo a Cervera (2018), encontramos el análisis que lleva a cabo de las dimensiones con alteraciones definitorias para los TEA según NICE en Baird et al. (2011):

Tabla 47. Análisis de las dimensiones con alteraciones definitorias para los TEA.

<i>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum.</i>			
	PREESCOLARES (O EDAD MENTAL EQUIVALENTE)	ESCUELA PRIMARIA (ENTRE 5 Y 11 AÑOS O EDAD MENTAL EQUIVALENTE)	ESCUELA SECUNDARIA (MAYORES DE 11 AÑOS O EDAD MENTAL EQUIVALENTE)
1) Lenguaje oral	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso del lenguaje (por ejemplo uso de menos de 10 palabras a los 2 años). - Regresión o pérdida del uso del habla. - El lenguaje oral (si está presente) puede presentar características inusuales como: vocalizaciones no conversacionales; entonación extraña, repetición frecuente de conjuntos de palabras o frases (ecolalia), referencia a uno mismo por el nombre o con el “tú”, “éñ”, “ella” a los 3 años. - Uso infrecuente del lenguaje para comunicarse. 	Lenguaje oral puede ser inusual; uso muy limitado; tono monótono; habla repetitiva con uso frecuente de frases estereotipadas; contenido dominado por excesiva información en temas de su propio interés; las respuestas a otros pueden ser inapropiadas.	
2) Respuesta a otros	- Ausencia o respuesta demorada cuando lo llaman por el nombre, con audición normal.		(No se contempla)
	- Ausencia o respuesta reducida a expresiones faciales o emociones de otras personas.		
	- Respuesta inusualmente negativa a las demandas de otros, respuestas de evitación a las demandas de otros.		
	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia o escasa respuesta a sonrisa social. - Rechazo de abrazos cuando la iniciativa parte de otros, aunque el propio niño puede tomar la iniciativa. 	- Dificultades para entender intenciones de otros: puede tomar las cosas literalmente y no entender el sarcasmo o metáforas.	
3) Interacción con otros	- Ausencia o reducido reconocimiento del espacio personal, o inusual intolerancia a que otros entren en el mismo.		
	- Ausencia de interés o interés reducido en los otros, incluidos iguales, pueden incluso rechazarlos. Si existe interés por los otros, pueden tener un acercamiento inapropiado, pareciendo agresivos o disruptivos.		
	- Ausencia o reducido disfrute de situaciones que a la mayoría de niños les gusta.		
			- Ausencia o reducido reconocimiento de comportamiento socialmente esperado.
			- Incapacidad para adaptar el estilo comunicativo a las situaciones sociales, por ejemplo, pueden ser excesivamente formal o inapropiadamente familiar.
			- Ausencia o escasas conductas de saludo o despedida.
<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia o reducida imitación de las acciones de otros. - Ausencia o reducido inicio de juego social con otros, juega solo. - Ausencia o reducida capacidad para compartir disfrute. 		<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia o escasa habilidad para compartir el juego o ideas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades estables en comunicación social e interacción: pocos amigos. - Ausencia o escasa comprensión de la amistad: a menudo un deseo insatisfecho de tener amigos. - Aislamiento social y aparente preferencia por la soledad.

		de otros, juega solo.	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas al perder en juegos, tomar turnos y entender cambios de normas. - Parece no importar ni interesar cosas que a las demás personas de su edad les interesan. - Dificultades para entender intenciones de otros. - Respuesta inusualmente negativa a las demandas de otros. - Realiza comentarios sin tener en cuenta las convenciones sociales.
4) Contacto visual, señalar y otros gestos	- Reducción y escasa integración de gestos, expresiones faciales, orientación corporal, y contacto ocular con el habla.		
	- Ausencia o reducción de atención compartida. Puede evidenciarse en: seguimiento de un lugar señalado por otro; señalar o mostrar objetos para compartir su interés con otros.		
	- Reducido uso o ausencia del contacto visual (asumiendo una visión adecuada).		
	- Reducción o ausencia de gestos y expresiones faciales para comunicarse (aunque pueden situar la mano de los adultos en objetos).		
5) Ideas e imaginación	Ausencia o reducida imaginación y variable de juego.		Realiza comentarios sin tener en cuenta las convenciones sociales.
			Ausencia o reducido juego flexible e imaginativo así como creatividad, aunque puedan reproducir escenas vistas en medios audiovisuales como la TV.
6) Intereses restringidos inusuales y/o comportamientos repetitivos y rígidos	- Movimientos estereotipados, como aleteo de manos.		
	- Hiperreacción o hiporeacción a estimulación sensorial, como texturas, sonidos, olores.		
	- Reacción excesiva al sabor, textura o apariencia de comida y selectividad en la comida.		
	- Intereses inusuales o focalizados en exceso.		
	- Insistencia excesiva en seguir su agenda.		
	- Juego repetitivo o estereotipado.		- No le gusta el cambio, el cual frecuentemente conduce la ansiedad u otras formas de distrés (incluyendo agresión).
	- Reactividad emocional externa al cambio o nuevas situaciones.		
			- Juego repetitivo y orientado hacia objetos más que hacia personas.
		- Expectativas rígidas respecto a la adhesión de otros niños a las reglas del juego.	
		- Extremos de reactividad emocional excesivos para las circunstancias.	
		- Fuerte preferencia por rutinas familiares y por que las cosas sean “justo así”.	

Otros aspectos		Inusual perfil de habilidades o déficits, por ejemplo, habilidades de coordinación motoras o pobre desarrollo social frente a áreas particulares de conocimiento, lectura o vocabulario, avanzadas para su edad mental o cronológica. Desarrollo social y emocional inmaduro frente a otras áreas de desarrollo, falta de sentido común, menos independencia que sus iguales, excesiva ingenuidad.
-----------------------	--	---

Fuente: NICE en Baird et al. (2011).

Las dimensiones por tanto en las que nos vamos a centrar en nuestra investigación, como comenzábamos señalando anteriormente al referirnos al estudio de Soto Calderón (2002) donde quedan reflejados los rasgos y las características diagnósticas (DSM-V) de las personas con autismo, estableciendo como áreas en las que presentan dificultades: *relación social, comunicación, comportamiento e imaginación*.

En cuanto al **área de relación social**, encontramos que se trata de personas que suelen presentar dificultades en su atención conjunta, la que conlleva establecer interacción con otra persona, la expresión facial en sus emisiones, el interés en compartir, la capacidad de ponerse en el lugar del otro (empatía), el comprender las sutilezas sociales, los dobles sentidos, inferir las intenciones de los demás e identificar y transmitir las emociones propias o reconocerlas en los demás. Esta área va a estar relacionada con las dimensiones 2, 3 y 4 que establecía Cervera (2018), en el análisis que lleva a cabo de las dimensiones con alteraciones definitorias para los TEA según NICE en Baird et al. (2011).

En el **área de la comunicación**, sus dificultades más frecuentes están relacionadas con la comprensión, la expresión, la intención comunicativa, la presencia de ecolalias (perturbación del lenguaje oral en la que el sujeto repite de manera involuntaria una palabra o frase), el desarrollo de las funciones comunicativas y el uso funcional del lenguaje. Esta área va a estar relacionada con las dimensiones 1 y 4 de las establecidas por Cervera.

Por lo que respecta a su **comportamiento**, las dificultades más evidentes radican en tener intereses muy restringidos, la presencia de estereotipias (movimientos repetitivos sin un fin determinado), rituales y conductas repetitivas, tendencia a la rutina, resistencia a los cambios (inflexibilidad) e hipersensibilidad estimular (sobretudo auditiva, gustativa, olfativa y táctil). Esta área va a estar relacionada con las dimensiones 4 y 6 de las establecidas por Cervera.

Por último, hemos de señalar cómo su **imaginación**, suele presentar dificultades para la anticipación de sucesos; por ello precisan que se les expliquen previamente los cambios en las rutinas o que la información auditiva permanezca en el tiempo, por lo que son muy útiles las historias sociales y el uso de pictogramas, la capacidad de abstracción y la creatividad. También resultan muy frecuentes las dificultades que tienen para dar sentido a sus acciones y comprender las que presentan relación causa-efecto. Además, tienen dificultad a la hora de establecer metas en sus conductas y organizar y comprender la información en su contexto. Esta área va a estar relacionada con la dimensión 5 de las establecidas por Cervera.

Además, creemos que deben evaluarse otras áreas que establece Palomo et al. (2014) como es el funcionamiento intelectual, las alteraciones sensorio-perceptivas y, las habilidades motoras y, de autonomía y vida independiente.

En la evaluación clínica, según Hervás et al. (2012), se pueden establecer distintos niveles. *En un primer nivel estaría la vigilancia del desarrollo mientras que, en un segundo nivel, estaría la detección específica de un TEA, pasando a un tercer nivel, donde situamos ya la valoración diagnóstica específica por parte de un servicio especializado.*

Tabla 48. *Relación áreas afectadas- indicadores- instrumentos de evaluación- proceso de valoración y de intervención.*

Área	Indicadores (fuente)	Instrumentos	Proceso de valoración y de intervención
Relación social	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en su atención conjunta. - Expresión facial en sus emisiones - Interés en compartir. - Capacidad de ponerse en el lugar del otro (empatía). - Comprender las sutilezas sociales, los dobles sentidos. - Inferir las intenciones de los demás. - Identificar y transmitir las emociones propias o reconocerlas en los demás. 	<p>Registro Hora de Juego. <i>Evaluación de las interacciones sociales y evaluación del juego.</i> Evaluación de la teoría de la mente (Historias Sociales de F. Happe 1994, TOM Test Muris 1999, Test de los Ojos Baron-Cohen 1999), teoría de la coherencia central, funciones ejecutivas (Wisconsin Card Sorting Test WCST-64, Tower of London). Evaluación del juego (Costello Symbolic Playtest).</p>	<p>En la evaluación educativa el equipo específico de alteraciones graves del desarrollo de la Comunidad de Madrid establece tres niveles en el proceso de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 1: vigilancia del desarrollo. Realizada por educadores y profesores en estrecha comunicación con la familia. - Nivel 2: detección específica. En el contexto escolar corresponde a los Equipos de Atención Temprana o Generales, quienes recogen las sospechas de los educadores/tutores o de las familias. La función del Equipo Específico es
Imaginación	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para la anticipación de sucesos. - Capacidad de abstracción y la creatividad. - Dificultades que tienen para dar sentido a sus acciones y comprender las que presentan relación causa-efecto. -Dificultades a la hora de establecer metas en sus conductas y organizar y comprender la información en su contexto. 	No hay pruebas específicas.	

Comunicación/ lenguaje	Sus dificultades más frecuentes están relacionadas con la comprensión, la expresión, la intención comunicativa, la presencia de ecolalias (perturbación del lenguaje oral en la que el sujeto repite de manera involuntaria una palabra o frase), el desarrollo de las funciones comunicativas y el uso funcional del lenguaje.	2º nivel: CSBS-DP Cuestionario del bebé y niño pequeño (diseñado para evaluar la evaluación de 7 elementos que se han demostrado buenos predictores del desarrollo del lenguaje). SCQ cuestionario de comunicación social. ECO, PLON y Reynell. Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas. <i>Evaluación del lenguaje y de la función comunicativa.</i> Evaluaciones del habla, el lenguaje y la comunicación (test Peabody, Escala Reynell y el instrumento de evaluación de capacidades comunicativas ACACIA)	la de colaborar para contribuir al diseño e implantación, en el contexto educativo, de las estrategias, los instrumentos y la formación adecuada para realizar la detección de los TEA. - Nivel 3: evaluación.
Comportamiento	Las dificultades más evidentes radican en tener intereses muy restringidos, la presencia de estereotipias (movimientos repetitivos sin un fin determinado), rituales y conductas repetitivas, tendencia a la rutina y resistencia a los cambios (inflexibilidad).	2º nivel: M-CHAT Registro del Nivel Actual de Competencias En el segundo nivel es común utilizar el cuestionario para el autismo en niños pequeños (M-CHAT) y el test infantil del síndrome de Asperger (CAST). <i>Evaluación de su conducta.</i> Evaluación de la conducta adaptativa (escalas de conducta adaptativa de Vineland)	En la evaluación médica en el <u>primer nivel</u> de valoración se realiza la <u>vigilancia evolutiva del niño</u> . En el <u>segundo nivel</u> , se realiza la detección específica de TEA. En el <u>tercer nivel</u> , nos encontramos la valoración diagnóstica de TEA por parte del Equipo Específico; es frecuente que en este nivel el equipo de orientación de sector o departamento de orientación solicite a través del <u>protocolo de derivación</u> la participación del Equipo Específico para valorar conjuntamente la presencia de un TEA, determinar las necesidades educativas especiales y los apoyos necesarios, y tomar decisiones sobre la respuesta educativa.
Alteraciones sensorceptivas	- Hipersensibilidad estimular (sobretudo auditiva, gustativa, olfativa y táctil).	Es común incluir en el segundo nivel pruebas clínicas, como la audiometría o analíticas específicas. En el tercer nivel, la evaluación médica y neurológica es amplia. Se debe buscar la existencia de alteraciones en el desarrollo o regresiones evolutivas a cualquier edad, identificar cualquier encefalopatía, crisis epilépticas, problemas con el sueño o la comida. Historia familiar, examen físico y neurológico, incluyendo el perímetro cefálico, examen general de salud y un examen del estado mental. Pruebas específicas para el autismo entre las que destacan ADI-R y ADOS; estudios metabólicos, genéticos, electrofisiológicos y neuroimagen. Evaluación síntomas psicopatología general (escalas de Achenbach Child Behaviour Check list para padres y Teacher Report Form).	

Funcionamiento intelectual	Comorbilidad y perfiles muy diversos.	Evaluación del desarrollo global y con las que se obtiene nivel cognitivo (CI) o una medida equivalente (edad de desarrollo, edad mental): Inventario de Desarrollo Battelle, Brunet Lezine y Perfil Psicoeducacional (PEP). Las tres pruebas estandarizadas específicas de TEA que aparecen en los informes con mayor frecuencia, muestran porcentajes muy similares: IDEA con 18,6%, ABC de Krug (17,4%) y ADI-R.	
Habilidades motoras	Inusual perfil de habilidades o déficits, por ejemplo, habilidades de coordinación motoras o pobre desarrollo social frente a áreas particulares de conocimiento, lectura o vocabulario, avanzadas para su edad mental o cronológica.	Escalas Weschler, Mc Carthy-MSCA, escala Leiter internacional, escala Bayley de desarrollo infantil y batería ABC de Kauffman (K-ABC). Un examen de la motricidad (fina y gruesa). Evaluación cognitiva (WISC, WAIS, WIPSSI, K-ABC).	
Autonomía y vida independiente	Comorbilidad y es frecuente alta dependencia hacia las personas adultas de referencia.	2º nivel: escala autónoma para la detección del síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento. Pruebas de habilidades adaptativas (comunicación, cuidado personal, habilidades de la vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades escolares funcionales, ocio y trabajo).	

Fuente: elaboración propia.

Texto azul: pruebas utilizadas en la evaluación educativa.

Texto verde: pruebas utilizadas en la evaluación médica (**primer nivel, segundo nivel y tercer nivel**).

Las entrevistas aparecen como el instrumento más frecuente en los informes, especialmente la realizada con las familias y en la observación se distinguió Directa, Videos y Análisis de Documentos, diferenciando según contexto y contenido.

En esta tabla, hemos querido relacionar los indicadores más frecuentes que presentan las personas con autismo, basándonos en las dimensiones con alteraciones definitorias para los TEA según NICE en Baird et al. (2011) y las características diagnósticas del DSM-V con los instrumentos de evaluación que deben valorar o cuantificar la afectación de las dimensiones descritas. También hemos visto necesario incluir los procesos de evaluación/diagnóstico que se llevan a cabo, ya que ambos modelos poseen tres niveles, siendo diferentes los modos de proceder en cada uno de ellos, los hemos diferenciado por colores para facilitar su identificación.

2.1.5.2. Protocolos

Consultando la página web del Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo (<https://www.educa2.madrid.org/web/centro.eoep.alteracionesdesarrollo.madrid/profesionales-deteccion-cuestionarios>), hemos podido comprobar que apoya la detección temprana del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y su consiguiente intervención temprana específica, repercutiendo ampliamente en la calidad de vida de los niños y en la capacidad de afrontamiento de sus familias. A pesar de ser muy deseable y necesaria la detección temprana, enuncian que en la práctica resulta sumamente difícil. Por ello, una función del Equipo Específico es contribuir a la puesta en marcha del proceso a seguir para garantizar una detección lo más temprana y amplia del trastorno. Tal proceso implica tres niveles:

- **Nivel 1: Vigilancia del desarrollo.**

Los niños/as con TEA nacen sin indicadores o marcadores visibles (p.e., físicos, biológicos, etc.) que hagan evidentes desde el principio la existencia de tal trastorno. Es, en torno a los 18 meses, cuando comenzamos a observar, unas veces con más claridad y otras de manera más difusa, cómo el desarrollo de estos niños/as no siguen los patrones normales. El autismo se contempla como un problema de desarrollo a tener en cuenta en las escuelas infantiles. Esto implica un alto nivel de vigilancia por los educadores y profesores, en los campos de desarrollo social, juego, lenguaje y comportamiento. Y además, el conocimiento de lo que supone un desarrollo normal y de unos signos de alerta o señales de alarma cuya presencia, en cualquier edad o a partir de edades concretas, indican la posibilidad de alteraciones.

Además de desarrollar habilidades de vigilancia, los educadores tienen que intercambiar información con los padres (con frecuencia es la familia la primera en sospechar que hay un problema en el desarrollo) y discutir regularmente el desarrollo de los niños/as con el profesional de la orientación (al menos entre los 16-36 meses y entre 4-5 años) como parte del procedimiento de monitorización y seguimiento del desarrollo de los infantes.

Recomiendan consultar el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (<https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/actearly/milestones/index.html>) ya que aporta los indicadores que deben estar presentes en diferentes momentos clave del desarrollo infantil.

- **Nivel 2: Detección específica.**

Este nivel se activa cuando existe una sospecha razonable de que el niño/a no sigue un desarrollo neurotípico y se comprueba la presencia de señales de alarma. Es un proceso sencillo y efectivo porque disponemos de instrumentos de detección, creados como pruebas de cribaje en el ámbito escolar o clínico. Normalmente son cuestionarios que respondidos por educadores y/o padres permiten determinar en poco tiempo la posible presencia de un trastorno de TEA.

La detección específica del alumnado con TEA, en el contexto escolar, corresponde a los Equipos de Atención Temprana o Generales, que recogen las sospechas de los educadores/tutores o de las familias. Los orientadores deben hacer uso de un instrumento de detección cuando sospechen que un alumno pueda tener un TEA o se le traslade.

El instrumento de detección no es un cuestionario para establecer de manera definitiva un diagnóstico, sino que es el medio que permite confirmar la sospecha de la posible existencia de un TEA y, por tanto, remitir a una evaluación más detallada. A partir de los resultados obtenidos -la presencia o ausencia de determinadas conductas- se toma la decisión de realizar el seguimiento del desarrollo de un niño/a y, en su caso, de hacer una evaluación psicopedagógica.

La función del Equipo Específico, en el nivel de Vigilancia y de Detección, es colaborar con la red de orientación para contribuir al diseño e implantación, en el contexto educativo, de las estrategias, los instrumentos y la formación adecuada para poder realizar la detección de los TEA.

- **Nivel 3: Evaluación.**

El equipo de Orientación Educativa se encarga de poner en marcha el proceso de evaluación psicopedagógica para determinar la presencia de Necesidades Educativas Especiales asociadas a un Trastorno del Espectro del Autismo, los apoyos necesarios y la propuesta de escolarización que se considere más adecuada. La coordinación y colaboración con el Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo se realiza, siempre que sea necesaria.

Es frecuente que en este nivel el equipo de orientación de sector o departamento de orientación solicite a través del protocolo de derivación la participación del Equipo Específico para valorar conjuntamente la presencia de un TEA, determinar las necesidades educativas especiales y los apoyos necesarios, y tomar decisiones sobre la respuesta educativa.

La evaluación psicopedagógica tiene un enfoque interactivo y contextual. Desde el Equipo Específico ponen en marcha un proceso muy cuidadoso de valoración para responder a este carácter interactivo y contextual. Evalúan en contextos naturales, es decir, se desplazan al centro educativo en el que está escolarizado el alumno para realizar la observación del alumno/a en contextos interactivos y reales, es decir, en los distintos entornos del contexto educativo tales como aula, patio... y valorar la relación funcional entre las conductas y el contexto. Las dificultades de generalización y transferencia de los aprendizajes hacen que muchas de las destrezas funcionales de las personas con TEA sólo se pongan en juego en contextos restringidos y muy semejantes a los contextos de adquisición.

El análisis del contexto escolar les permite también definir las oportunidades reales de interacción y aprendizaje; el grado de estructura, accesibilidad y previsibilidad de los contextos (uso de claves visuales...); la percepción del profesorado (expectativas, afrontamiento, satisfacción...); el clima de convivencia (normas y rutinas consistentes...). Además, la valoración requiere aplicar las pruebas necesarias (psicométricas, lenguaje...) para valorar las capacidades cognitivas, la comunicación y el lenguaje, las competencias socioemocionales y de relación. Y pruebas específicas. La asociación americana de neurología determina que “El diagnóstico del autismo debería incluir el uso de un instrumento diagnóstico con al menos moderada sensibilidad y buena especificidad para el autismo” (AAN, 1999). De igual forma en el mundo anglosajón se pronuncia P. Howlin “debido a la variabilidad y también porque es difícil desenmarañar los problemas de interacción social, comunicación y con ritualistas y obsesivas es mejor usar herramientas o instrumentos que específicamente detectan la presencia de sintomatología autista” (Howlin, 1998).

De igual forma, se entrevistan con el equipo educativo (tutor, profesorado, apoyos y resto de profesionales pertinentes), consideran importante la valoración de aspectos curriculares y de estilo de enseñanza y aprendizaje. Y, por otra parte, se entrevistan con la familia (padre, madre) para profundizar sobre la información de la que ya disponen, determinar necesidades de apoyo (información, asesoramiento, recursos...) de la familia y avanzar en el proceso de evaluación psicopedagógica. La familia y la persona con TEA son piezas clave en el proceso, como elemento activo. Debe contarse con su participación e implicación, tanto en el proceso de valoración, como en la transmisión de información que realice el profesional al acabar el mismo.

En cualquier caso, la información y las conclusiones del proceso de evaluación se recogerán por escrito en el Informe de Evaluación Psicopedagógica que debe contener “como mínimo” la síntesis de la información relativa a datos personales, desarrollo general, aspectos relevantes del proceso de enseñanza-aprendizaje, estilo de aprendizaje,

preferencias, intereses y necesidades, demandas y circunstancias familiares, identificación de las necesidades educativas especiales, previsión de los apoyos personales, y materiales y orientaciones para la propuesta curricular.

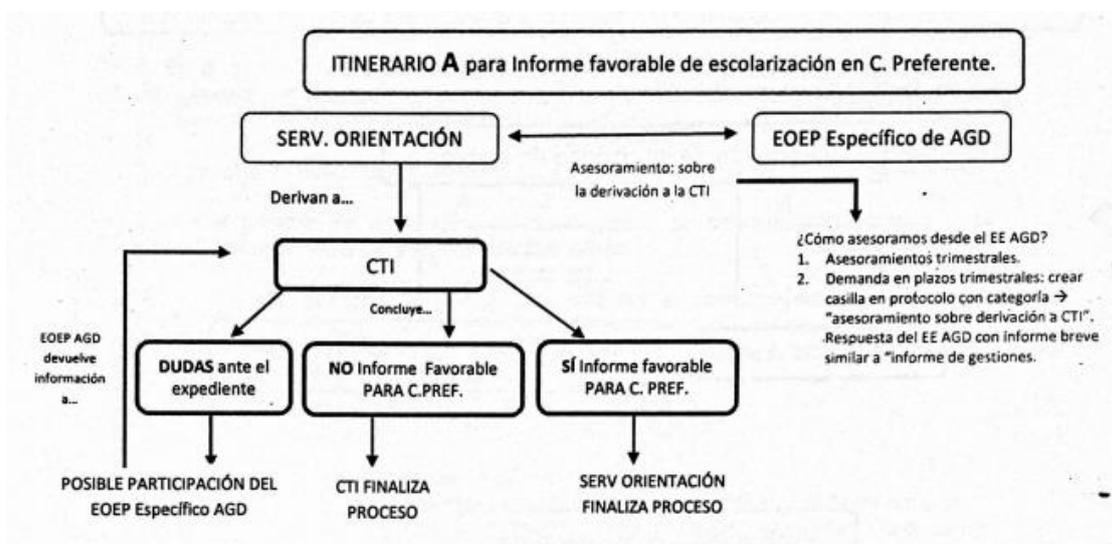
La valoración psicopedagógica debe incluir una definición precisa de las necesidades de apoyos. Delimitar, por ejemplo, la posible necesidad de recursos personales extraordinarios o la necesidad de desarrollar programas complementarios o específicos en determinados ámbitos.

La devolución que se hace del contenido del informe psicopedagógico a la familia y a los profesionales implicados debe ser comprensible, precisa y abierta a las sugerencias. El momento de la devolución entraña especial importancia ya que durante el mismo se sientan las bases que han de guiar la intervención educativa: priorización y especificación de objetivos de trabajo conjuntos, concreción de las estrategias metodológicas, organización de tiempos y espacios para garantizar la coordinación entre los diferentes profesionales, y contextos de colaboración familia-escuela, adecuación del entorno, cómo se va a responder a las necesidades de información, asesoramiento, recursos... de la familia.

Este protocolo que hemos podido consultar en la página web del Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo (<https://www.educa2.madrid.org/web/centro.eoep.alteracionesdesarrollo.madrid/profesionales-deteccion-cuestionarios>), ha cambiado durante el curso 2020-2021, aunque no aparece de manera pública en la web. Desde el 14 de octubre de 2020, el Director General de Educación Infantil y Educación Primaria de la Comunidad de Madrid establece dos tipos de demandas, las recibidas por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) TGD después del 11 de marzo de 2020, existiendo dos itinerarios posibles, y las demandas recibidas antes del 11 de marzo de 2020.

En el itinerario A de después del 11 de marzo, para informe favorable de escolarización en centro preferente TEA (fig.9), el servicio de orientación puede solicitar asesoramiento al EOEP Específico de TGD; este asesoramiento puede ser llevado a cabo de manera periódica (trimestralmente). El servicio de orientación derivará a la Comisión Técnica Interterritorial (CTI) la cual, puede presentar dudas ante el expediente, siendo posible la participación del EOEP específico, quien devolverá la información a la CTI. Puede concluir de manera no favorable para la propuesta de escolarización preferente TEA, finalizando el proceso, o puede concluir de manera favorable, siendo el servicio de orientación quien finalice el proceso.

Figura 9. Itinerario A para informe favorable de escolarización en C. preferente.

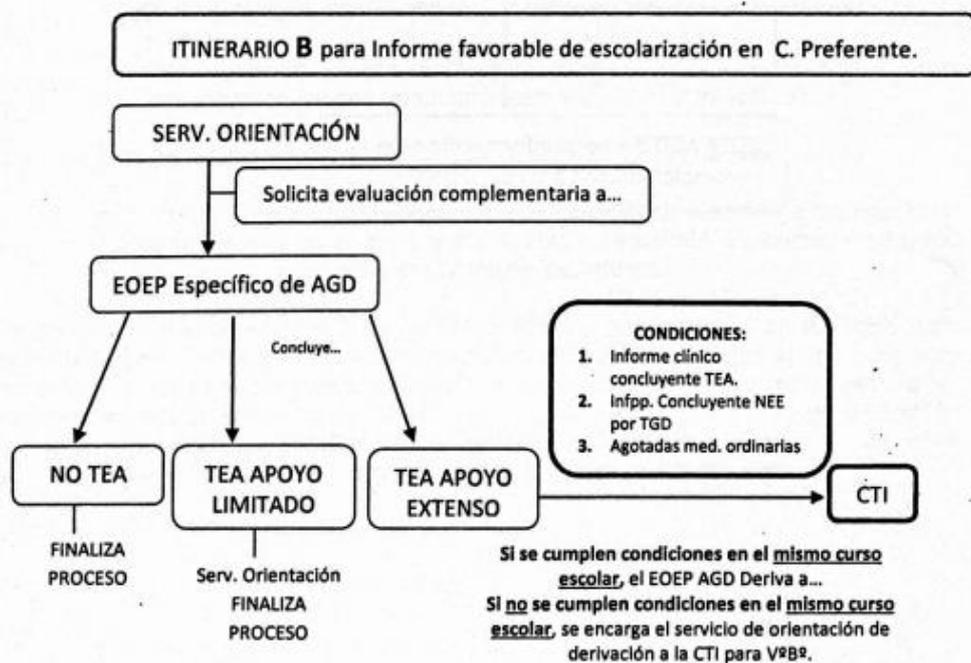


Fuente: procedimiento derivado de la carta del Director General de Ed. Infantil y Ed. Primaria con fecha 14 de octubre de 2020

(EOEP Alteraciones Graves del Desarrollo- Comunidad de Madrid).

En el itinerario B de después del 11 de marzo, para informe favorable de escolarización en centro preferente TEA (fig. 10), el servicio de orientación puede solicitar una evaluación complementaria al EOEP específico. En dicha valoración se pueden dar tres situaciones, que no sea TEA y por tanto finaliza el proceso, que sea TEA pero que requiera apoyo limitado, por lo que el servicio de orientación finaliza el proceso o, que sea TEA y precise apoyo extenso. Para que se de esta última circunstancia se han establecido tres condiciones: en primer lugar, debe existir un informe clínico concluyente TEA, en segundo lugar, debe haber un informe concluyente de Necesidades Educativas Especiales derivadas del TGD y, en tercer lugar, deben haber sido agotadas todas las medidas ordinarias. Si se cumplen las condiciones en el mismo curso escolar, el EOEP específico TGD deriva a la Comisión Técnica Interterritorial (CTI), si no se cumplen las condiciones en el mismo curso escolar, se encarga el servicio de orientación de la derivación a la CTI para el posterior visto bueno.

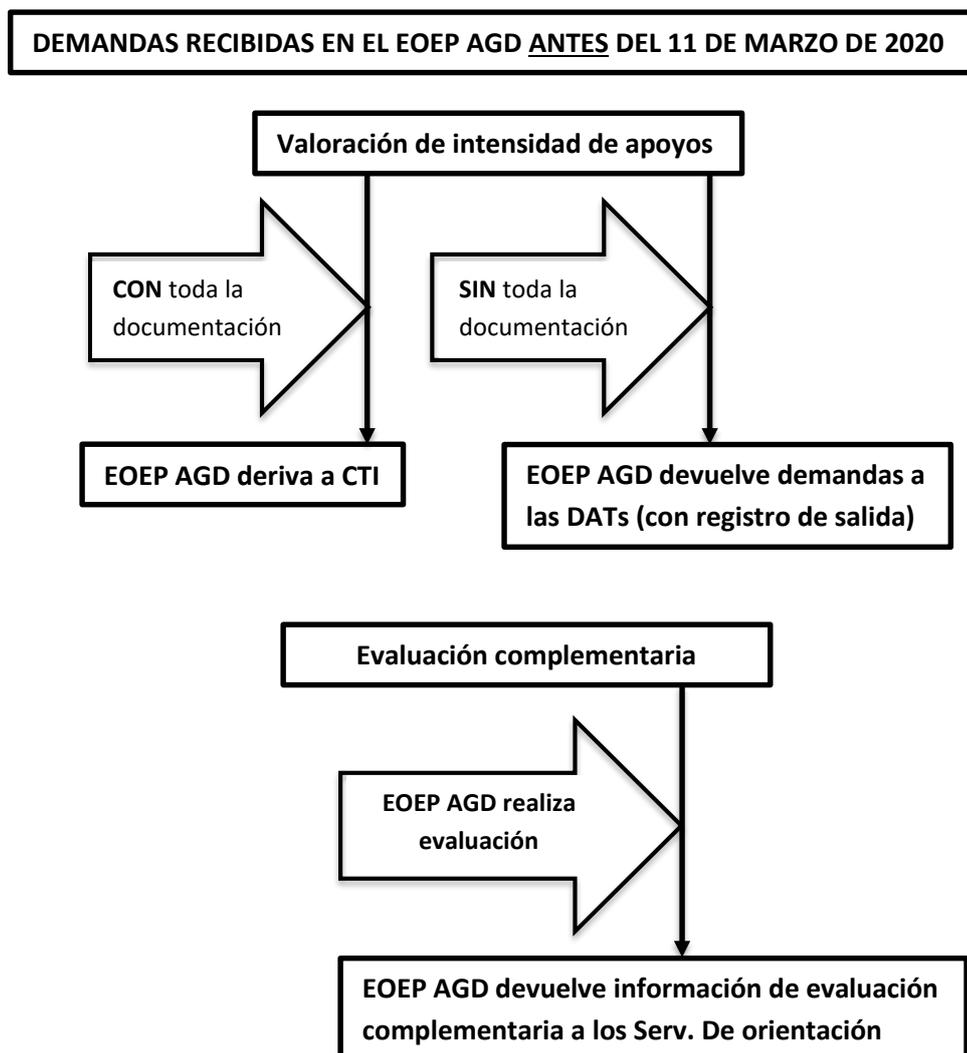
Figura 10. Itinerario B para informe favorable de escolarización en C. preferente.



Fuente: procedimiento derivado de la carta del Director General de Ed. Infantil y Ed. Primaria con fecha 14 de octubre de 2020 (EOEP Alteraciones Graves del Desarrollo- Comunidad de Madrid).

En el caso de que las demandas sean recibidas en el EOEP antes del 11 de marzo de 2020 (fig. 11), se llevará a cabo la valoración de la intensidad de apoyos requeridos, en el caso de tener toda la documentación, el EOEP derivará a la CTI; en el caso de que no se tenga toda la documentación, el EOEP TGD devolverá las demandas a las Direcciones de Área Territorial (DATS), con registro de salida. Se llevará a cabo una evaluación complementaria por parte del EOEP TGD, quien devolverá la información de la evaluación complementaria a los Servicios de Orientación.

Figura 11. Demandas recibidas en el EOEP AGD antes del 11 de marzo de 2020.



Fuente: procedimiento derivado de la carta del Director General de Ed. Infantil y Ed. Primaria con fecha 14 de octubre de 2020

(EOEP Alteraciones Graves del Desarrollo- Comunidad de Madrid).

La documentación de los expedientes debe reunir una serie de requisitos para poder efectuar la derivación a la Comisión Técnica Interterritorial: en primer lugar, debe incluirse la autorización familiar para derivar el expediente a la Comisión (Anexo V). En segundo lugar, en el apartado de conclusiones del informe de evaluación psicopedagógica debe recogerse que el alumno presenta un diagnóstico preciso de Trastorno del Espectro del Autismo, procedente del ámbito educativo y sanitario. En tercer lugar, el informe de evaluación psicopedagógica estará actualizado y, en cuarto lugar, en el informe de evaluación psicopedagógica se describen los aspectos que se consideran relevantes para la toma de decisiones: el funcionamiento del alumno en el contexto

educativo (aula de referencia, patio, comedor y otros contextos escolares. Descripción del nivel de participación en actividades habituales y tipo de ayudas que precisa), los apoyos que recibe en el centro educativo (número de sesiones, situaciones en las que recibe apoyo: dentro y/o fuera del aula y, el perfil de los profesionales de apoyo: PT, AL, profesor de apoyo a la etapa, otros), el nivel de competencia curricular en las distintas áreas/materias, significatividad de las adaptaciones curriculares individuales que precisa (áreas o materias con adaptaciones curriculares significativas), las adaptaciones metodológicas y organizativas que precisa y, la información relativa a la adopción de medidas de atención a la diversidad (permanencia en el ciclo o en la etapa, repetición de curso, modalidad ordinaria con apoyos y evolución de los apoyos).

La derivación del expediente a la Comisión Técnica Interterritorial (CTI) se realizará para alumnos escolarizados y que presenten NEE. En el supuesto de que el alumno esté escolarizado en centro educativo privado se aportará información relevante de su escolarización. Los expedientes de alumnado escolarizado en centros de Educación Especial y procedentes por traslado de otras comunidades autónomas y de otros sistemas educativos no se derivarán a la comisión. En los anexos VI, VII y VIII hemos incluido todos los protocolos de derivación según la etapa en la que se encuentre escolarizado el alumno, así como los anexos de solicitud al equipo específico (anexos IX y X).

Las valoraciones realizadas por las unidades médicas incluyen una evaluación fisiológica (estudios genéticos, pruebas electrofisiológicas...) y una evaluación cognitiva, en la que evalúan entre otros aspectos la inteligencia, la teoría de la mente y las funciones ejecutivas. Según el artículo de Hervás (2012), existen diferentes niveles de valoración siendo el primer nivel la **vigilancia evolutiva del niño**, el segundo nivel, la **detección específica de TEA**, en la cual ya es común utilizar el cuestionario para el autismo en niños pequeños (M-CHAT) y el test infantil del síndrome de Asperger (CAST), además es común incluir pruebas clínicas, como la audiometría o analíticas específicas. En el tercer nivel, nos encontramos la **valoración diagnóstica de TEA**, los aspectos fundamentales incluidos en una evaluación diagnóstica de TEA son los siguientes: Evaluación médica y neurológica amplia. Se debe buscar la existencia de alteraciones en el desarrollo o regresiones evolutivas a cualquier edad, identificar cualquier encefalopatía, crisis epilépticas, problemas con el sueño o la comida. Historia familiar, examen físico y neurológico, incluyendo el perímetro cefálico, examen general de salud, un examen del estado mental, el cual incluye *la evaluación de las interacciones sociales, del juego, del lenguaje, de la función comunicativa y de su conducta*; un examen de la motricidad (fina y gruesa); pruebas específicas para el autismo entre las que destacan ADI-R y ADOS; estudios metabólicos, genéticos, electrofisiológicos y neuroimagen. Además de todo lo señalado insiste Hervás en que es necesario llevar a cabo evaluaciones específicas para determinar el perfil evolutivo entre las que se encuentran: evaluaciones del habla, el lenguaje y la comunicación (test Peabody, Escala Reynell

y el instrumento de evaluación de capacidades comunicativas ACACIA), evaluación cognitiva (WISC, WAIS, WIPSSI, K-ABC), teoría de la mente (Historias Sociales de F. Happe 1994, TOM Test Muris 1999, Test de los Ojos Baron-Cohen 1999), teoría de la coherencia central, funciones ejecutivas (Wisconsin Card Sorting Test WCST-64, Tower of London), el juego (Costello Symbolic Playtest), evaluación de la conducta adaptativa (escalas de conducta adaptativa de Vineland), evaluación síntomas psicopatología general (escalas de Achenbach Child Behaviour Check list para padres y Teacher Report Form).

Según la memoria de actividad del programa AMI-TEA 2018, la evaluación es realizada por uno de los cinco psiquiatras asignados al programa (uno a tiempo completo y los demás a tiempo parcial). En la primera visita se realiza: confirmación del diagnóstico TEA, evaluación psiquiátrica, evaluación médica general completa y, organización del seguimiento y derivaciones oportunas.

2.2. Diseño de la investigación

2.2.1. Instrumentos, cuestionarios (metodología de encuesta)

2.2.1.1. Planteamiento de los objetivos de la investigación

Como comentábamos anteriormente, dada la diversidad funcional que se ha observado en este tema, nuestro propósito será analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto desde el punto de vista pedagógico como en el clínico, para confluir ambos en una propuesta uniforme, debidamente estructurada, con un carácter eminentemente práctico. Los dos objetivos generales a los que pretendemos dar respuesta son los siguientes:

- *estudiar el procedimiento diagnóstico que se sigue ante la sospecha de TEA en un sujeto y,*
- *elaborar una alternativa de diagnóstico unificada, realizada por equipos multidisciplinares.*

El primero de estos objetivos nos lleva a plantear los siguientes *objetivos específicos*:

- Identificar las áreas afectadas en los sujetos con TEA,
- Conocer la perspectiva que adoptan los profesionales al realizar los procedimientos de valoración,

- Analizar los protocolos de diagnóstico que han seguido los distintos profesionales (equipos) en virtud de las áreas afectada y,
- Valorar si con el proceso diagnóstico se da respuesta a las necesidades tanto a los propios sujetos afectados como a sus familias.

Y los siguientes objetivos operativos, que nos facilitarán el desarrollo de la investigación:

- Identificaremos el marco teórico de las áreas afectadas en las personas con Trastorno del Espectro del Autismo,
- Analizaremos el proceso diagnóstico tanto del marco pedagógico como del clínico,
- Valoraremos como viven el proceso diagnóstico las familias de personas con autismo,
- Determinando la efectividad de los procesos de valoración.

En cuanto al segundo de los objetivos (ofrecer una alternativa de diagnóstico), podremos especificarlo del modo siguiente:

- Categorizar los perfiles profesionales encargados de realizar el proceso diagnóstico tanto en el marco pedagógico como en el clínico.

El cual se operativiza señalando que se van a ...

- Establecer las pautas a seguir ante la sospecha de autismo y,
- Generar un protocolo común para centros educativos y centros sanitarios (pruebas, pautas de coordinación, elaboración de los informes diagnósticos...).

Para alcanzar estos objetivos anteriormente descritos, vamos a trabajar una serie de contenidos que nos ayudarán a alcanzarlos entre los que destacamos en primer lugar los estudios teóricos tanto de las áreas afectadas en las personas con autismo como los protocolos que se llevan a cabo para efectuar las evaluaciones, tanto en el ámbito clínico como en el ámbito educativo. Una vez conocidos los aspectos teóricos se elaborarán las encuestas o cuestionarios tanto para los profesionales (educativos y sanitarios) como para las familias.

2.2.1.2. Estructura

Los instrumentos a emplear serán tres cuestionarios, que se remitirán a las muestras seleccionadas. Cada uno responde a unas características específicas, en virtud de la descripción señalada con anterioridad, las cuales vamos a recoger en la siguiente tabla:

Tabla 49. Estructura de los cuestionarios.

	Familias	Prof. educativos	Prof. sanitarios
Sección 1 Datos personales	3 ítems	6 ítems	6 ítems
Sección 2 Proceso diagnóstico	15 ítems	24 ítems	24 ítems

Fuente: elaboración propia.

El cuestionario de profesionales, tanto educativos como sanitarios, tiene la misma estructura. Está dividido en dos partes, en la primera parte, titulada datos personales en la que solicitamos el correo electrónico, para poder informar de la evolución de la investigación, el nivel de estudios del profesional, los años de experiencia, el perfil profesional, los ámbitos de trabajo y servicios en los que tiene experiencia. En esta primera parte tratamos de identificar el perfil de profesionales que actualmente están diagnosticando a los alumnos.

En la segunda parte, titulada procedimiento diagnóstico, incluimos una primera pregunta para verificar si el profesional que está contestando realmente posee los criterios de inclusión al trabajar con personas con autismo. El resto de ítems tienen como objetivo analizar las diferentes fases del proceso diagnóstico: derivación, recogida de datos, proceso de exploración, elaboración del informe y coordinación con otros especialistas entre otras. Con esta segunda parte tratamos de analizar si todos los profesionales siguen un mismo procedimiento, así como las pruebas utilizadas. Ver Cuestionario en Anexo III.

El cuestionario de familiares también se encuentra dividido en datos personales y proceso diagnóstico. En este caso en el primer apartado, tratamos de conocer la vinculación con la persona con autismo (grado de parentesco) así como la edad del sujeto y la modalidad de escolarización en la que se encuentra.

En el apartado de proceso diagnóstico, comenzamos preguntando por la persona que detectó los primeros síntomas, para analizar si realmente los profesionales conocen las características más significativas del trastorno, tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito educativo. Posteriormente preguntamos por el propio proceso diagnóstico en sí y si ha cubierto las necesidades tanto del propio sujeto como de la familia. Hemos considerado relevante incluir en este apartado el seguimiento que tienen los sujetos con TEA por parte de psiquiatría, neurología, psicología y terapias externas especializadas. Ver Cuestionario en Anexo IV.

2.2.1.3. Validación de los instrumentos

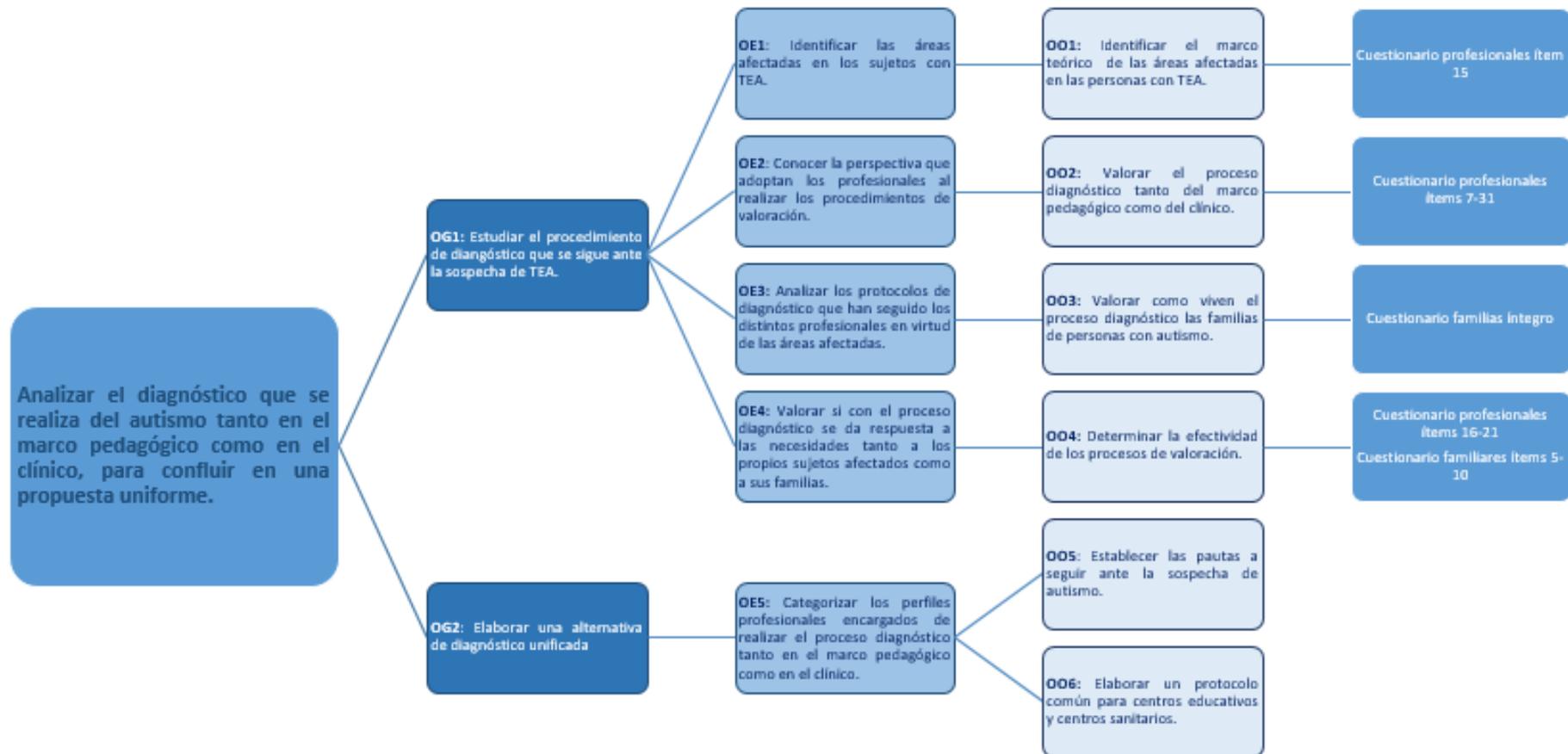
El desarrollo de un cuestionario o instrumento de medición es un proceso laborioso y complejo y requiere la comprobación de su utilidad antes de su aplicación. Para valorar la adecuación de los instrumentos en nuestra investigación, tomaremos en consideración la fiabilidad y validez de los mismos.

Validez

La validez de un instrumento se refiere a su capacidad para medir aquello para lo que ha sido diseñado.

Estudiamos su Validez lógica o aparente, que se refiere al grado en que parece que un cuestionario mide lo que quiere medir a juicio de los expertos y de los propios sujetos. En nuestro caso se ha cuidado su elaboración, contrastando debidamente en la prueba piloto. No obstante, además, establecemos la Validez de contenido, como la confianza que el instrumento nos ofrece de estar midiendo aquellos elementos que realmente buscamos medir para el logro de nuestros objetivos, como puede apreciarse en la figura 12 que presentamos a continuación.

Figura 12. Relación objetivos-cuestionarios.



Fuente: elaboración propia.

Los cuestionarios son instrumentos diseñados para medir una serie de parámetros que, en muchas ocasiones, son conceptos (constructos) que no siempre resultan directamente observables. Siguiendo a Arribas (2004), un cuestionario válido, como todo instrumento de medición, debe reunir las siguientes características:

- Ser sencillo, viable y aceptado por pacientes, usuarios e investigadores (viabilidad).
- Ser fiable y preciso, es decir, con mediciones libres de error (fiabilidad).
- Ser adecuado para el problema que se pretende medir (validez de contenido).
- Reflejar la teoría subyacente en el fenómeno o concepto que se quiere medir (validez de constructo).
- Ser capaz de medir cambios, tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo (sensibilidad al cambio).

Una vez elaborados los instrumentos para la recogida de datos los hemos sometido a un juicio de expertos, según Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones.

La metodología para llevar a cabo esta técnica puede ser variada (método de agregados individuales, de grupo nominal, de consenso grupal, ...). Para la validación de los cuestionarios propuestos en este trabajo de investigación se ha elegido el método de agregados individuales, mediante el cual se solicita a cada experto de forma individual que dé una estimación directa de cada uno de los ítems de los cuestionarios, con la ventaja de que no es necesario formalizar una reunión de los expertos participantes.

La selección de las personas que van a formar parte del juicio de expertos, así como el número de participantes son dos aspectos claves de este proceso. Según Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento; sin embargo, la decisión sobre qué cantidad de expertos es la adecuada varía entre autores. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997) y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de dos hasta 20 expertos, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que diez brindarían una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento. Como podemos apreciar, no existe uniformidad en este criterio. Por tanto, el cuestionario de este trabajo de investigación se ha sometido a un juicio de 18 expertos, los cuales han sido seleccionados en base a su formación académica y su experiencia laboral- profesional. Estas personas han sido:

1. Dña. Diana Palomillo Herranz, Licenciada en Pedagogía y Graduada en Psicología. Orientadora educativa en centro concertado de la Comunidad de Madrid.

2. Dña. Élide Lorenzo García. Licencia en Psicología. Orientadora educativa en el EOEP Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo durante 23 años.
3. Dña. Esther Vela Llauro, Licenciada en Psicopedagogía y maestra de Educación Especial. En la actualidad profesora de los grados de Educación Infantil y Primaria en la Universidad Francisco de Vitoria durante 4 años y 10 años como tutora de aula en centros de Educación Especial.
4. D. Guzmán Pisón del Real, Doctor por la Universidad Complutense de Madrid con experiencia en las áreas de Logopedia, Neuropsicología y Orientación educativa durante 18 años.
5. Dña. M^a Rosa Perteguer Barrio, Médico Psiquiatra con 8 años de experiencia. En la actualidad trabaja con pacientes con Trastorno mental grave y Trastorno del Espectro del Autismo de entre 12 y 18 años, realizando el proceso diagnóstico y el tratamiento psicoterapéutico con el paciente y sus familias (grupal e individual), así como tratamiento farmacológico
6. Dña. Marisa Angulo de Defago, Licenciada en Educación Inicial (Universidad de Piura, Perú), Postgrado en NEE, inclusión y espectro autista (Flacso Argentina en convenio con la U. Autónoma de Madrid), Master en Integración Sensorial y aprendizaje (UNIR), Diplomado en dislexia (London University), curso de ABA (ABA España asociada a Association for Behavior Analysis International) y Master en Psicopedagogía. Comenzó a trabajar hace 17 años como profesora de Inicial y hace 14 empezó a trabajar en NEE debido a que su hijo menor fue diagnosticado con TEA.
7. Dña. Isabelle Monfort Juárez, Licenciada en Psicología, terapeuta en el Centro Entender y Hablar, con 25 años de experiencia.
8. Dña. María José Mudarra Sánchez, Doctora en Ciencias de la Educación en la Facultad de Educación de la UNED con más de 15 años de experiencia.
9. Dña. María José Ucendo Ucendo, Diplomada en Magisterio de Educación Especial y Licenciada en Psicopedagogía, actualmente directora del CEE Leo Kanner, con 16 años de experiencia. Sus áreas de experiencia son como tutora de aula, intervención directa (terapias), docente de escuela de formación y como equipo técnico.
10. Dña. María Soledad Alonso Cerezuela, Licenciada en Psicología, actualmente docente en la Universidad San Pablo CEU, además también tiene experiencia en la dirección de servicios sociales, intervención con personas con TEA, asesoramiento a sus familias, docente y formadora, con 21 años de experiencia.
11. Dña. Laura Hijosa Torices, Licenciada en Psicología. Actualmente es la psicóloga del CEE Leo Kanner. Sus áreas de experiencia son orientación y asesoramiento de familias, docente de escuela de formación y como equipo técnico durante 12 años.

12. Dña. M^a Ángeles Villanueva González, Licenciada en Ciencias de la Educación y Diplomada en Magisterio. Posee 34 años de experiencia en centros de Educación Especial.
13. Dña. Begoña García Domingo, Doctora en Psicología. Actualmente es profesora ayudante doctora en la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid. Cuenta con 21 años de experiencia en docencia e investigación en el ámbito de la Psicología aplicada a contextos educativos formales y no formales.
14. Asociación SUMANDO. Equipo de profesionales (pedagogos y psicólogos) con más de 10 años de experiencia en terapias directas en contextos naturales, en gabinetes y como supervisores de distintos casos dentro de un equipo multidisciplinar.
15. Dña. Silvia García Tramon, Diploma en Pedagogía Terapéutica y master en Atención Temprana. Posee una experiencia de 9 años en la Fundación Erik Lovaas para autismo.
16. D. Miguel Rey Provencio, Licenciado en Psicología. Sus áreas de experiencia son como orientador en el colegio ALEPH-TEA de educación especial específico de TEA y terapeuta de atención temprana de niños con TEA los últimos 4 años.
17. Dña. Irene López Díaz, Licenciada en Psicología, especializada en TEA. Posee 15 años de experiencia en orientación educativa en centro específico para personas con TEA y en centro de día específico para personas con TEA, formadora y consultora sobre apoyo conductual positivo en familias con miembros con TEA y apoyo en contexto natural a personas con TEA y sus familias. Actualmente desempeña su labor profesional en la Asociación PAUTA y PLENA INCLUSIÓN.
18. Dña. Raquel López Carrasco, Licenciada en Psicología, Doctora en Pedagogía, Máster en Pedagogía Terapéutica, Máster en Logopedia clínica y escolar y Máster en Psicopedagogía. Posee una experiencia de 16 años en atención a la diversidad, género, audición y lenguaje, orientación académica y laboral y, actualmente desempeña su labor profesional como orientadora de Formación Profesional Básica y Coordinadora del Departamento de Orientación.

A estas personas se les ha facilitado un dossier con información suficiente para explicarles el contexto de la investigación, propósito general y objetivos. Asimismo, se les ha facilitado las instrucciones y plantillas pertinentes para llevar a cabo la prueba. Este documento se recoge en el Anexo I, donde también se adjunta el cuestionario que se ha pasado a los jueces, en el cual se explican tanto las dimensiones como los indicadores que están midiendo cada uno de los ítems de la prueba y el enlace para poder consultar el cuestionario a evaluar. Este cuestionario le permite a cada juez valorar la relevancia y pertinencia de cada ítem. Una vez cumplimentado el cuestionario, deben hacérselo llegar vía email para su posterior análisis. Es necesario reseñar

que algunos de estos expertos, por sus comentarios, solamente leyeron el cuestionario a cumplimentar, no accediendo a los enlaces ni contestando a la validación de los dos cuestionarios. A continuación, se describen y analizan los resultados obtenidos tras pasar el cuestionario a los jueces expertos. Vamos a presentar tres datos en cada ítem: la relevancia, la pertinencia y la redacción. Consultando la RAE, obtenemos una primera aproximación de los términos; la relevancia se trata de la *cualidad o condición de relevante, importancia, significación*; en una investigación se aplica para hacer referencia a todo aquello que resulte destacable, significativo. Se trata de un concepto relativo en cuanto a su valoración, ya que lo que para un sujeto puede ser relevante, para otro puede no serlo.

La pertinencia es la *cualidad de pertinente o pertenencia*. Se trata de un criterio fundamental para la elaboración de una investigación, un proyecto, etc., debido a que establece el grado de necesidad e importancia del proyecto dentro del campo o disciplina en que se desarrolla, así como su adecuación e idoneidad para la realidad en que será aplicado.

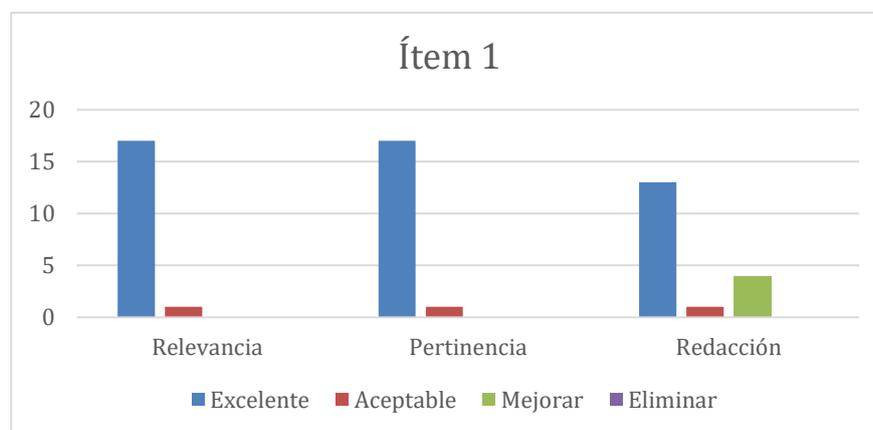
Por último, el término de redacción hace referencia al propio *acto de redactar*. En este sentido la redacción de cualquier documento, y mucho más en un texto científico, debe ser precisa, clara y breve, comunicando eficazmente los resultados de una investigación científica.

Para detallar el análisis que a continuación vamos a realizar, hemos calculado los porcentajes de respuesta considerando la totalidad de respuestas de los expertos (18) como el 100%.

Vayamos con el análisis de los diferentes cuestionarios:

- A) Cuestionario de profesionales:
 - Ítem 1. Formación:

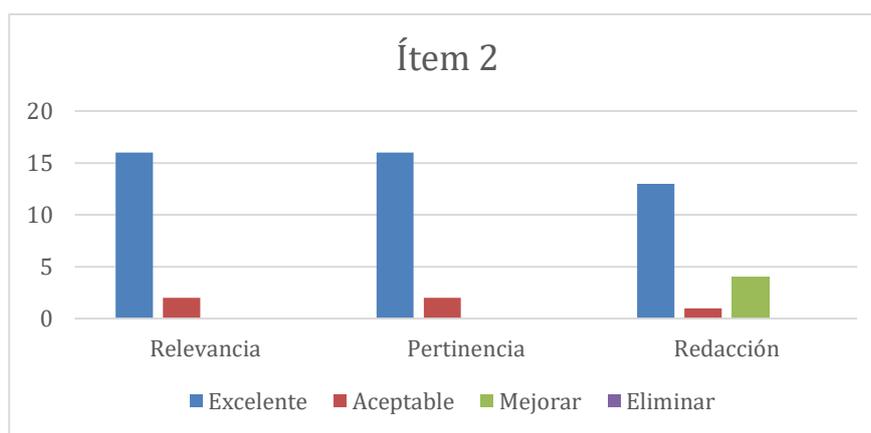
Figura 13. Valoración del ítem 1 profesionales.



Se obtiene una valoración del 94.4% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 72,2%. Una observación realizada ha sido “*indicar el máximo nivel alcanzado u ofertar un listado de categorías educativas*”. Así pues, se propone la siguiente mejora del ítem: indicar el máximo nivel alcanzado.

- Ítem 2. Años de experiencia:

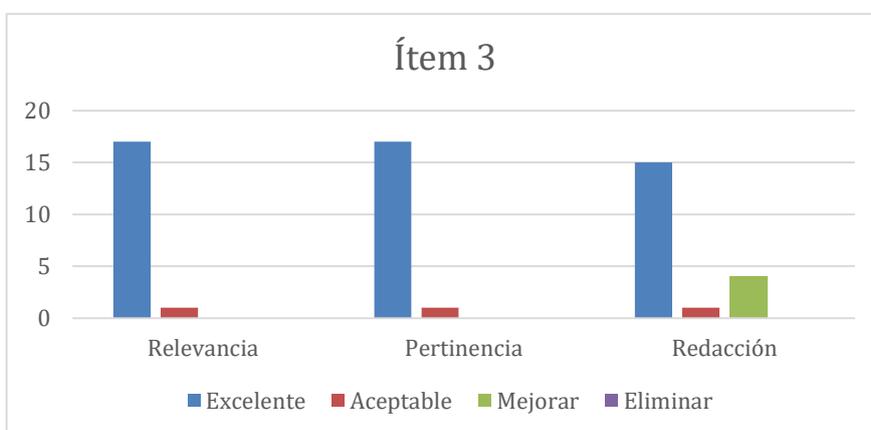
Figura 14. Valoración del ítem 2 profesionales.



Se obtiene una valoración del 88.8% en relevancia y pertinencia, disminuyendo levemente en la redacción al 83.3%. Como observaciones, se hace referencia a que se especifiquen los años de experiencia en general y/o experiencia en diagnóstico a personas con TEA. Se propone la siguiente mejora del ítem: indicar los años de experiencia en evaluación y diagnóstico a personas con TEA.

- Ítem 3. Perfil profesional:

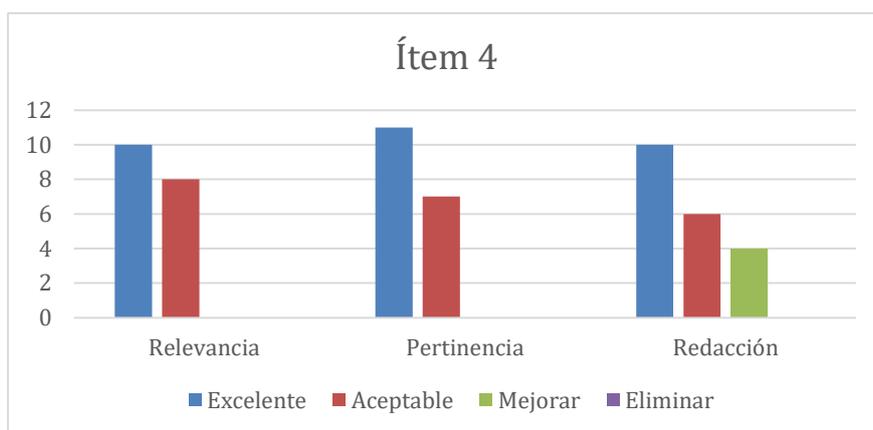
Figura 15. Valoración del ítem 3 profesionales.



Se obtiene una valoración del 94.4% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 55.5%. Como observaciones, se hace referencia a que pueden existir varios perfiles. Por ello se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el formato para que se puedan señalar varias opciones.

- Ítem 4. Lugar actual de trabajo:

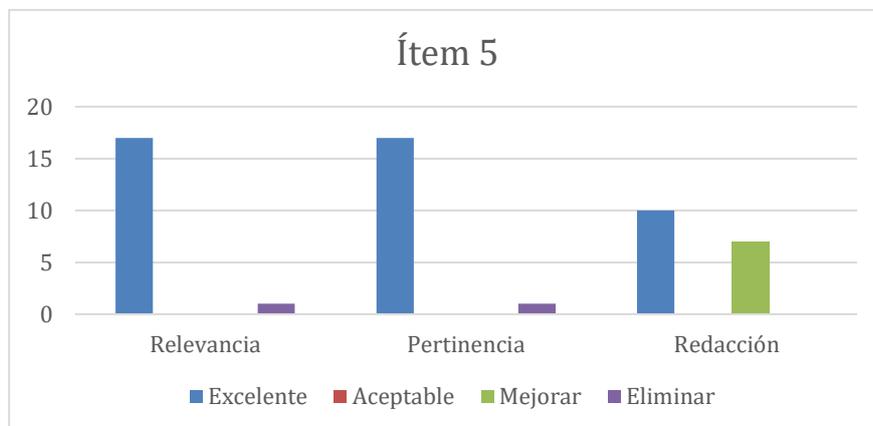
Figura 16. Valoración del Ítem 4 profesionales.



Se obtiene una valoración del 55.5% en relevancia, un 61.1% en pertinencia y un 50% en la redacción. Como observaciones, se hace referencia a que los profesionales pueden tener más de un puesto o función y que se no se refiera a puesto de trabajo sino a ámbito. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar la redacción para que se establezcan los ámbitos de trabajo en los que tiene experiencia el profesional (clínico, educativo, socio-sanitario y psicosocial), modificar el formato para que se puedan señalar varias opciones y desdoblarse la pregunta actual quedando por un lado los ámbitos o por otro lado los servicios en los que pueden tener experiencia.

- Ítem 5. En su ámbito de actuación ¿tiene pacientes/alumnos con TEA?

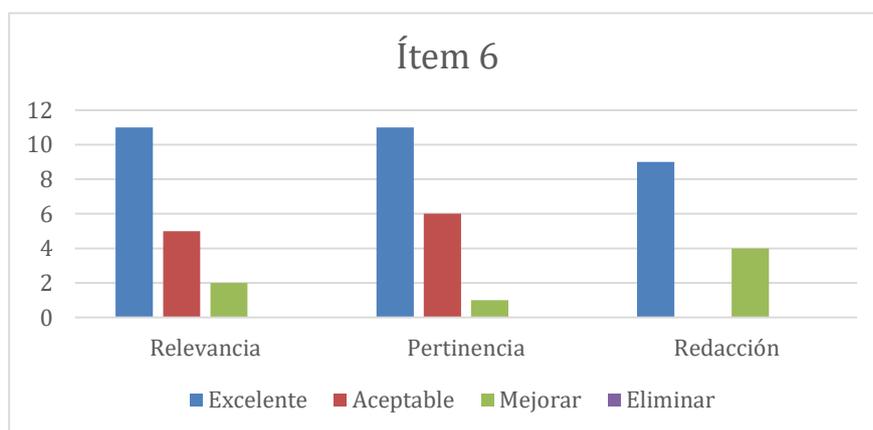
Figura 17. Valoración del ítem 5 profesionales.



Se obtiene una valoración del 94.4% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 55.5%. Como observaciones, se hace referencia a la terminología utilizada para referirse al término paciente/alumno. Por ello se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el término a " persona " con TEA quedando: en su ámbito de actuación, ¿trabaja con personas con TEA?

- Ítem 6. ¿Cuántos pacientes/alumnos tiene con autismo?

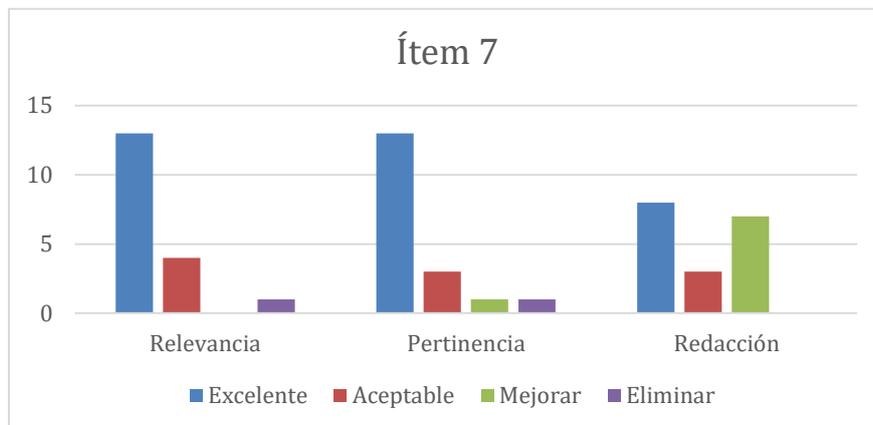
Figura 18. Valoración del ítem 6 profesionales.



Se obtiene una valoración del 61.1% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 50%. Como observaciones, se hace referencia a que se incluya la anotación en la actualidad y que al término pacientes/alumnos. Por ello se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado: en su experiencia, ¿a cuantas personas con TEA ha tratado?

- Ítem 7. Sus pacientes/alumnos, ¿en qué tipo de centro están escolarizados?

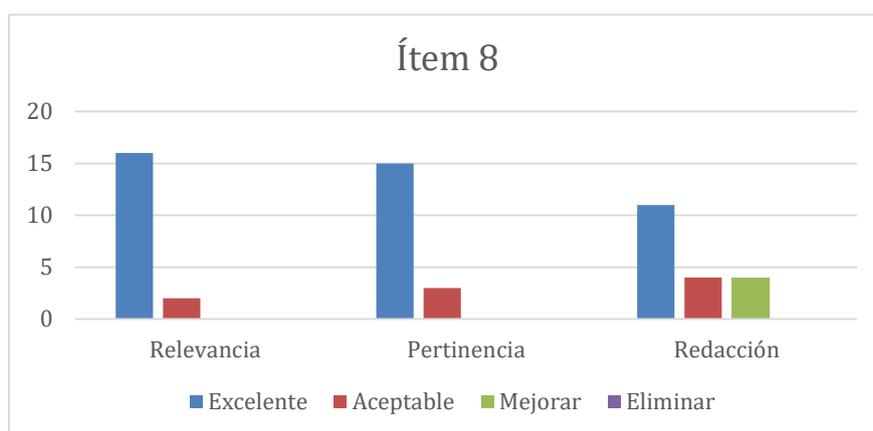
Figura 19. Valoración del ítem 7 profesionales.



Se obtiene una valoración del 72.2% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 44.4%. Como observaciones, se hace a la terminología utilizada para nombrar al sujeto con TEA y la posibilidad de existir varias modalidades de escolarización. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el formato para que se puedan señalar varias opciones y modificar el enunciado a: las personas con TEA que trató, ¿qué tipo de modalidad de escolarización tienen?

- Ítem 8. ¿Qué edad tienen los sujetos en la mayoría de los diagnósticos que realiza?

Figura 20. Valoración del ítem 8 profesionales.

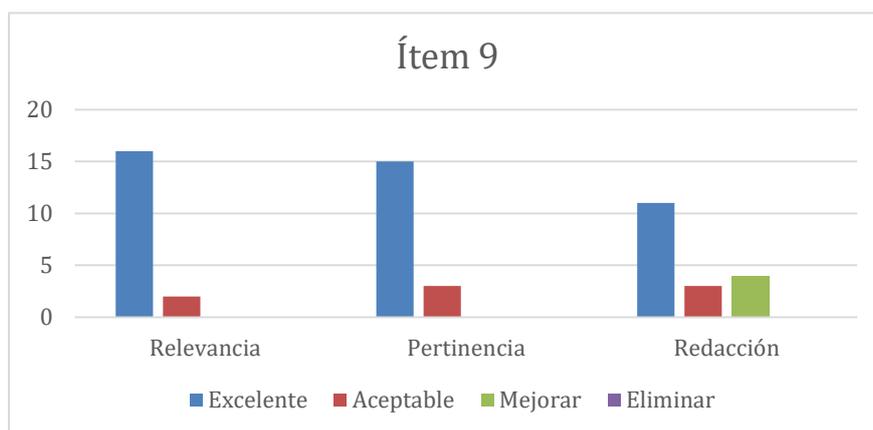


Se obtiene una valoración del 88.8% en relevancia, un 83.3% en pertinencia, disminuyendo en la redacción al 61.1%. Como observaciones, se hace referencia a que pueden existir varios rangos

de edad. Por ello se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el formato para que se puedan señalar varias opciones.

- Ítem 9. ¿De qué agente recibe mayor número de solicitudes de diagnóstico?

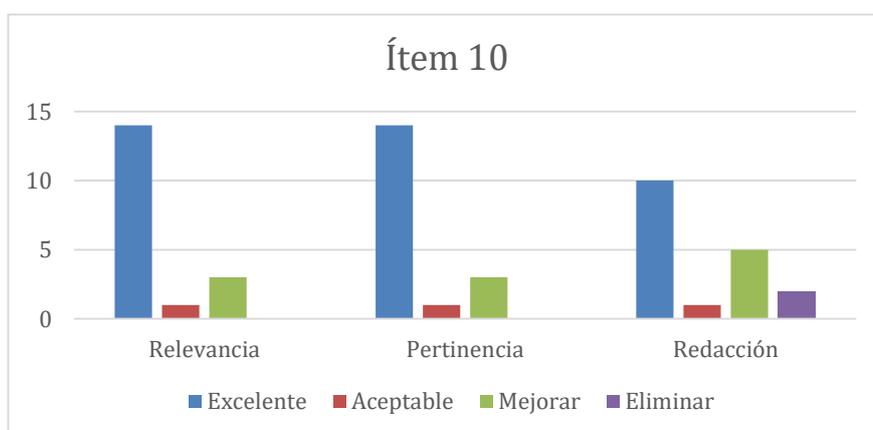
Figura 21. Valoración del ítem 9 profesionales.



Se obtiene una valoración del 88.8% en relevancia, un 83.3% en pertinencia, disminuyendo en la redacción al 61.1%. Como observaciones, se hace referencia a que pueden existir varios rangos de edad. Por ello se propone la siguiente mejora del ítem: incluir el término servicio.

- Ítem 10. Señale en qué porcentaje de casos dispone de la siguiente información antes de iniciar el proceso diagnóstico:

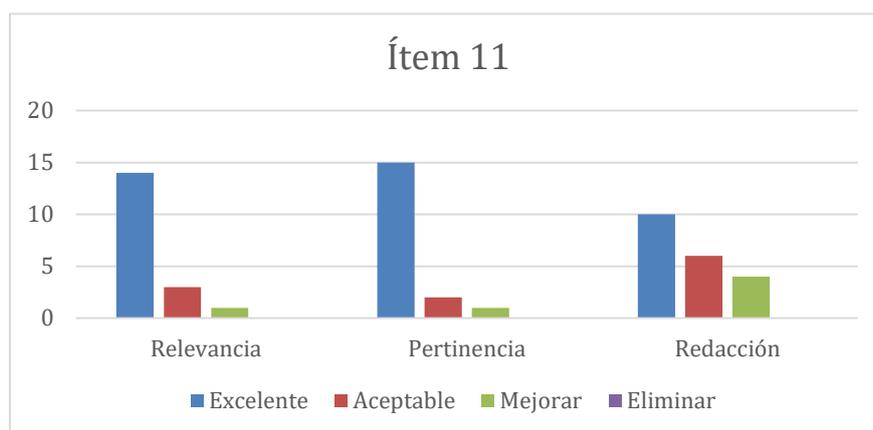
Figura 22. Valoración del ítem 10 profesionales.



Se obtiene una valoración del 77.7% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 55.5%. Como observaciones, se hace referencia a que es complicado medir el porcentaje. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el formato incluyendo escala Likert.

- Ítem 11. ¿Qué importancia asigna a los siguientes objetivos al comenzar el proceso diagnóstico?

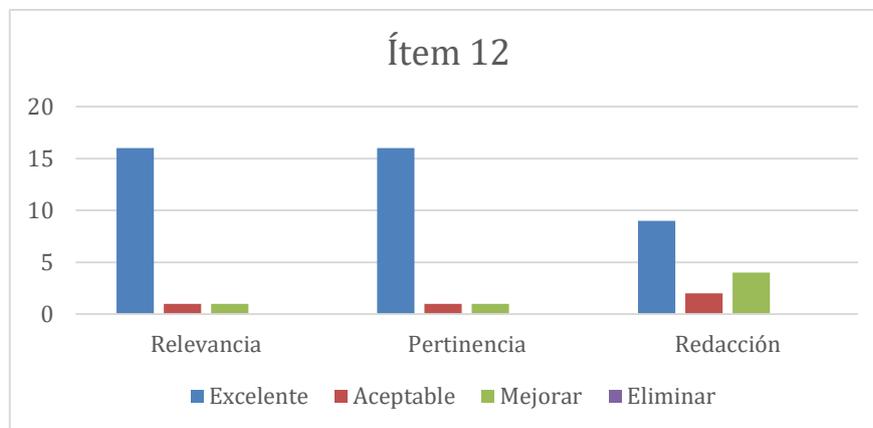
Figura 23. Valoración del Ítem 11 profesionales.



Se obtiene una valoración del 77.7% en relevancia, un 83.3% en pertinencia, disminuyendo en la redacción al 55.5%. Como observaciones, se hace referencia a que es confusa la pregunta, pero se aprecia en las respuestas que no han consultado el enlace del cuestionario para poder verificar los objetivos. Este ítem no se modifica, manteniéndose, por tanto, su redacción inicial, al no realizarse ninguna observación con trascendencia significativa para la definición del ítem.

- Ítem 12. Describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar un proceso de diagnóstico de TEA, desde la adopción del marco teórico hasta la entrega del informe:

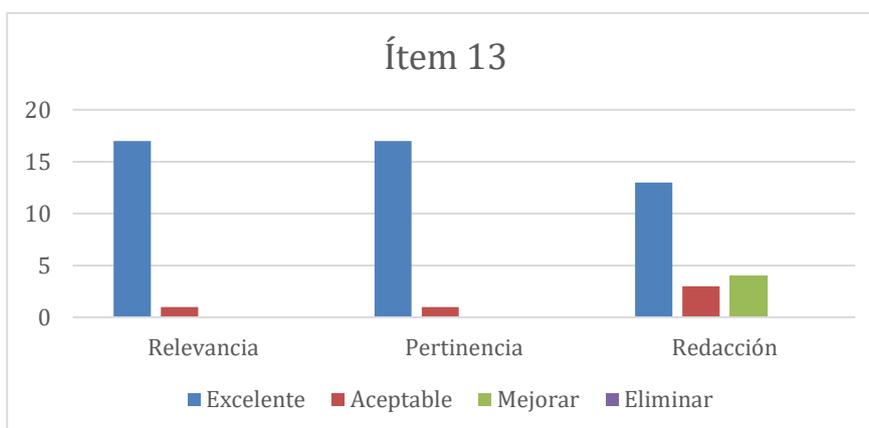
Figura 24. Valoración del ítem 12 profesionales.



Se obtiene una valoración del 88,8% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 50%. Como observaciones, se hace referencia a que no se concrete el marco teórico para no sesgar la información. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado: por favor describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar un proceso diagnóstico de TEA.

- Ítem 13. Señale la importancia que otorga a las siguientes áreas de exploración en el proceso diagnóstico de TEA:

Figura 25. Valoración del ítem 13 profesionales.

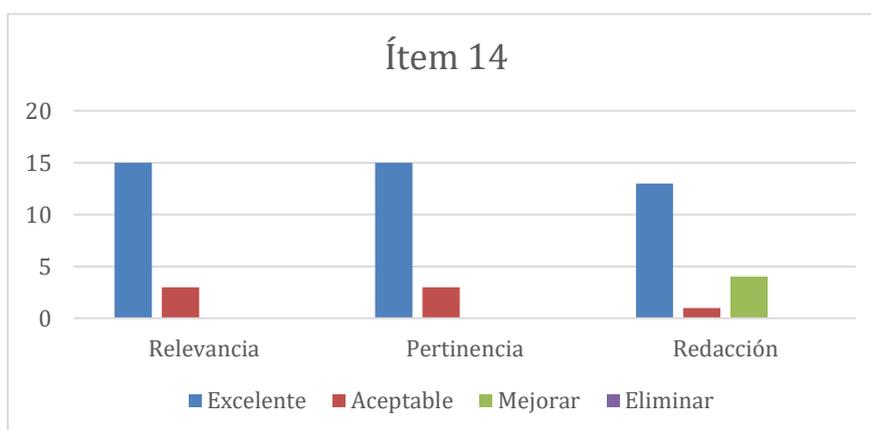


Se obtiene una valoración del 94,4% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 72,2%. Como observaciones, se hace referencia a que es confusa la pregunta, pero se aprecia

en las respuestas que no han consultado el enlace del cuestionario para poder verificar los objetivos. Este ítem no se modifica, manteniéndose, por tanto, su redacción inicial, al no realizarse ninguna observación con transcendencia significativa para la definición del ítem.

- Ítem 14. Señale la frecuencia con la que utiliza los siguientes procedimientos de recogida de información:

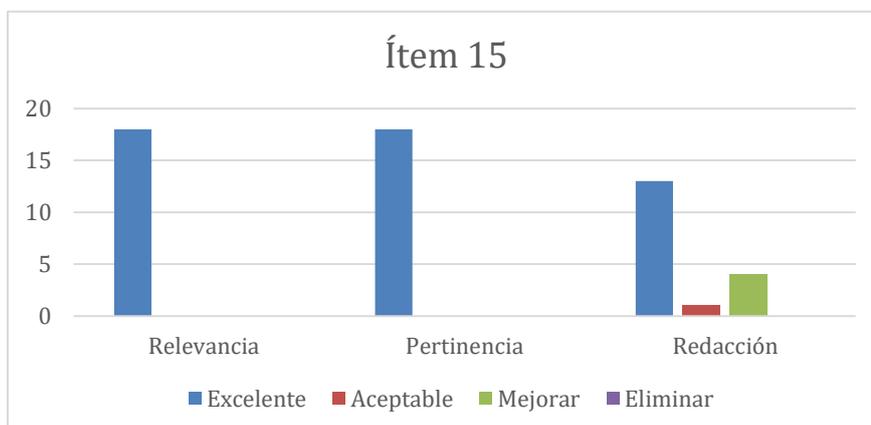
Figura 26. Valoración del ítem 14 profesionales.



Se obtiene una valoración del 83,3% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 72,2%. Como observaciones, se hace referencia a que es confusa la pregunta, pero se aprecia en las respuestas que no han consultado el enlace del cuestionario para poder verificar los objetivos. Se sigue el mismo planteamiento que en los ítems anteriores.

- Ítem 15. Especifique que pruebas estandarizadas del amplio espectro suele emplear:

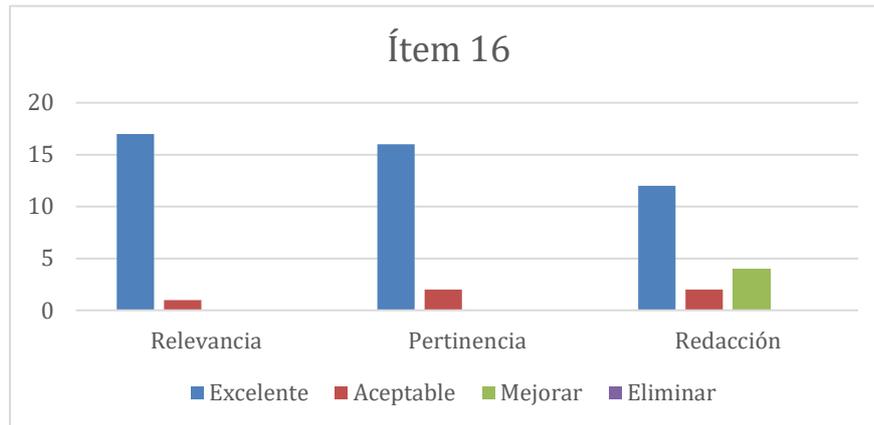
Figura 27. Valoración del ítem 15 profesionales.



Se obtiene una valoración del 100% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 72,2%. Como observaciones, se recomienda utilizar otras estrategias para cuantificar la respuesta. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el formato incluyendo escala Likert.

- Ítem 16. Especifique que pruebas estandarizadas específicas suele emplear:

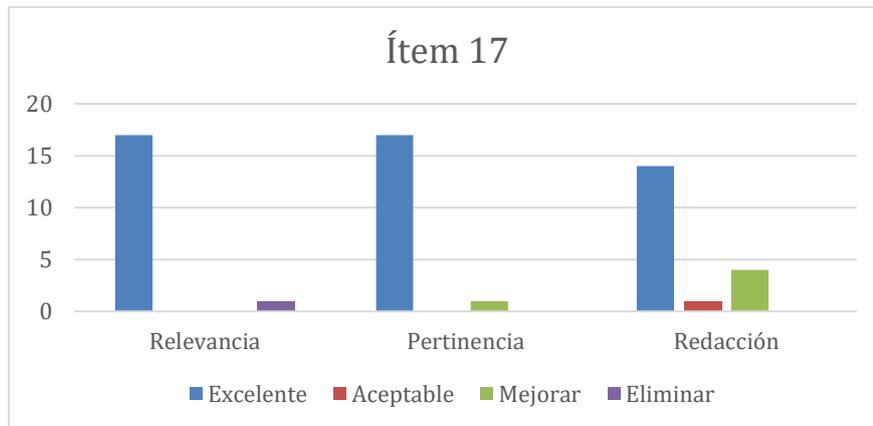
Figura 28. Valoración del ítem 16 profesionales.



Se obtiene una valoración del 94,4% en relevancia, un 88,8% en pertinencia y un 66,6% en la redacción. Como observaciones, se recomienda utilizar otras estrategias para cuantificar la respuesta, pero nuestro objetivo con esta pregunta es no influir en citar una relación de pruebas que creemos que no todos los especialistas conocen. Por ello, se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el formato incluyendo escala Likert.

- Ítem 17. Especifique que pruebas estandarizadas específicas de TEA suele emplear:

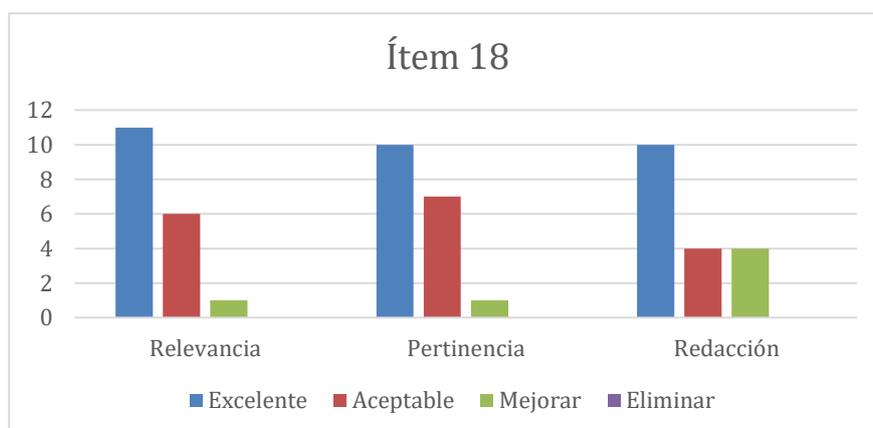
Figura 29. Valoración del ítem 17 profesionales.



Se obtiene una valoración del 94,4% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 77,7%. Como observaciones, se recomienda utilizar otras estrategias para cuantificar la respuesta, pero nuestro objetivo con esta pregunta es no influir en citar una relación de pruebas que creemos que no todos los especialistas conocen. Por ello, se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado haciendo más clara la distinción en pruebas estandarizadas específicas para autismo.

- Ítem 18. ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias de análisis de información?

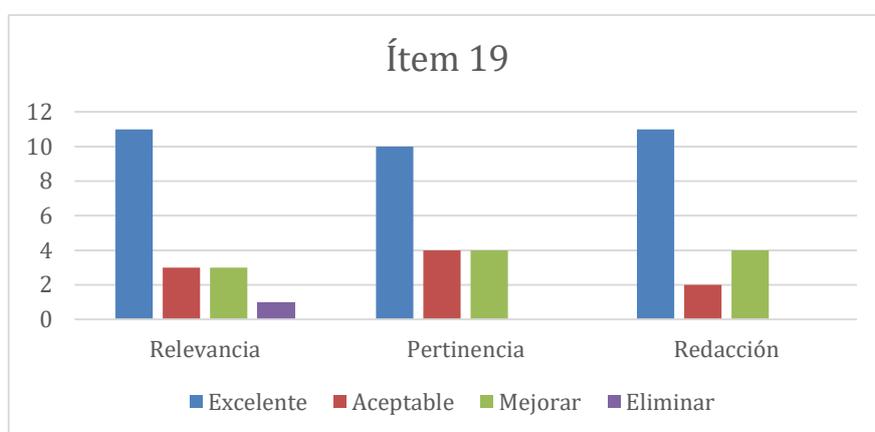
Figura 30. Valoración del ítem 18 profesionales.



Se obtiene una valoración del 61,1% en relevancia, un 55,5% en pertinencia y en redacción. Como observaciones, se recomienda reformular el enunciado para facilitar la comprensión y ofrecer opciones de respuesta. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el formato incluyendo escala Likert y el enunciado: ¿Qué estrategias de análisis de información considera más adecuadas?

- Ítem 19. ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado?

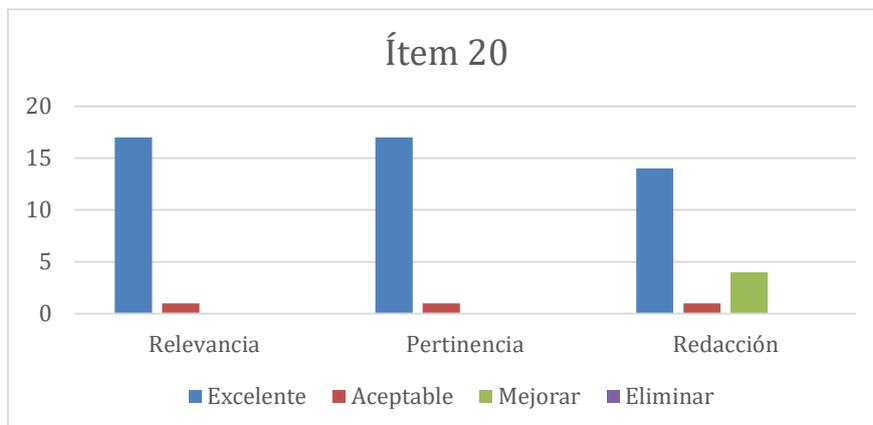
Figura 31. Valoración del ítem 19 profesionales.



Se obtiene una valoración del 61,1% en relevancia y redacción y un 55,5% en pertinencia. Como observaciones, se hace referencia a que es confusa la pregunta, pero se aprecia en las respuestas que no han consultado el enlace del cuestionario para poder verificar las estrategias. Este ítem no se modifica, manteniéndose, por tanto, su redacción inicial, al no realizarse ninguna observación con trascendencia significativa para la definición del ítem.

- Ítem 20. ¿Qué referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico?

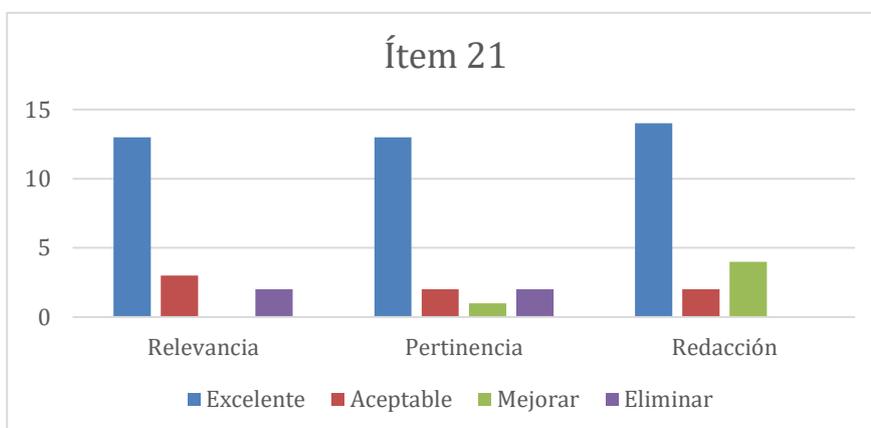
Figura 32. Valoración del ítem 20 profesionales.



Se obtiene una valoración del 94,4% en relevancia y pertinencia y, en redacción un 77,7%. Como observaciones, se recomienda reformular el enunciado para facilitar la comprensión. Se aprecia en las respuestas que no han consultado el enlace del cuestionario para poder verificar las opciones de respuestas en las que se incluyen los manuales diagnósticos (DSM y CIE). Este ítem no se modifica, manteniéndose, por tanto, su redacción inicial, al no realizarse ninguna observación con trascendencia significativa para la definición del ítem.

- Ítem 21. En el caso de existir un diagnóstico previo emitido por otro servicio, ¿con qué frecuencia está de acuerdo con éste?

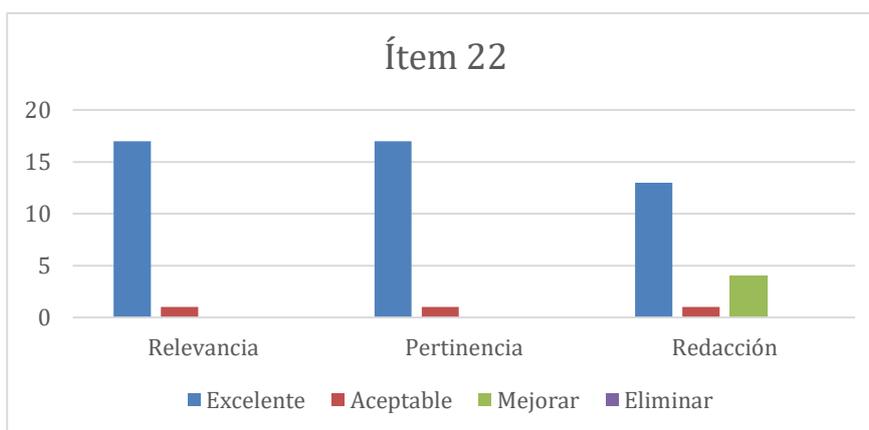
Figura 33. Valoración del ítem 21 profesionales.



Se obtiene una valoración del 72,2% en relevancia y pertinencia y, en la redacción la valoración es del 77,7%. Como observaciones, se recomienda reformular el enunciado para facilitar la comprensión. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado: ¿con qué frecuencia coincide?

- Ítem 22. En el caso de que sus pacientes/alumnos ya hubieran sido diagnosticados previamente, ¿qué servicio les diagnosticó?

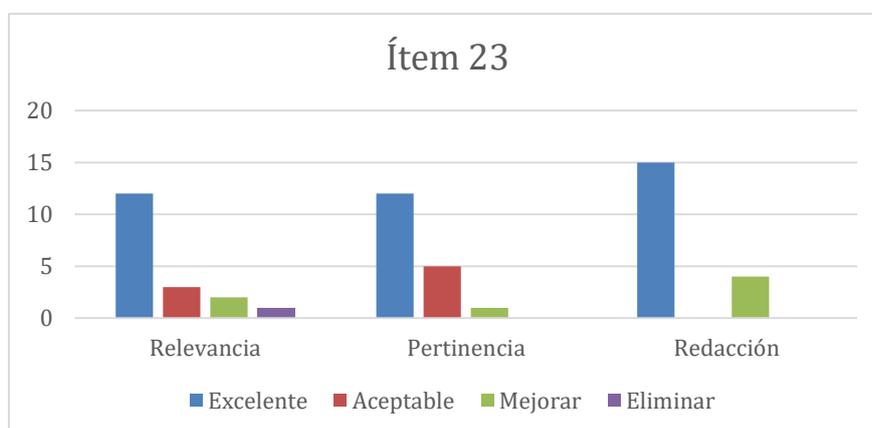
Figura 34. Valoración del ítem 22 profesionales.



Se obtiene una valoración del 77,7% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 72,2%. Como observaciones, se recomienda modificar la terminología de pacientes/alumnos. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado incluyendo persona con TEA.

- Ítem 23. De acuerdo con su experiencia, señale el porcentaje en el que cree que se ha incrementado la prevalencia del TEA en los últimos años:

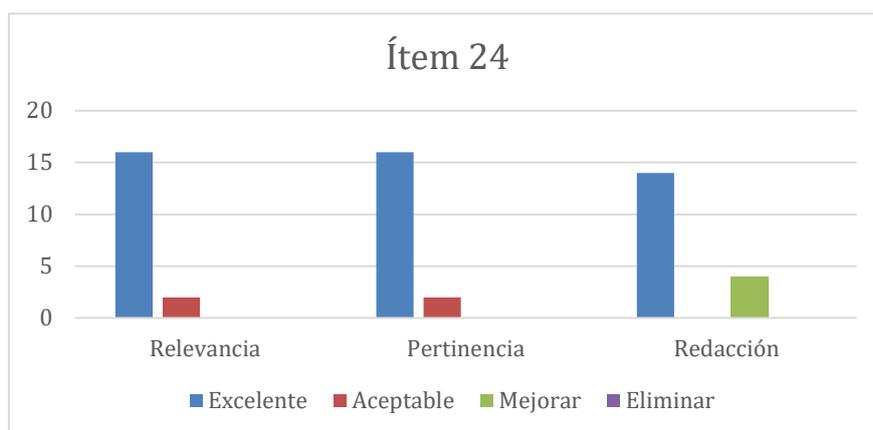
Figura 35. Valoración del ítem 23 profesionales.



Se obtiene una valoración del 66,6% en relevancia y pertinencia, aumentando la redacción al 83,3%. Como observaciones, se recomienda utilizar otras estrategias para cuantificar la respuesta o modificar la redacción. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado del ítem: En qué medida ha incrementado en su centro la prevalencia del TEA (en los últimos 10 años):

- Ítem 24. ¿Cuáles son las dificultades más habituales que se encuentra a la hora de realizar un diagnóstico en general y de TEA en particular?

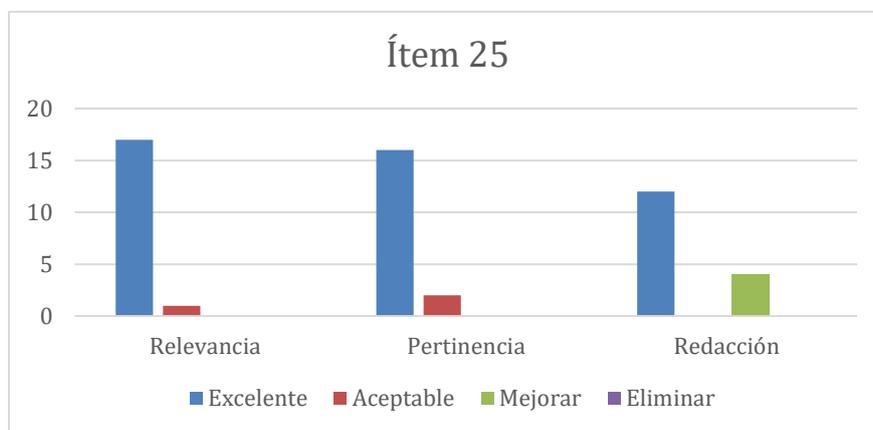
Figura 36. Valoración del ítem 24 profesionales.



Se obtiene una valoración del 88,8% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 77,7%. Como observaciones, se recomienda concretar y mejorar la redacción. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado eliminando “diagnóstico general”.

- Ítem 25. De acuerdo con su experiencia, ¿qué elementos considera que mejorarían el proceso diagnóstico y/o disminuirían las dificultades con que se encuentra?

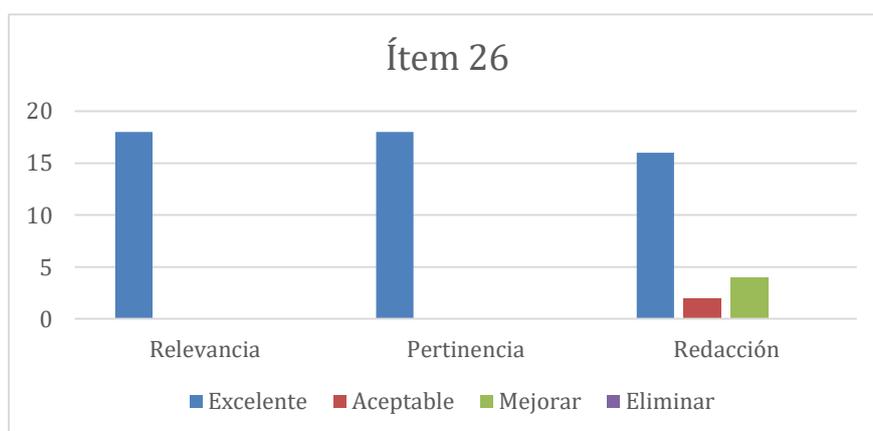
Figura 37. Valoración del ítem 25 profesionales.



Se obtiene una valoración del 94,4% en relevancia, un 88,8% en pertinencia y un 66,6% en redacción. Como observaciones, se recomienda desdoblar el ítem al tratarse de dos elementos diferentes. Se propone la siguiente mejora del ítem: desdoblar en dos ítems independientes, por un lado, qué elementos mejorarían el proceso diagnóstico y por otro, qué elementos disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico.

- Ítem 26. ¿Hay algo que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

Figura 38. Valoración del ítem 26 profesionales.



Se obtiene una valoración del 100% en relevancia y pertinencia, y en la redacción un 88,8%. Como observaciones, se recomienda añadir otro ítem para valorar en qué medida estiman que la información ofrecida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico y otro señalando en qué medida la tienen en cuenta. Este ítem no se modifica, manteniéndose, por tanto, su redacción inicial, al no realizarse ninguna observación con trascendencia significativa para la definición del ítem. Se incorporan dos ítems incluyendo las sugerencias aportadas.

Así pues, tras el análisis de expertos, el cuestionario presentará la siguiente redacción.

Datos personales

Este cuestionario tiene como finalidad analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico. Se les solicita el correo electrónico para poder informarles de la evolución de esta investigación. La recogida de datos es anónima.

1. Dirección de correo electrónico:
2. Indicar el máximo nivel educativo alcanzado:
Marca solo un óvalo
 - Licenciado/a
 - Diplomado/a o graduado/a
 - Máster
 - Doctorado/a
 - Otro: _____
3. Años de experiencia
Marca solo un óvalo
 - 0-5 años
 - 6-10 años
 - 11-15 años
 - Más de 15 años
4. ¿Cuál es su perfil profesional?
Selecciona todos los que corresponda
 - Psicólogo/a
 - Psicopedagogo/a
 - Pedagogo/a
 - Maestro/a
 - Otro: _____
5. Ámbitos de trabajo en los que tiene experiencia:
 - Clínico
 - Educativo
 - Sociosanitario
 - Psicosocial
 - Otra: _____
6. Servicios en los que tiene experiencia:
 - Gabinete municipal/gabinete psicopedagógico dependiente de la administración municipal/local
 - Gabinete privado especializado
 - Gabinete psicopedagógico homologado por la administración educativa
 - Servicio Psicopedagógico escolar
 - Departamento de Orientación en IES
 - Departamento de Orientación en Centro Privado-concertado
 - Unidad específica en Hospital
 - Departamento de Orientación en colegio preferente TEA
 - Otra: _____

Procedimiento diagnóstico

7. En su ámbito de actuación, ¿tiene pacientes con TEA?

- Sí
 No

8. ¿Cuántas personas con TEA ha tratado?

- 0-25
 25-50
 50-75
 75-100
 Más de 100

9. Las personas con TEA que trató, ¿qué modalidad de escolarización tienen?

- Colegio ordinario
 Colegio preferente TEA, en modalidad ordinaria
 Colegio preferente TEA, modalidad aula TEA
 Colegio de Educación Especial
 Centro Educativo Terapéutico

10. ¿Qué edad tienen los sujetos cuando se produce el diagnóstico de TEA?

- 0-3 años
 3-6 años
 6-10 años
 10-14 años
 14-18 años
 Mayor de 18 años

11. Señale el porcentaje de solicitudes procedentes de los siguientes servicios o agentes:

	0%	25%	50%	75%	100%
Servicios médicos					
Centros escolares					
Administración educativa					
Familia					
Otros					

12. Antes de iniciar el proceso diagnóstico he recibido información:

	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Casi nunca	Nunca
Médica					
Psicopedagógica					
Escolar					
Familiar					

13. ¿Qué importancia asigna a los siguientes objetivos al comenzar el proceso?

	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
Determinar la modalidad de escolarización					
Establecer un diagnóstico válido y fiable					
Proponer orientaciones de intervención					
Proporcionar orientación y/o consejo a la familia					
Otros					

14. Por favor describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar un proceso de diagnóstico de TEA:

15. Señale la importancia que otorga a las siguientes áreas de exploración en el proceso de diagnóstico de TEA:

	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
HABILIDADES MOTORAS: gruesa					
Fina					
Perceptivomotoras					
CONDUCTA: presencia de conductas desafiantes, hiperkinesia, comportamientos repetitivos, intereses restringidos, respuestas inusuales a estímulos, hiper/hiposensibilidad,...					
HÁBITOS SOCIALES: interacción con iguales, con adultos,...					
ASPECTOS AMBIENTALES: institucional (clima del aula, organización del colegio,...)					
ASPECTOS SOCIOFAMILIARES (patrones de interacción, estilo educativo, variables socioculturales,..)					
HABILIDADES ACADÉMICAS ESPECÍFICAS: lectura, escritura, cálculo,..					
ASPECTOS EMOCIONALES Y DE PERSONALIDAD					

16. Señale la frecuencia con la que utiliza los siguientes procedimientos de recogida de información:

	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Entrevista familiar					
Entrevista a profesores					
Entrevista a profesionales del marco clínico					
Otros					
Observación del contexto escolar					
Observación del contexto familiar					
Visionado de grabaciones					
Revisión de documentación: tareas escolares, informes de diferentes especialistas,...					
Pruebas proyectivas					
Pruebas estandarizadas del amplio espectro: pruebas de screening, inventarios de desarrollo, nivel de inteligencia,...					
Pruebas estandarizadas específicas: funciones cognitivas específicas, conducta de tipo clínico, ...					
Pruebas estandarizadas específicas de TEA					
Otras					

17. Especifique que pruebas estandarizadas del amplio espectro suele emplear

	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Pruebas de screening					
Inventarios de desarrollo					
Nivel de inteligencia					

18. Especifique que pruebas estandarizadas específicas suele emplear:

	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Funciones cognitivas específicas					
Conducta de tipo clínico					
Otras					

19. Especifique que pruebas estandarizadas específicas de TEA suele emplear:

20. ¿Qué estrategias de análisis de información considera más adecuadas?

	Nunca	Pocas veces	Habitualmente	Con mucha frecuencia/casi siempre	Siempre
Análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno					
Organización y sistematización de la información obtenida					
Análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación					

21. ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado?

	Nunca	Pocas veces	Habitualmente	Con mucha frecuencia/casi siempre	Siempre
Recogida de información abundante y complementaria					
Triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos					
Auditoría o juicio externo de expertos					

22. ¿Qué referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico? Marque la que proceda:

- DSM-IV-TR
- DSM-V
- CIE-10
- Clasificación Administrativa Educativa

23. En el caso de existir un diagnóstico previo emitido por otro servicio, ¿con qué frecuencia coincide?

- Nunca
- Pocas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre
- Siempre

24. En el caso de que sus pacientes ya hubieran sido diagnosticados previamente, ¿qué servicio les diagnosticó?

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Neurólogo
- Equipo de orientación
- Gabinete

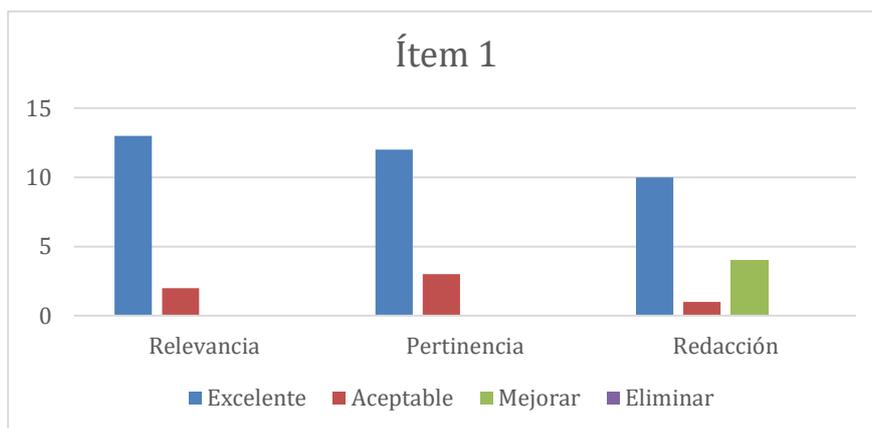
25. ¿En qué medida ha incrementado en su centro la prevalencia del TEA (en los últimos 10 años)?
- 0%
 - 1%-25%
 - 25%-50%
 - 50%-75%
 - 75%-100%
26. ¿Cuáles son las dificultades más habituales que se encuentra a la hora de realizar un diagnóstico de TEA?
27. De acuerdo con su experiencia, ¿qué elementos mejorarían el proceso diagnóstico?
28. ¿Qué elementos disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico?
29. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico?
30. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia la tienen en cuenta?
31. ¿Hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

- B) Cuestionario de familiares:

Hemos tener en cuenta de que 3 expertos no contestaron a la validación del cuestionario de las familias, por lo que la muestra de expertos en esta parte es de 15.

- Ítem1. ¿Quién tiene autismo en su familia?

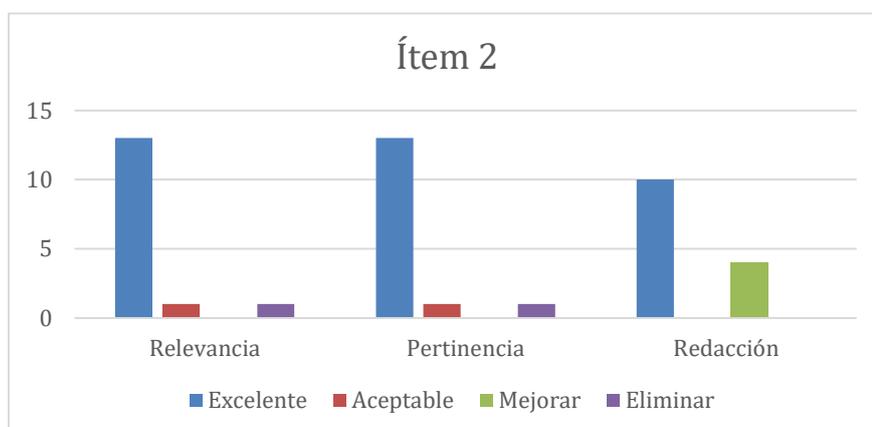
Figura 39. Valoración del ítem 1 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia, un 80% en pertinencia y un 66,6% en la redacción. Como observaciones, se recomienda revisar la redacción incluyendo la opción de nadie, aunque es un criterio excluyente y cambiar la denominación de autismo por TEA. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado el ítem quedando, ¿qué miembro de la familia tiene TEA?

- Ítem 2. ¿Qué modalidad de escolarización tiene su familiar?

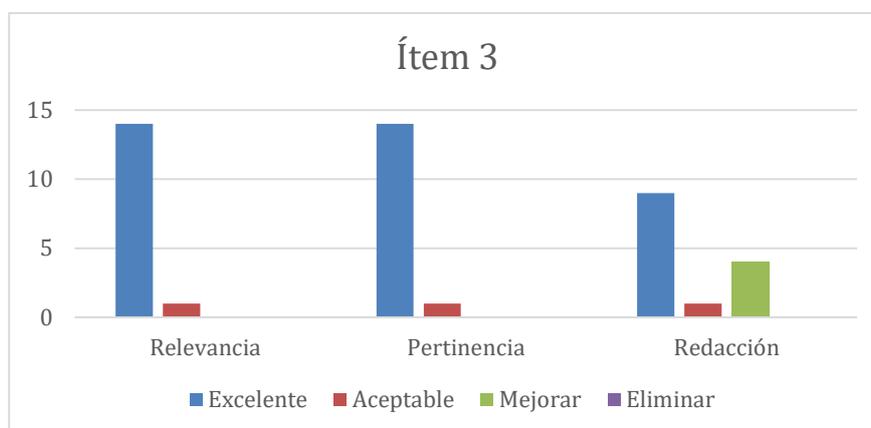
Figura 40. Valoración del ítem 2 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 66,6%. Como observaciones, se recomienda mejorar la redacción para que queden recogidas todas las situaciones posibles tanto si son pequeños y aún no están escolarizados como si son adultos. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar las opciones de respuesta incluyendo aún no está escolarizado o es adulto y ha finalizado su etapa de escolarización.

- Ítem 3. ¿En qué etapa educativa está escolarizado?

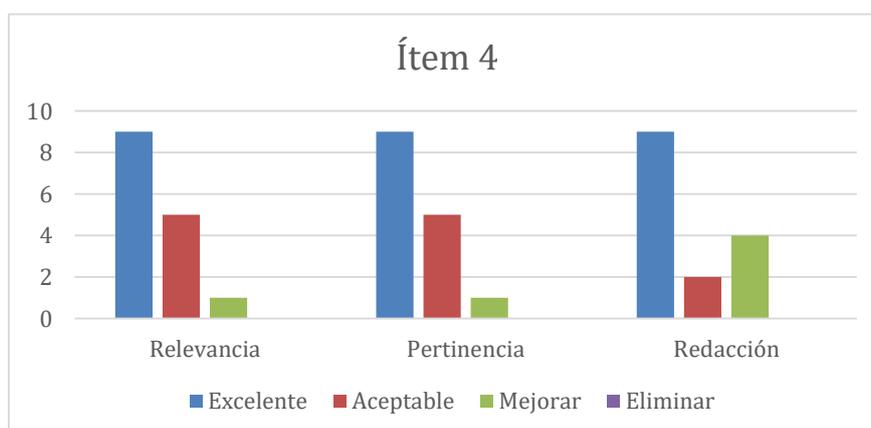
Figura 41. Valoración del ítem 3 familiares.



Se obtiene una valoración del 93,3% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 60%. Como observaciones, se recomienda mejorar la redacción para incluir todas las opciones y no ceñirnos exclusivamente al ámbito escolar. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado y las opciones de respuesta vinculando el ítem con el anterior y dejando este para la franja de edad.

- Ítem 4. ¿Les citaron para realizar una entrevista?

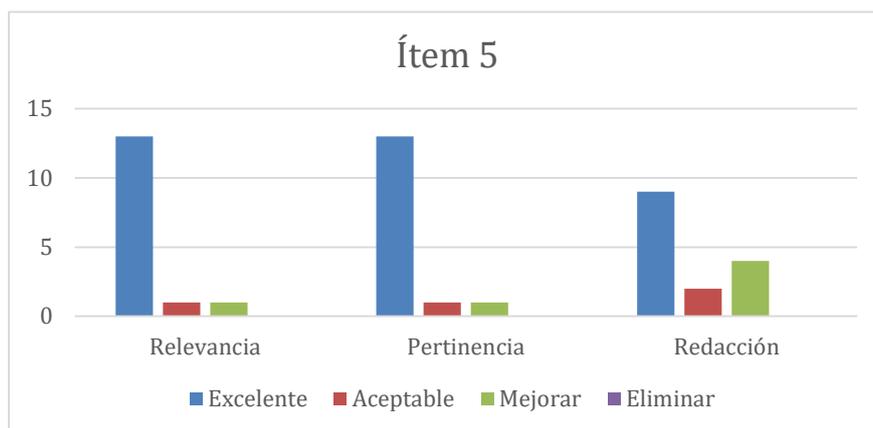
Figura 42. Valoración del ítem 4 familiares.



Se obtiene una valoración del 60% en relevancia, pertinencia y redacción. Como observaciones, se recomienda mejorar la redacción debido a que es confuso el enunciado. Se propone la siguiente mejora del ítem: ¿Quién detectó los primeros síntomas?

- Ítem 5. Describa brevemente el proceso:

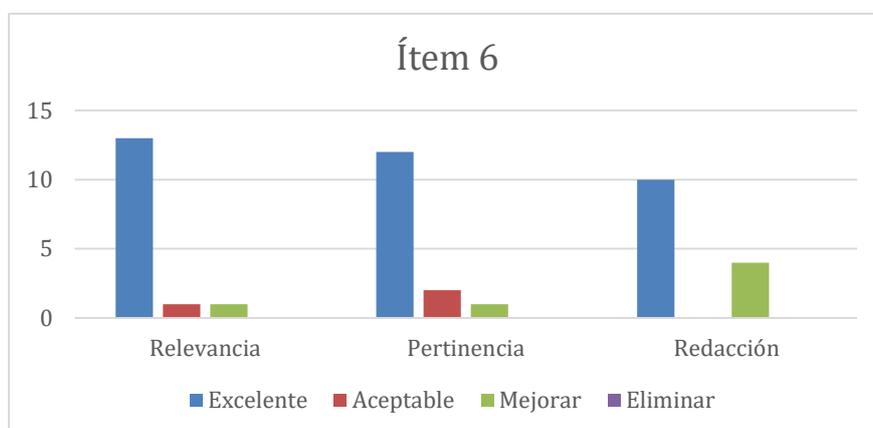
Figura 43. Valoración del ítem 5 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 60%. Como observaciones, se recomienda modificar el enunciado especificando los aspectos que queremos que nos describan. Se propone la siguiente mejora del ítem: podría indicarnos que pasos siguió, con quién contacto y cómo evaluaron a su familiar desde que aparecieron las primeras sospechas hasta que recibió el diagnóstico.

- Ítem 6. ¿El proceso diagnóstico ha cubierto sus necesidades? ¿Por qué?

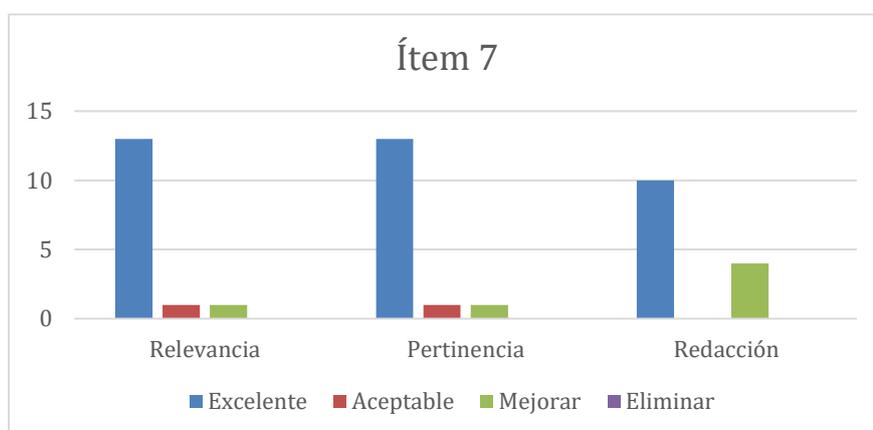
Figura 44. Valoración del ítem 6 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia, un 80% en pertinencia y un 66,6% en la redacción. Como observaciones, se recomienda referirse a expectativas más que a necesidades, además de utilizar otras estrategias para cuantificar la respuesta. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el formato incluyendo escala Likert y referirnos en el enunciado a las expectativas. Desdoblamos el ítem en dos para poder incluir un apartado en el que justifiquen la respuesta. ¿Por qué?

- Ítem 7. ¿El proceso diagnóstico ha cubierto las necesidades de su hijo/a?

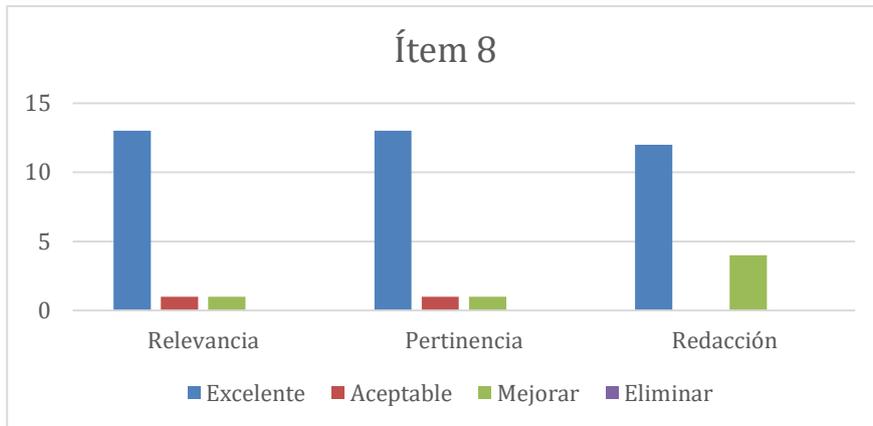
Figura 45. Valoración del ítem 7 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 66,6%. Como observaciones, se recomienda mejorar la redacción ya que puede resultar ambiguo. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado, el proceso diagnóstico ha cubierto o ha ayudado a cubrir las necesidades de su familiar (habilidades sociales, autonomía, comunicación...).

- Ítem 8. ¿A qué edad le diagnosticaron TEA?

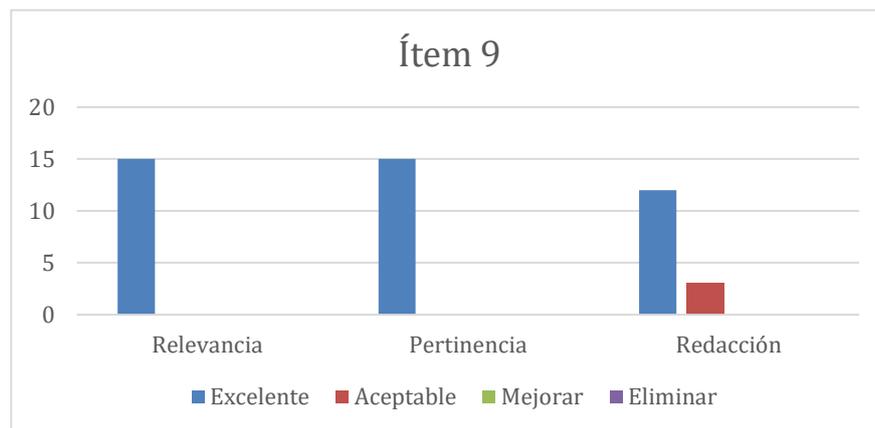
Figura 46. Valoración del ítem 8 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia y pertinencia y, en la redacción un 80%. Como observaciones, se recomienda mejorar la redacción haciendo referencia a la persona. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado, qué edad tenía su familiar cuando le diagnosticaron TEA.

- Ítem 9. ¿Cuánto tiempo tardaron los servicios especializados desde que su hijo/a mostraba los primeros síntomas hasta la emisión del diagnóstico?

Figura 47. Valoración del ítem 9 familiares.

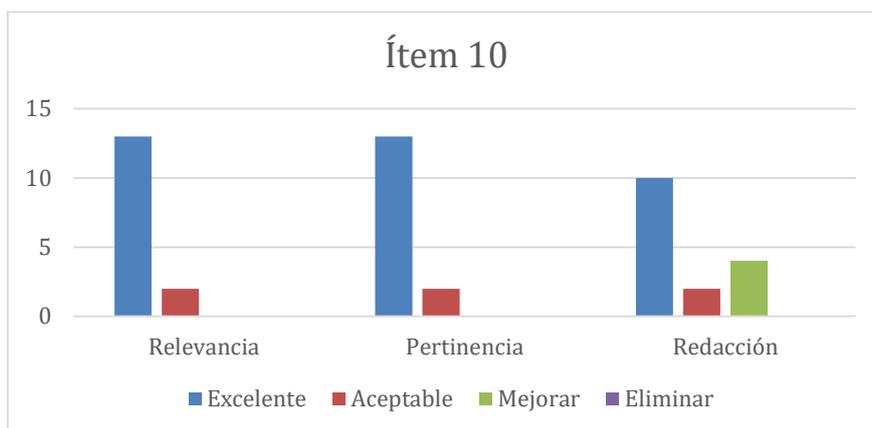


Se obtiene una valoración del 100% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 80%. Como observaciones, se recomienda mejorar la redacción y se tener en cuenta de que no se haya completado el proceso diagnóstico. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado y, en cuanto a que no se haya completado el proceso se suministrarán los cuestionarios

una vez finalizado el periodo de escolarización, momento en el que los equipos de orientación han finalizado los nuevos diagnósticos, pudiendo estar pendientes las revisiones por cambio de etapa.

- Ítem 10. ¿Cuánto tiempo duró el proceso de diagnóstico?

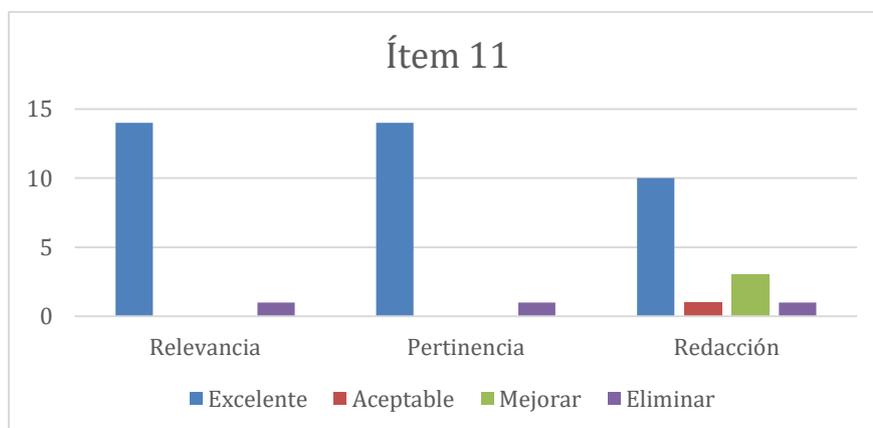
Figura 48. Valoración del ítem 10 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 66,6%. Como observaciones, se recomienda mejorar la redacción para que no se confunda con el ítem anterior. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado incluyendo la apreciación “desde que comenzaron a evaluar a su familiar”.

- Ítem 11. ¿Qué profesional realizó el diagnóstico?

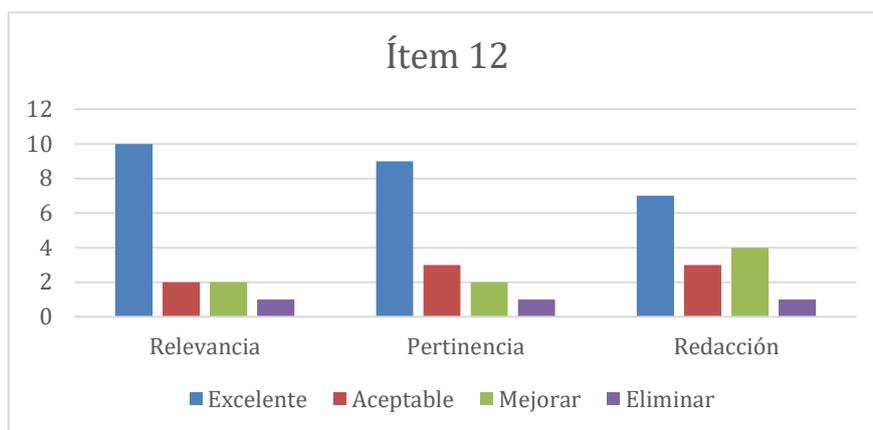
Figura 49. Valoración del ítem 11 familiares.



Se obtiene una valoración del 93,3% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 66,6%. Como observaciones, se recomienda concretar el tipo de servicio que realiza el diagnóstico. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado incluyendo los tipos de servicios en las opciones de respuesta.

- Ítem 12. ¿Qué tipo de participación tuvieron los distintos especialistas durante el proceso diagnóstico?

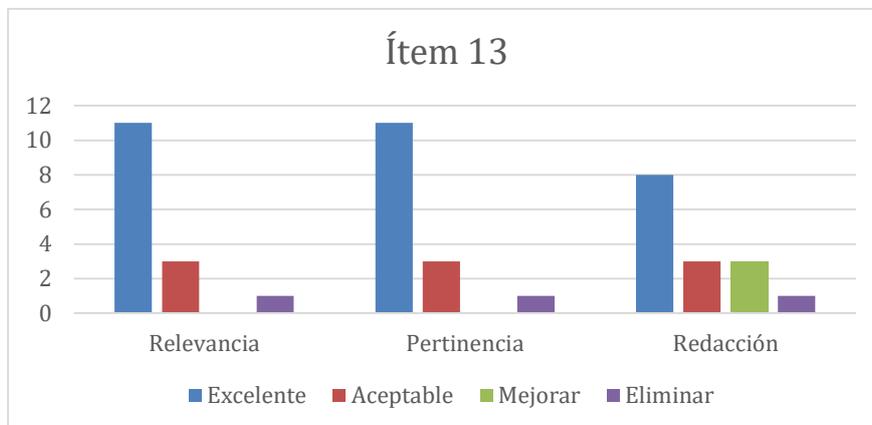
Figura 50. Valoración del ítem 12 familiares.



Se obtiene una valoración del 66,6% en relevancia, un 60% en pertinencia y un 46,6% en la redacción. Como observaciones, se recomienda reformular el enunciado. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado, qué profesional fue el que más importancia o el que les entregó el diagnóstico.

- Ítem 13. ¿Cuánto tiempo pasó desde que les entregaron el diagnóstico hasta la incorporación al aula TEA, centro de Educación Especial o CET?

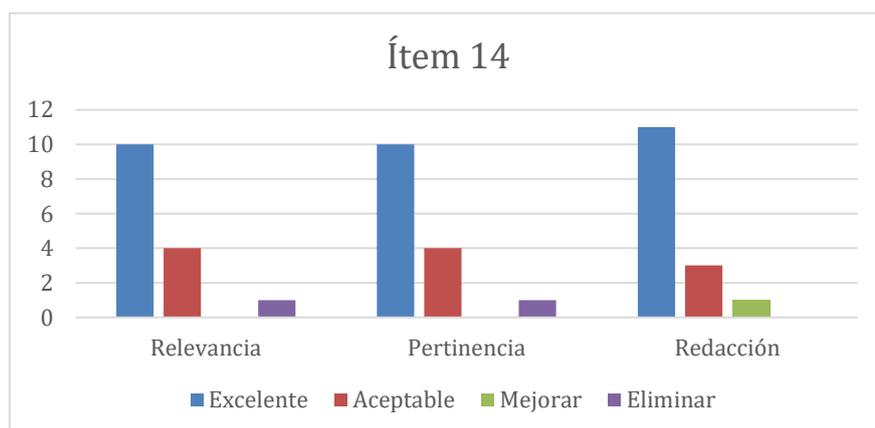
Figura 51. Valoración del ítem 13 familiares.



Se obtiene una valoración del 73,3% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 53,3%. Como observaciones, se recomienda mejorar la redacción y dar todas las opciones. Se propone la siguiente mejora del ítem: modificar el enunciado incluyendo opciones tanto de la etapa escolar como de la etapa adulta.

- Ítem 14. ¿Con qué frecuencia acude su hijo/a a alguno de estos especialistas?

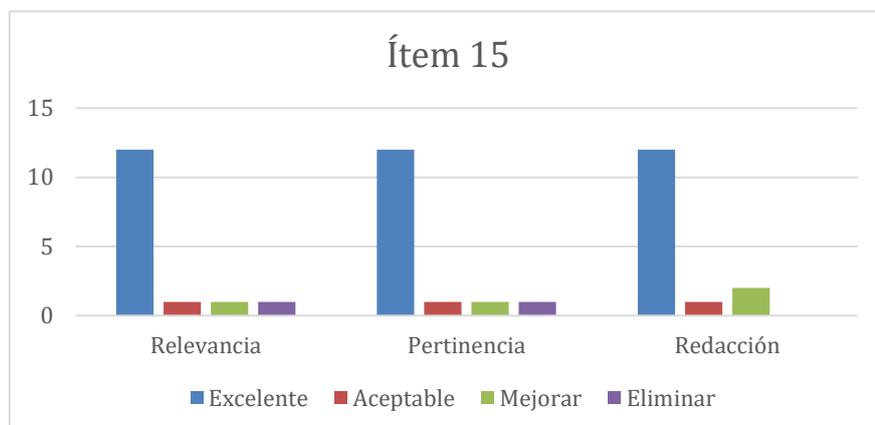
Figura 52. Valoración del ítem 14 familiares.



Se obtiene una valoración del 93% en relevancia, pertinencia y redacción. Este ítem no se modifica, manteniéndose, por tanto, su redacción inicial, al no realizarse ninguna observación con trascendencia significativa para la definición del ítem.

- Ítem 15. Por favor detallen a qué tipo de terapia acude en caso de que asista.

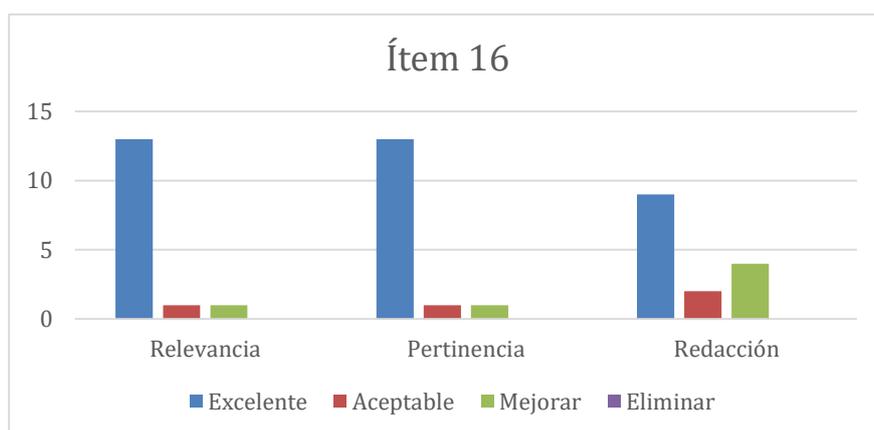
Figura 53. Valoración del ítem 15 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia, pertinencia y redacción. Como observaciones, se recomienda especificar el enfoque o tipo de apoyo que recibe y sería interesante conocer la participación familiar en la terapia. Se propone la siguiente mejora del ítem: incluimos en el enunciado el término de terapia externa especializada y la participación en la misma.

- Ítem 16. ¿Qué mejoraría en el proceso diagnóstico?

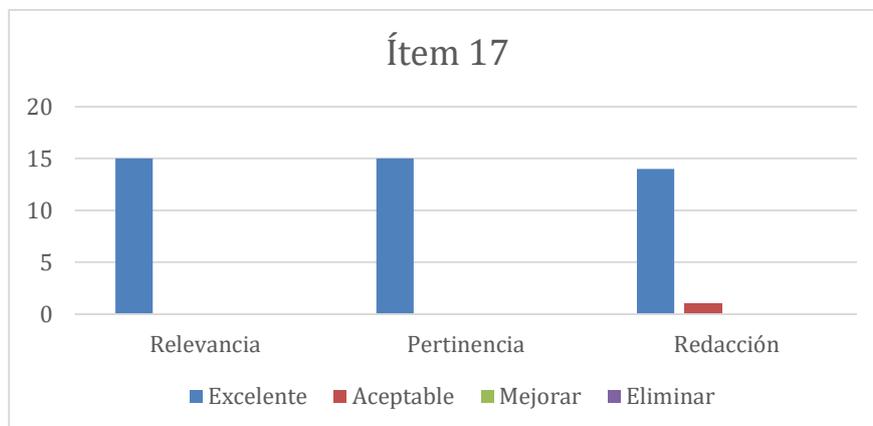
Figura 54. Valoración del ítem 16 familiares.



Se obtiene una valoración del 86,6% en relevancia y pertinencia, disminuyendo en la redacción al 60%. Como observaciones, se recomienda reubicar en el puesto 13 al estar relacionado con el proceso diagnóstico. Se propone la siguiente mejora del ítem: cambio de ubicación.

- Ítem 17. ¿Hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

Figura 55. Valoración del ítem 17 familiares.



Se obtiene una valoración del 100% en relevancia, pertinencia y redacción. Este ítem no se modifica, manteniéndose, por tanto, su redacción inicial, al no realizarse ninguna observación con trascendencia significativa para la definición del ítem.

Tras el análisis de expertos, el cuestionario presentará la siguiente redacción:

Datos personales

Este cuestionario tiene como finalidad analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico. Se les solicita el correo electrónico para poder informarles de la evolución de esta investigación. La recogida de datos es anónima.

Dirección de correo electrónico:

1. ¿Qué miembro de la familia tiene TEA? En el caso de haber dos o más se pide que se rellene un cuestionario por cada persona:

- Hijo
- Hija
- Esposa
- Marido
- Tío/tía
- Sobrino
- Sobrina
- Primo/a
- Nieto/a
- Nadie

2. ¿En qué franja de edad se encuentra su familiar?

- 0-3 años
- 3-6 años
- 6-10 años
- 14-18 años
- 18-21 años
- Mayor de 21 años

3. ¿En qué servicio educativo/laboral o residencial acude su familiar?

- Aún no está escolarizado
- Colegio ordinario
- Colegio preferente TEA, en modalidad ordinaria
- Colegio preferente TEA, en modalidad de aula TEA
- Colegio de Educación Especial
- Centro Educativo Terapéutico
- Es mayor de 21 y ha finalizado su etapa de escolarización en colegio ordinario
- Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en colegio preferente TEA
- Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en colegio de Educación Especial
- Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en un Centro Educativo Terapéutico
- Piso tutelado

Proceso diagnóstico

4. ¿Quién detectó los primeros síntomas?
- Familia
 - Escuela
 - Médico
5. ¿Podría indicarnos que pasos siguió, con quién contactó y cómo evaluaron a su familiar desde que aparecieron las primeras sospechas hasta que recibió el diagnóstico?
6. ¿El proceso diagnóstico ha cubierto sus expectativas?
- En absoluto
 - Poco
 - Bastante
 - Completamente

¿Por qué?

7. ¿El proceso diagnóstico ha cubierto o ha ayudado a cubrir las necesidades de su familiar (habilidades sociales, autonomía, comunicación, ...)?
8. ¿Qué edad tenía su familiar cuando le diagnosticaron TEA?
9. Desde que contactó con los servicios especializados hasta que recibieron el diagnóstico, ¿cuánto tiempo transcurrió?
- 1 mes
 - 2 meses
 - 3 meses
 - 6 meses
 - 1 año
10. ¿Cuánto tiempo tardaron en evaluar a su familiar?
- 1 día
 - 2-3 días
 - 1 semana
 - 15 días
 - 1 mes
11. ¿Qué servicio realizó el diagnóstico?
- Psicólogo
 - Psiquiatra
 - Neurólogo
 - Equipo de orientación del centro
 - Equipo de atención temprana/Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica / Equipo específico de la Comunidad de Madrid
 - Gabinete Psicopedagógico privado

12. ¿Qué profesional fue el que más importancia tuvo o el que les entregó el diagnóstico?
- Neurólogo/a
 - Psiquiatra
 - Psicólogo/a
 - Miembro del Departamento de Orientación de la Comunidad de Madrid (EOEP/EAT/Equipo Específico)
 - Miembro del Departamento de Orientación del centro concertado
 - Miembro del Gabinete Privado

13. ¿Qué mejoraría del proceso diagnóstico?

14. ¿Cuánto tiempo pasó desde que les entregaron el diagnóstico hasta la incorporación a la nueva modalidad de escolarización (aula TEA, centro de Educación Especial, ¿Centro Educativo Terapéutico, piso tutelado, ...)?

15. ¿Con qué frecuencia acude su hijo/a a alguno de estos especialistas?

	Nunca	1 vez al año	1 vez cada 6 meses	1 vez cada 3 meses	Semanalmente
Psiquiatra					
Neurólogo/a					
Psicólogo/a					
Terapia externa especializada					

16. Por favor detallen a qué tipo de terapia externa acude en caso de que asista y su participación como miembro familiar:

17. ¿Hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

A partir de este momento, ya contamos con un instrumento para la recogida de datos, debidamente validado. No obstante, a partir de la configuración obtenida, y antes de su aplicación a la muestra de estudio, procederemos al cálculo de su fiabilidad, un dato que nos permitirá ya obrar con seguridad en nuestra investigación.

2.2.1.4. *Fiabilidad de los cuestionarios*

La fiabilidad de los cuestionarios refleja la confianza que ofrecen los datos obtenidos y es una cuestión que está relacionada con la precisión de las medidas recogidas, con la constancia en la medida, asociando ésta a la ausencia de error. Sabemos que una medida es fiable si cuando se registra en sucesivas mediciones, en éstas se obtienen resultados similares. Para el estudio realizado en nuestra tesis, se plantea la fiabilidad de los cuestionarios en el sentido de la consistencia interna de los mismos, la cual hace referencia al grado en el que los distintos ítems producen resultados similares, o sea, que se muestran constantes a la hora de medir un determinado constructo.

Existen diferentes modelos para el cálculo de la consistencia interna de un cuestionario, aunque parafraseando a Morales (2006), “*indudablemente relacionados, llevan a fórmulas equivalentes y con idénticos resultados en determinados supuestos*”. Uno de los modelos más utilizado es el Coeficiente “ α ” de Cronbach (1951)⁴, que se basa en la correlación interelementos promedio y asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Así aplicamos para su cálculo la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n S_i^2}{S_x^2} \right)$$

Siendo:

- n el número de ítems
- S_i^2 la varianza del ítem
- S_x^2 la varianza total

Según indicaba el propio Cronbach, este coeficiente “*se corresponde con el valor esperado de la correlación entre dos escalas de idéntico número de ítems tomados aleatoriamente de la misma población de ítems*”. Asimismo, el autor realiza las siguientes interpretaciones sobre su propio coeficiente:

- *Equivale a la media que se obtendría dividiendo el test en todas sus posibles dos mitades y calculando cada vez la fiabilidad según la fórmula de Spearman-Brown. En este sentido el coeficiente α es una generalización de dicha fórmula.*
- *Es el valor esperado de la correlación entre dos escalas de idéntico número de ítems tomados aleatoriamente de la misma población de ítems.*
- *Es el valor mínimo esperable de la correlación entre dos formas paralelas, en las*

⁴ Citado por Morales (2006)

quecada ítem de una escala tiene su equivalente en la otra.

- *Estima la proporción de varianza que se puede atribuir a todos los factores comunes de los ítems, en relación con un primer; en relación con un primer factor constituye el límite máximo de la varianza explicada por este factor.*

Los cuestionarios se han instrumentalizado a través del juicio de expertos y se han pasado a una muestra piloto para calcular el Coeficiente α de Cronbach, con el que analizar su fiabilidad. Para determinar el tamaño de la muestra piloto hemos tenido en cuenta las recomendaciones de Ruíz (2002), según el cual *“el número de individuos de la muestra piloto debe ser el doble del número de ítems del cuestionario”*. Sin embargo, es una cuestión sobre la que no existe unanimidad de criterio, pues otros autores menos exigentes reducen el tamaño de la muestra piloto, por es el caso de Isikawa (1985) cuando consideraba que *“para universos pequeños, una más reducida resultaba igualmente representativa”*. A partir de la información recogida en la prueba piloto procederemos a calcular el Coeficiente α de Cronbach mediante SPSS V.27, centrado el mismo en los siguientes ítems:

Tabla 50. *Ítems.*

	Familias	Prof. educativos	Prof. sanitarios
Sección 2.	Ítems 4-6-7-8-	Ítems 7-8-9-10-11-	Ítems 7-8-9-10-11-
Proceso	9-10-11-12-	12-13-14- 16-17-18-	12-13-14- 16-17-18-
diagnóstico	13-15-16	19-20-21-22-23-24	19-20-21-22-23-24

Fuente: elaboración propia.

No se toman en consideración los ítems 5-14-17-18 del cuestionario de familias, y los ítems 15-25-26-27-28-29-30 de los cuestionarios de profesionales, por tratarse de ítems de respuesta abierta, lo cual, no permite valorar la persistencia de respuesta. Además, tampoco tomamos en consideración los ítems de la Sección 1, datos personales, los cuales nos permitirán procesar la información y establecer los contrastes oportunos.

Los resultados obtenidos se recogen en la Tabla 52. Interpretamos el Coeficiente α de Cronbach como un coeficiente de correlación, lo que supone establecer un planteamiento teórico de correlación del cuestionario consigo mismo, oscilando sus valores entre 0 y 1. Una escala que nos sirve de referencia para su interpretación, (que se recoge en la tabla 50) es propuesta por Corral (2010), tomada de Ruiz (2002) y Paella y Martins (2003).

Tabla 51. Interpretación del Coeficiente α de Cronbach.

RANGOS	ESTIMACIÓN
0,81 – 1,00	Muy alta
0,61 – 0,80	Alta
0,41 – 0,60	Moderada
0,21 – 0,40	Baja
0,01 – 0,20	Muy baja

Fuente: Corral (2010).

Otros autores coinciden en interpretaciones muy parecidas, por ejemplo, Carmines y Zeller (1979) o George y Mallery (2003), estiman la consideración de un Coeficiente α de Cronbach por encima de 0.7 como aceptable.

Aplicando esta escala a los resultados de la prueba piloto se obtiene una calificación de “alta – Muy alta” para todos los ítems de los cuestionarios (Tabla 51).

Tabla 52. Aplicación del Coeficiente α de Cronbach a los ítems de cada cuestionario.

Cuestionario Familias		Cuestionario Profesionales Educativos		Cuestionario Profesionales Sanitarios	
Ítem	Valoración	Ítem	Valoración	Ítem	Valoración
4	0,8256	7	0,9436	7	0,9338
6	0,7144	8	0,7995	8	0,8179
7	0,8435	9	0,8937	9	0,8746
8	0,9245	10	0,8031	10	0,8143
9	0,7737	11	0,9231	11	0,9236
10	0,8731	12	0,7914	12	0,7804
11	0,9030	12	0,8456	12	0,8045
12	0,9140	14	0,8275	14	0,8296
13	0,7734	16	0,8736	16	0,8673
15	0,8740	17	0,8731	17	0,8674
16	0,9436	18	0,8834	18	0,8904
		19	0,8140	19	0,9019
		20	0,7435	20	0,8331
		21	0,9245	21	0,7902
		22	0,9033	22	0,9113
		23	0,9451	23	0,9641
		24	0,9123	24	0,9342
α de Cronbach: 0,8875		α de Cronbach: 0,8823		α de Cronbach: 0,8794	

Fuente: elaboración propia.

Por la tabla anterior, podemos deducir que los valores obtenidos en cada uno de los cuestionarios resultan equivalentes, y encajan perfectamente en los parámetros altos de la escala de valoración por lo que se puede considerar que los diferentes cuestionarios planteados ofrecen una fiabilidad adecuada y resultan apropiados para recoger la información requerida por el estudio.

2.3.Desarrollo de la investigación

En este capítulo revisaremos los elementos básicos para el diseño de la investigación. Partiremos de la descripción de la muestra, el proceso general seguido y la descripción y construcción de los instrumentos.

2.3.1. Muestra

La población objeto de nuestra investigación incluye a profesionales de dos campos, por un lado, están los profesionales tanto del mundo educativo como del mundo sanitario y, por otro lado, los familiares de personas con autismo.

En términos generales, se invitó a participar a todos aquellos profesionales que por su lugar de trabajo pudieran ser responsables de la realización de un diagnóstico de TEA. Los criterios de inclusión para los centros fueron:

- Servicios profesionales dirigidos a la detección y diagnóstico, tanto públicos como privados (colegios preferentes de alumnado TEA, tanto concertados como públicos, colegios de educación especial, gabinetes psicopedagógicos/terapias externas, hospitales, colegio de médicos...)
- Ámbito de actuación en España.

Para acceder a la muestra de familias, además de hacer llegar la solicitud a los centros anteriormente descritos, acudimos a asociaciones específicas de autismo.

Durante la recogida de datos, tuvimos que ampliar la forma de contactar con los profesionales sanitarios debido al escaso número de respuestas obtenidas, por este motivo optamos por contactar vía “LinkedIn” con profesionales de estos perfiles.

Finalmente, el tamaño de la muestra es de 151 sujetos, como se recogen en la Tabla 53.

Tabla 53. *Respuestas recibidas.*

	Familias	Prof. educativos	Prof. sanitarios
Cuestionarios	53	48	50

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 53, se incluyen la totalidad de los cuestionarios obtenidos, de los cuales 52 corresponden a familiares, 48 a profesionales educativos y 50 a profesionales sanitarios. Las respuestas están recogidas en los anexos XIII, XVI y XIX.

Para realizar los cálculos de la muestra, hemos utilizado la página web de netquest (<https://www.netquest.com/es/calculadora-tamano-muestra?hsCtaTracking=65584ab8-63f1-475a-b3a4-cebab42a8dca%7Cd38f94ed-3e7e-4292-83e3-dcea5f61389e>). Según Gil Pascual (2015), la fórmula general para calcular el tamaño de la muestra en la estimación de la media será:

$$n = \frac{\sum_{j=1}^L \frac{W_j^2 S_j^2}{w_j}}{\frac{e^2}{k^2} + \frac{1}{N} \sum_{j=1}^L W_j S_j^2}$$

En general se cumple: $V(\bar{y}_s) = \frac{e^2}{4} = D$ suponiendo como en la mayoría de los casos $K=2$.

Para realizar los cálculos de la muestra, hemos utilizado la página web de netquest:

- Población alumnado con TEA en la Comunidad de Madrid en el curso 2016-2017, según el artículo de la Confederación Autismo España: 5.153 alumnos, teniendo un error de 3, una varianza de 50 y una confianza del 99%, debemos tener una muestra igual o superior de familias de **37**.
- Según fuentes de la Comunidad de Madrid, en abril de 2019, la Comunidad contaba con 369 aulas, es decir 1.945 plazas para atender a alumnos con TEA. En el curso 20/21 se han abierto 110 aulas más, hasta alcanzar un total de 591 aulas o lo que es lo mismo, **2.955 plazas**. Suponiendo que en cada centro preferente hay un orientador/a, debemos tener una muestra de **35**.

- Según el Colegio Oficial de Médicos de la Comunidad de Madrid, hay 1.300 psiquiatras colegiados, 580 neurólogos y 780 pediatras y sus áreas específicas, lo que hacen un total de 2.660 médicos. Según esta cifra, teniendo un error de 3, una varianza de 50 y una confianza del 99%, debemos tener una muestra igual o superior a **37**.

Tabla 54. *Respuestas necesarias.*

	Familias	Prof. educativos	Prof. sanitarios
Cuestionarios	37	35	37

Fuente: elaboración propia.

Nos pusimos en contacto con todos los colegios preferente TEA de la Comunidad de Madrid, vía correo electrónico (alrededor de 520 centros), centros de atención temprana, terapias externas especializadas, Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP's) y Equipos de Atención Temprana (EAT's), Asociaciones de autismo y hospitales a nivel España. Además, como nos ha costado tanto contactar con el personal sanitario, hemos contactado vía LinkedIn personalmente con los especialistas (más de 200), de los cuales solo han atendido a nuestra solicitud 50.

2.3.2. Proceso general seguido

La investigación se desarrolló en tres fases: 1) construcción de los instrumentos de recogida de información; 2) validación de los cuestionarios; 3) recogida de información; y 4) análisis y creación de las bases de datos finales.

2.3.2.1. Construcción de los instrumentos de recogida de información: cuestionarios

Se elaboraron tres cuestionarios, los cuales fueron remitidos a las muestras seleccionadas. Cada uno responde a unas características específicas, en virtud de la descripción señalada en el apartado 3.1. del presente trabajo, las cuales vamos a recoger en la siguiente tabla:

Tabla 49. Estructura de los cuestionarios.

	Familias	Prof. educativos	Prof. sanitarios
Sección 1 Datos personales	3 ítems	6 ítems	6 ítems
Sección 2 Proceso diagnóstico	15 ítems	24 ítems	24 ítems

Fuente: elaboración propia.

El cuestionario de profesionales, tanto educativos como sanitarios, tiene la misma estructura. Está dividido en dos partes, en la primera parte, titulada datos personales en la que solicitamos el correo electrónico, para poder informar de la evolución de la investigación, el nivel de estudios del profesional, los años de experiencia, el perfil profesional, los ámbitos de trabajo y servicios en los que tiene experiencia. En esta primera parte tratamos de identificar el perfil de profesionales que actualmente están diagnosticando a los alumnos.

En la segunda parte, titulada procedimiento diagnóstico, incluimos una primera pregunta para verificar si el profesional que está contestando realmente posee los criterios de inclusión al trabajar con personas con autismo. El resto de ítems tienen como objetivo analizar las diferentes fases del proceso diagnóstico: derivación, recogida de datos, proceso de exploración, elaboración del informe y coordinación con otros especialistas entre otras. Con esta segunda parte tratamos de analizar si todos los profesionales siguen un mismo procedimiento, así como las pruebas utilizadas. Ver Cuestionario en Anexo III.

El cuestionario de familiares también se encuentra dividido en datos personales y proceso diagnóstico. En este caso en el primer apartado, tratamos de conocer la vinculación con la persona con autismo (grado de parentesco) así como la edad del sujeto y la modalidad de escolarización en la que se encuentra.

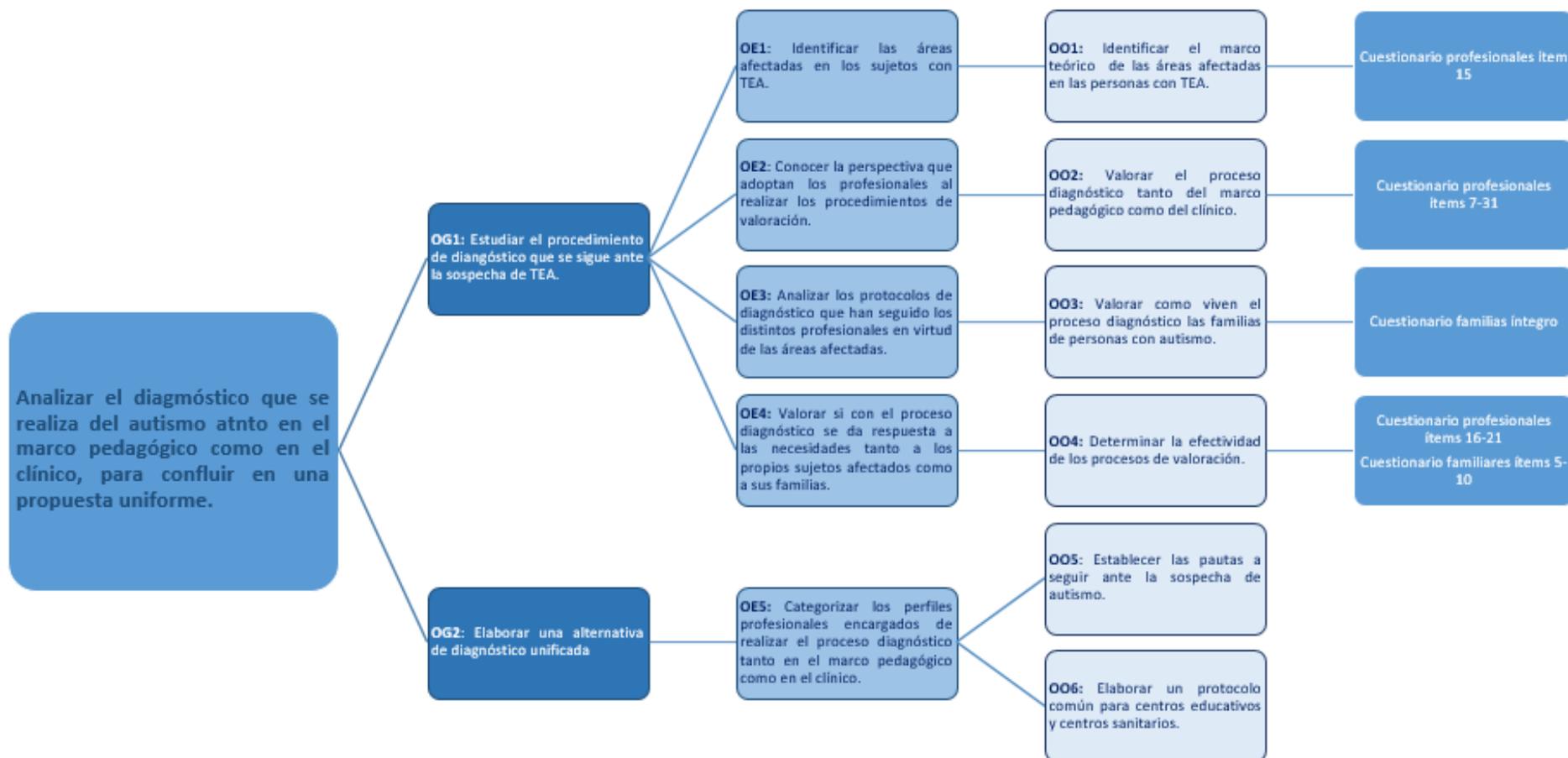
En el apartado de proceso diagnóstico, comenzamos preguntando por la persona que detectó los primeros síntomas, para analizar si realmente los profesionales conocen las características más significativas del trastorno, tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito educativo. Posteriormente preguntamos por el propio proceso diagnóstico en sí y si ha cubierto las necesidades tanto del propio sujeto como de la familia. Hemos considerado relevante incluir en este apartado el seguimiento que tienen los sujetos con TEA por parte de psiquiatría, neurología, psicología y terapias externas especializadas. Ver Cuestionario en Anexo IV.

2.3.2.2. Validación de los instrumentos

El desarrollo de un cuestionario o instrumento de medición es un proceso laborioso y complejo y requiere la comprobación de su utilidad antes de su aplicación. Para valorar la adecuación de los instrumentos en nuestra investigación, tomaremos en consideración la fiabilidad y validez de los mismos.

La validez de un instrumento se refiere a su capacidad para medir aquello para lo que ha sido diseñado. En nuestro caso se ha cuidado su elaboración, contrastando debidamente en la prueba piloto. No obstante, además, establecemos la Validez de contenido, como la confianza que el instrumento nos ofrece de estar midiendo aquellos elementos que realmente buscamos medir para el logro de nuestros objetivos, como puede apreciarse en la figura 6 que presentamos a continuación.

Figura 6. Relación objetivos-cuestionarios.



Fuente: elaboración propia.

Una vez elaborados los instrumentos para la recogida de datos los sometimos a un juicio de expertos, según Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones.

La metodología para llevar a cabo esta técnica puede ser variada (método de agregados individuales, de grupo nominal, de consenso grupal, ...). Para la validación de los cuestionarios propuestos en este trabajo de investigación se eligió el método de agregados individuales, mediante el cual se solicita a cada experto de forma individual que dé una estimación directa de cada uno de los ítems de los cuestionarios, con la ventaja de que no es necesario formalizar una reunión de los expertos participantes (ver anexo I).

La selección de las personas que formaron parte del juicio de expertos, así como el número de participantes son dos aspectos claves de este proceso. Por tanto, el cuestionario de este trabajo de investigación se ha sometido a un juicio de 18 expertos, los cuales han sido seleccionados en base a su formación académica y su experiencia laboral- profesional.

2.3.2.3. Recogida de información

Una vez elaborados y validados los instrumentos de recogida de datos, se procedió a difundir una petición de colaboración mediante el contacto con los diferentes organismos y entidades.

Se elaboró una solicitud de colaboración (ver anexo II) en la cual se incluía una carta de presentación adaptada a cada uno de los colectivos y se distribuyó por email. Todos los cuestionarios se hicieron llegar a los diferentes grupos muestrales facilitando el enlace al cuestionario específico elaborados desde la aplicación Google formularios. Las respuestas se registraron en la aplicación para posteriormente ser volcadas en la base de datos creada al efecto.

2.3.2.4. Análisis y creación de las bases de datos finales

Los datos obtenidos en los cuestionarios se volcaron en bases de datos (ver anexos XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVI, XVII, XVIII y XIX) como tres bases de datos diferenciadas.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3. Resultados y análisis de datos

3.1. Resultados

En las capturas de los gráficos aparece un número superior en la numeración debido a que en el primer punto se solicita el correo electrónico para poder informar de la evolución y posteriores conclusiones.

3.1.1. Resultados profesionales educativos

Una vez recogidos los cuestionarios tanto de los familiares como de los profesionales, tanto educativos como sanitarios, vamos a proceder al análisis de los resultados.

- Ítem 1. Formación.

Figura 56. Valoración del ítem 1 profesionales educativos.

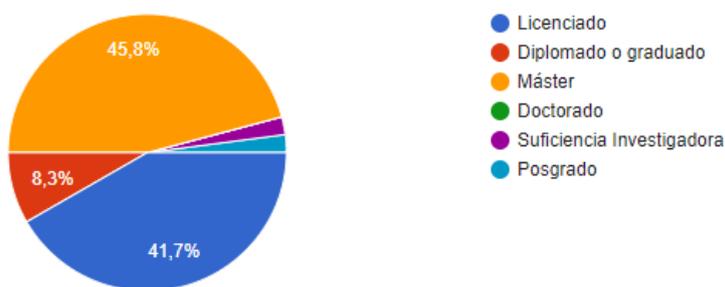


Tabla 55. Valoración del ítem 1 profesionales educativos.

	Formación
Licenciado/a	20
Diplomado/a o graduado/a	4
Máster	22
Doctorado/a	-
Suficiencia investigadora	1
Posgrado	1

En este primer ítem analizamos la formación que posee el profesional educativo; se obtiene una valoración del 45.8% (22 de 48) posee un nivel de máster, seguido de un 41.7% (20 de 48) que exclusivamente posee la licenciatura. Siendo la moda el nivel de máster. De este primer ítem obtenemos la información de que hay personal de orientación que no posee una formación reglada específica para diagnosticar el trastorno que estamos abordando o si la posee son los cursos específicos para suministrar determinadas pruebas. En este primer ítem observamos que los profesionales educativos precisan una mayor formación específica para poder llevar a cabo los procesos de diagnóstico, debido a que si no tienen una formación adecuada los informes son de baja calidad y lo que es peor no responden a las necesidades del sujeto ni a las de las familias.

- Ítem 2. Años de experiencia.

Figura 57. Valoración del ítem 2 profesionales educativos.

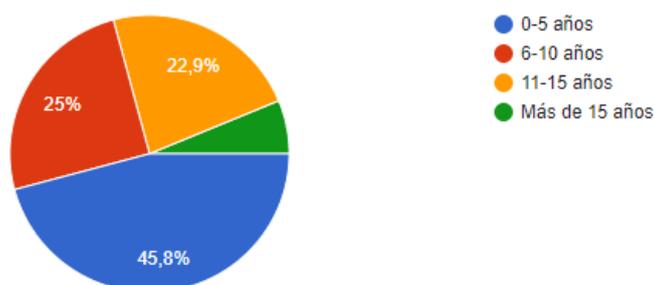


Tabla 56. Valoración del ítem 2 profesionales educativos.

	Años de experiencia
0-5 años	22
6-10 años	12
11-15 años	11
Más de 15 años	3

En este segundo ítem valoramos la experiencia de los profesionales en realizar evaluaciones y diagnósticos a personas con TEA, se obtiene una valoración del 45.8% de profesionales (22 de 48) que tiene una experiencia de entre 0-5 años, seguido de un 25% (12 de 48) que afirma poseer entre 6-10 años de experiencia. Solo un 22.9% (11 de 48) posee una experiencia de 11-15 años y más de 15 años solamente un 6.3% (3 de 48). En este segundo ítem la moda corresponde con el nivel 0-5 años. De este ítem podemos interpretar que al ser una modalidad “bastante reciente” en

numerosos centros, ya que cada curso se va abriendo nuevas aulas, la experiencia de los profesionales de orientación va de la mano, pero es un aspecto que se debe equilibrar con la preparación académica.

- Ítem 3. Perfil profesional.

Figura 58. Valoración del ítem 3 profesionales educativos.

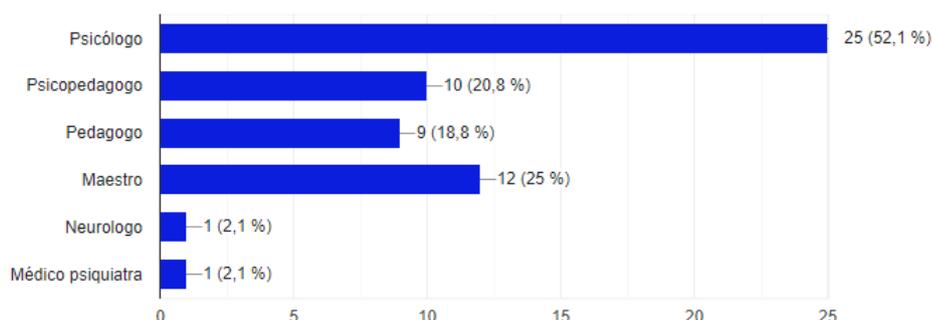


Tabla 57. Valoración del ítem 3 profesionales educativos.

	Perfil profesional
Psicólogo/a	25
Psicopedagogo/a	10
Pedagogo/a	9
Maestro/a	12
Neurólogo/a	1
Médico psiquiatra	1

En este tercer ítem analizamos el perfil profesional; se obtiene una valoración de 52.1% de profesionales (25 de 48) tienen un perfil profesional de psicólogo, disminuyendo al 25% (12 de 48) son maestros, un 20.8% (10 de 48) tienen un perfil de psicopedagogo y un 18.8% (9 de 48) pedagogo; siendo la moda la categoría de psicólogo. De estos datos interpretamos que los perfiles de los profesionales que están llevando a cabo los diagnósticos educativos son muy variados, no teniendo la misma formación y preparación. Por ello proponemos que se debería especializar de manera concreta a los profesionales que quieran llevar a cabo evaluaciones psicopedagógicas abordando en la orientación escolar todos los procedimientos que se deben llevar a cabo en el diagnóstico.

- Ítem 4. Lugar actual de trabajo.

Figura 59. Valoración del ítem 4 profesionales educativos.

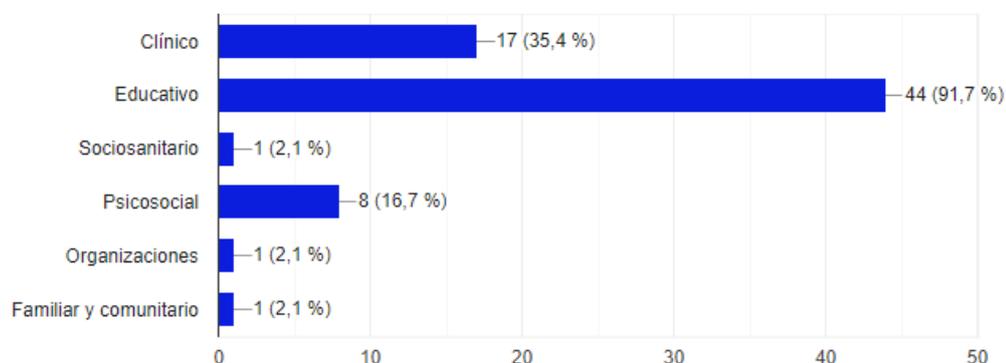


Tabla 58. Valoración del ítem 4 profesionales educativos.

	Lugar actual de trabajo
Clínico	17
Educativo	44
Sociosanitario	1
Psicosocial	8
Organizaciones	1
Familiar y comunitario	1

En este ítem acerca del lugar de trabajo, se obtienen puntuaciones muy variadas. La inmensa mayoría se centra en el ámbito educativo, 91.7% (44 de 48), seguido del ámbito clínico, 35.4% (17 de 48). Solamente hay un 2.1% (1 de 48) que posee experiencia en los ámbitos sociosanitario, en el familiar y comunitario y, en el de las organizaciones. En este ítem la moda es el ámbito educativo. Podemos llegar a la conclusión de que de manera mayoritaria los profesionales educativos ejercen su labor profesional dentro de los centros, logrando de este modo la especialización progresiva de los mismos.

- Ítem 5. Servicios en los que tiene experiencia.

Figura 60. Valoración del ítem 5 profesionales educativos.

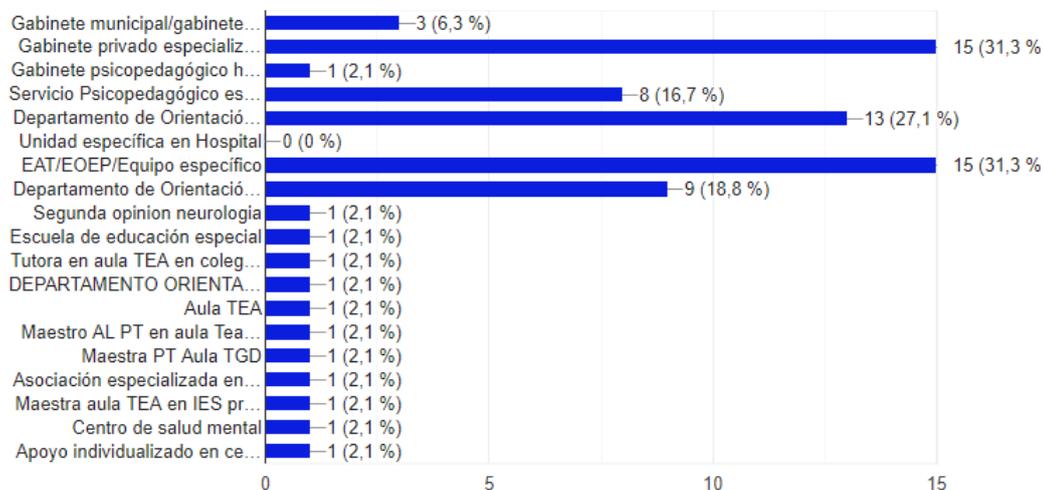


Tabla 59. Valoración del ítem 5 profesionales educativos.

	Servicios en los que tiene experiencia
Gabinete municipal/gabinete psicopedagógico dependiente de la administración municipal/local	3
Gabinete privado especializado	15
Gabinete psicopedagógico homologado por la administración educativa	1
Servicio Psicopedagógico escolar	8
Departamento de Orientación en IES	13
Unidad específica en hospital	-
EAT/EOEP/Equipo específico	15
Departamento de Orientación en colegio preferente TEA	9
Maestra aula TEA en IES preferente	1
Maestro AL/PT en aula TEA en escuela pública	1
Aula TEA	1
Tutor en aula TEA en colegio de Ed. Especial específico de TEA	1
Maestra PT aula TGD	1
Departamento de Orientación en IES preferente TEA	1
Asociación especializado en TEA, intervención en centros educativos	1
Apoyo individualizado en centro escolar	1

En este ítem analizamos los servicios específicos en los que tienen experiencia los profesionales y obtenemos puntuaciones muy variadas. Solamente hay un servicio en el que ningún profesional posee experiencia previa y es la unidad específica en Hospital. Solamente hay 6 profesionales de 48 que tienen experiencia previa en el ámbito TEA (tutor en aula TEA en colegio de Educación Especial específico, aula TEA, maestro AL en aula TEA, maestro PT en aula TEA y maestro aula TEA en IES), obteniendo un 2.1% cada una de las respuestas. En el ámbito del departamento de Orientación en centro preferente TEA hay 8 de 48 profesionales (18.8%) que tienen experiencia frente al 31.3% (15 de 48 profesionales) que tienen experiencia en el gabinete privado especializado. Un 31.3%, es decir 15 de 48 profesionales tienen experiencia en EAT/EOEP/Equipo específico. Vuelve a disminuir la cifra de profesionales que posee experiencia en Servicios Psicopedagógicos escolares solamente 3 profesionales de 48 (6.3%) posee experiencia en Gabinete municipal/gabinete psicopedagógico dependiente de la administración municipal/local y una persona de 48 (2.1%), posee experiencia en gabinete psicopedagógico homologado por la administración educativa. La moda en este caso son dos categorías, el gabinete privado especializado y el EAT/EOEP/equipo específico.

De todas estas respuestas podemos decir que los profesionales educativos tienen multitud de servicios en los que desarrollar su labor profesional, pero muy pocos han tenido un contacto previo con la modalidad de escolarización preferente TEA. Creemos que, para llevar a cabo unos buenos diagnósticos, deben conocer bien los ámbitos en los que estos alumnos presentan dificultades para poder utilizar los instrumentos o pruebas específicas necesarias en las cuales se evalúen sus necesidades, no como ocurre en numerosas ocasiones que se valoran desde pruebas neurotípicas, sin atenderlas.

- Ítem 6. En su ámbito de actuación, ¿trabaja con personas con TEA?

Figura 61. Valoración del ítem 6 profesionales educativos.

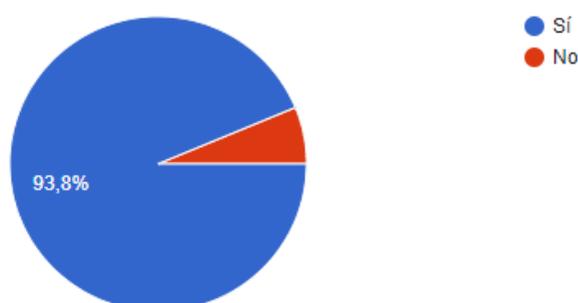


Tabla 60. Valoración del Ítem 6 profesionales educativos.

	Trabaja con personas con TEA
Si	45
No	3

En este sexto ítem se analiza si los profesionales que han contestado actualmente trabajan con personas con TEA; obtenemos una valoración del 93.8% de respuestas positivas (45 de 48 sujetos) siendo la moda la categoría del sí. De ello podemos confirmar que nuestra muestra es significativa y apropiada, ya que tienen un contacto directo con la población de nuestro estudio.

- Ítem 7. ¿Cuántas personas con TEA ha tratado?

Figura 62. Valoración del ítem 7 profesionales educativos.

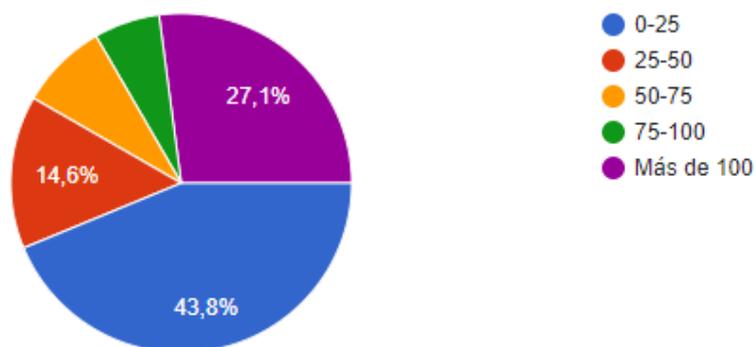


Tabla 61. Valoración del ítem 7 profesionales educativos.

	Personas que ha tratado
0-25	21
25-50	7
50-75	4
75-100	3
Más de 100	13

En este ítem se analiza cuántas personas con TEA han tratado, obteniendo una valoración del 43.8% (21 de 48 profesionales) aquellos que han tratado de 0 a 25 personas, seguido del 27.1% (13 de 48 profesionales) que afirman haber tratado más de 100. El resto de cifras disminuye

considerablemente el porcentaje de respuesta, obteniendo un 14.6 (7 de 48 profesionales) la franja de 25-50 sujetos, 8.3% (4 de 48 profesionales) la franja de 50-75 sujetos y un 7.3 % (3 de 48 profesionales) la franja de 75-100 sujetos. La moda en este sexto ítem es para la categoría de 0-25 sujetos.

Estos resultados demuestran que la mayoría de profesionales están ejerciendo en centros en los que se ha ido incorporando la modalidad preferente TEA de manera reciente, por ello han tratado con un menor número de sujetos.

- Ítem 8. Las personas con TEA que trató, ¿qué modalidad de escolarización tienen?

Figura 63. Valoración del ítem 8 profesionales educativos.

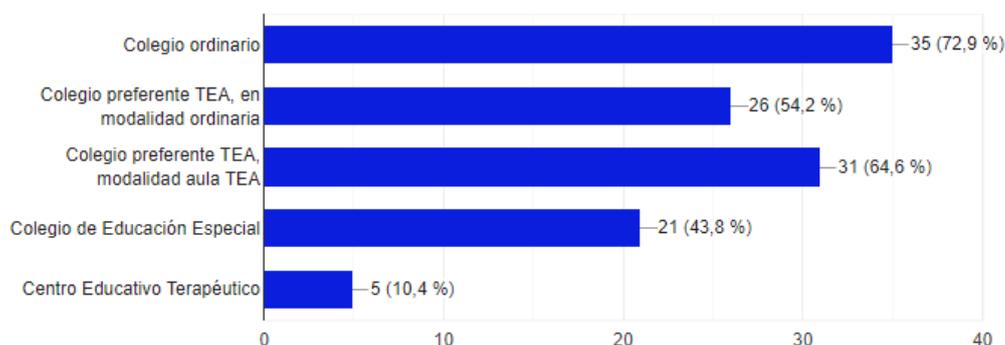


Tabla 62. Valoración del ítem 8 profesionales educativos.

	Modalidad de escolarización
Colegio ordinario	35
Colegio preferente TEA, en modalidad ordinaria	26
Colegio preferente TEA, modalidad aula TEA	31
Colegio de Educación Especial	21
Centro Educativo Terapéutico	5

En este ítem analizamos la modalidad de escolarización que tienen la mayoría de alumnos que tratan estos profesionales obteniendo un 72.9% (35 de 48 respuestas) la modalidad ordinaria, seguida del 64.6% (31 de 48 respuestas) están escolarizados en colegio preferente TEA, modalidad aula TEA y un 54.2% (26 de 48 respuestas) están escolarizados en colegio preferente TEA, modalidad ordinaria. Disminuye el porcentaje de respuesta tanto para colegio de Educación

Especial, 43.8% (21 de 48 respuestas) como en centro educativo terapéutico, 10.4% (5 de 48 respuestas). La moda es para la categoría de colegio ordinario.

De estos resultados podemos decir que más o menos la mitad de los alumnos se encuentran entre centros ordinarios y centros preferentes, tanto en modalidad ordinaria como en modalidad de aula TEA.

- Ítem 9. ¿Qué edad tienen los sujetos habitualmente cuando se produce el diagnóstico de TEA?

Figura 64. Valoración del ítem 9 profesionales educativos.

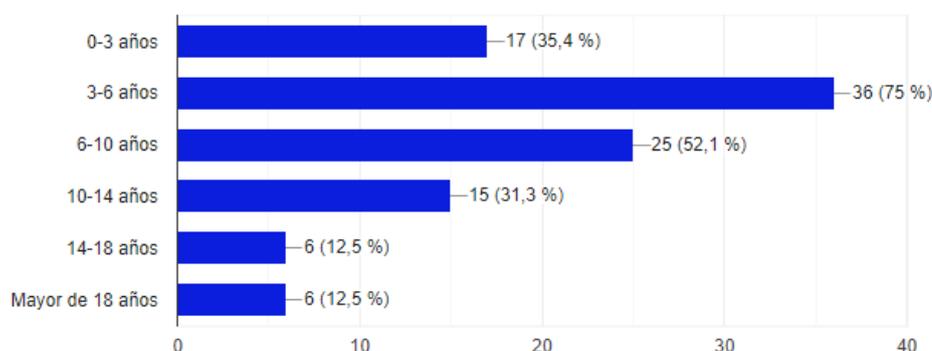


Tabla 63. Valoración del ítem 9 profesionales educativos.

	Edad de los sujetos
0-3 años	17
3-6 años	36
6-10 años	25
10-14 años	15
14-18 años	6
Más de 18 años	6

En este ítem obtenemos una respuesta mayoritaria en la franja del segundo ciclo de Educación Infantil, la comprendida entre los 3 y los 6 años, 75% (36 de 48 sujetos), disminuyendo al 52.1% (25 de 48 sujetos) en la franja de 6 a 10 años, seguida del primer ciclo de Educación Infantil, 35.4% (17 de 48 sujetos). En las franjas que menos diagnósticos se realizan es entre los 14 y 18 años, 12.5% (6 de 48 sujetos) y, en sujetos mayores a 18 años, 12.5% (6 de 48 sujetos). La moda es para la categoría de 3-6 años.

De estos resultados podemos interpretar que la mayoría de diagnósticos se están llevando a cabo en la etapa no obligatoria de Educación Infantil, previo al inicio de la escolarización obligatoria. Aunque aún es necesario seguir mejorando este aspecto ya que es casi la mitad de respuestas (25 de 48 respuestas, un 52.1%) afirman que los diagnósticos se llevan a cabo iniciada la Educación Primaria, entre los 6 y los 10 años.

- Ítem 10. ¿De qué servicio o agente recibe las solicitudes de valoración?

Figura 65. Valoración del ítem 10 profesionales educativos.

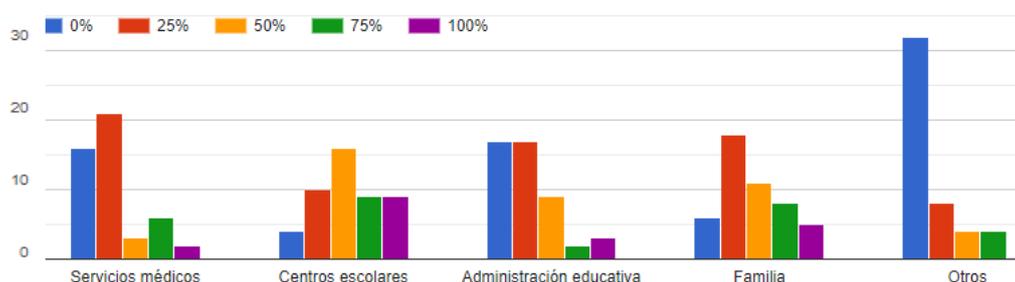


Tabla 64. Valoración del ítem 10 profesionales educativos.

	Solicitudes de valoración				
	0%	25%	50%	75%	100%
Servicios médicos	16	21	3	6	2
Centros escolares	4	10	16	9	9
Administración educativa	17	17	9	2	3
Familia	6	18	11	8	5
Otros	32	8	4	4	-

En este ítem se analizan las solicitudes que reciben los profesionales para realizar las valoraciones. La solicitud por parte de los servicios médicos les llega un 25% de solicitudes (21 de 48 profesionales), por parte del propio centro escolar les llega un 50% de solicitudes (16 de 48 profesionales); por parte de la administración educativa les llega tanto un 0% como un 25% de solicitudes (17 de 48 profesionales); por parte de la familia les llega un 25% de solicitudes (18 de 48 profesionales) y, por parte de otros agentes no reciben solicitudes (32 de 48 profesionales). La moda de los servicios médicos es el 25% (21 de 48 respuestas), de los centros escolares el 50% (16 de 48 respuestas), de la administración educativa son 0 y 25% (17 de 48 respuestas)

respectivamente, de la familia 25% (18 de 48 respuestas) y de otros agentes 0% (32 de 48 respuestas).

De esta información recogida podemos interpretar que la mitad de solicitudes que atienden los profesionales les llega a través del propio centro escolar (16 de 48 profesionales) y seguidas de las peticiones por parte de las familias (18 de 48 profesionales). Por ello considero que debieran mejorar los conocimientos que poseen los profesionales educativos y para llegar a las familias realizar escuelas de padres en las que se aborde la detección precoz de diversos trastornos entre ellos el TEA.

- Ítem 11. Señale en qué porcentaje de casos dispone de la siguiente información antes de iniciar el proceso diagnóstico.

Figura 66. Valoración del ítem 11 profesionales educativos.

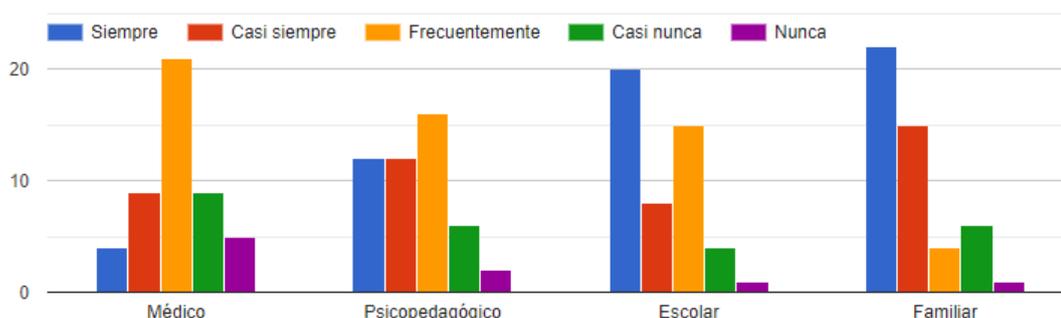


Tabla 65. Valoración del ítem 11 profesionales educativos.

	Información				
	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Casi nunca	Nunca
Médico	4	9	21	9	5
Psicopedagógico	12	12	16	6	2
Escolar	20	8	15	4	1
Familiar	22	15	4	6	1

En este ítem hemos valorado el porcentaje de casos en los que el profesional dispone de la siguiente información antes de iniciar el proceso diagnóstico. Por parte médica afirman que frecuentemente disponen de información (respuesta de 21 de 48 profesionales), seguida de las categorías casi siempre y casi nunca (respuestas de 9 de 48 profesionales) y nunca (respuesta de

5 de 48 profesionales). Por parte psicopedagógica afirman que frecuentemente disponen de información (respuesta de 16 de 48 profesionales), seguida de las categorías siempre y casi siempre (respuestas de 12 de 48 profesionales); por parte escolar afirman que siempre disponen de la información (respuesta de 20 de 48 profesionales), seguida de la categoría frecuentemente (respuesta de 15 de 48 profesionales) y, por último, los profesionales afirman que siempre disponen de la información por parte de las familias (respuesta de 22 de 48 profesionales), seguida de la categoría casi siempre (respuesta de 15 de 48 profesionales). La moda de la categoría médica es frecuentemente (21 de 48 respuestas), de la parte psicopedagógica también es frecuentemente (16 de 48 respuestas), de la escolar es siempre (20 de 48 respuestas) al igual que en la familiar (22 de 48 respuestas).

De toda esta información podemos interpretar que los profesionales educativos antes de realizar una valoración tienen en consideración el resto de ámbitos (médico, psicopedagógico, escolar y familiar), tratando de este modo de realizar valoraciones lo más óptimas posibles.

- Ítem 12. ¿Qué importancia asigna a los siguientes objetivos al comenzar el proceso diagnóstico?

Figura 67. Valoración del ítem 12 profesionales educativos.

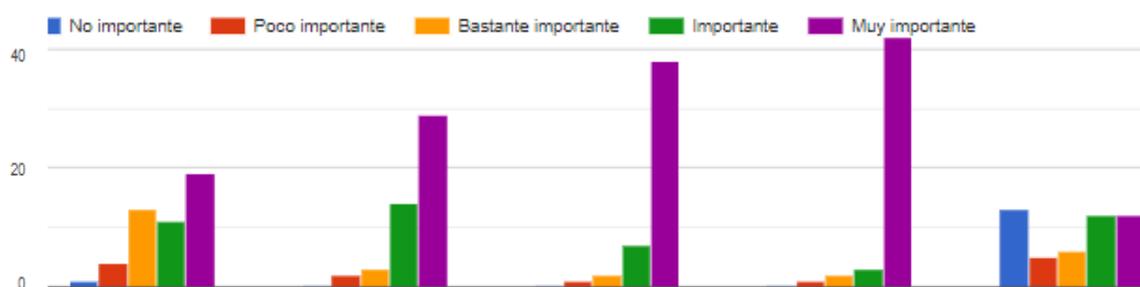


Tabla 66. Valoración del ítem 12 profesionales educativos.

	Objetivos				
	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
Determinar la modalidad de escolarización	1	4	13	11	19
Establecer un diagnóstico válido y fiable	-	2	3	14	29
Proporcionar orientación y/o consejo a la familia	-	1	2	7	38
Otros	13	5	6	12	12

En este ítem hemos querido analizar la importancia que asignan los profesionales a distintos objetivos al comenzar el proceso diagnóstico. Señalan que la determinación de la modalidad de escolarización es muy importante para la mayoría de los profesionales (19 de 48 respuestas), seguida de las categorías bastante importante para 13 de 48 respuestas profesionales y de importante para 11 de 48 respuestas. Establecer un diagnóstico válido y fiable es muy importante para 29 de los 48 profesionales, seguida de importante para 14 de 48 profesionales; el siguiente objetivo que se trata de proporcionar orientaciones y/o consejo a la familia es muy importante para 38 de 48 profesionales e importante para 7 de 48 respuestas. La categoría de otros no es importante para 13 de 48 profesionales, seguida de importante o muy importante obteniendo 12 de 48 puntuaciones en ambas categorías. La moda en la categoría de determinar la modalidad de escolarización la obtiene el nivel muy importante, la categoría de establecer un diagnóstico válido y fiable vuelve a ser muy importante, la categoría de proporcionar orientación y/o consejo a la familia sigue siendo muy importante y la categoría de otros obtiene la calificación de no importante.

De estos datos podemos interpretar que los objetivos más importantes (categorías importante y muy importante) de los profesionales al realizar un proceso diagnóstico es en primer lugar proporcionar orientación y/o consejo a la familia, respuestas obtenidas de 45 (7+38) de un total de 48 respuestas, en segundo lugar, establecer un diagnóstico válido y fiable, respuesta obtenida

de 43 (14+29) de un total de 48 respuestas y, en tercer lugar, determinar la modalidad de escolarización, respuesta obtenida de 30 (11+19) de un total de 48 respuestas.

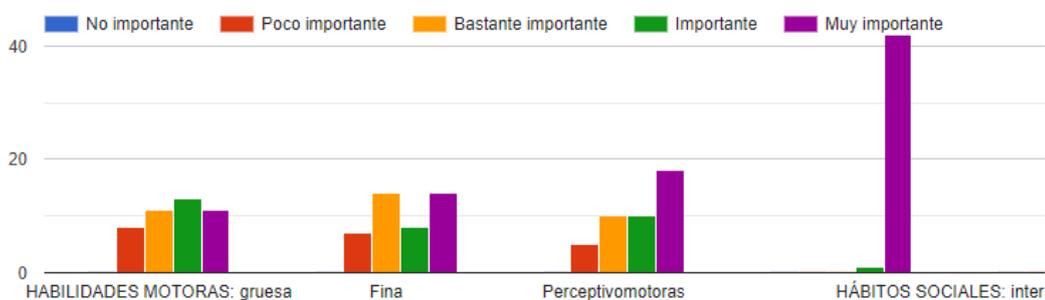
- Ítem 13. Describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar un proceso de diagnóstico de TEA, desde la adopción del marco teórico hasta la entrega del informe.

En este ítem hemos querido analizar mediante una pregunta abierta las diferentes fases que siguen los profesionales a la hora de realizar un proceso de diagnóstico TEA; después de analizar las respuestas expuestas por los profesionales (véase anexo XV). Podemos afirmar que una mayoría de ellos comenzaría el proceso realizando entrevistas tanto a la familia, al propio sujeto como a los profesionales educativos que trabajan con el alumno con el objetivo prioritario de recoger toda la información del sujeto. Algunos incluyen posteriormente una fase de observación tanto directa como indirecta y, posteriormente llevarían a cabo pruebas estandarizadas y otros complementarias. A continuación, llevan a cabo el análisis de la información obtenida, cumplimentan el informe y hacen entrega del mismo tanto a la familia como al centro escolar.

Hemos podido apreciar que no todos los profesionales siguen unas mismas fases o el orden no es igual, por lo que creemos que debiera establecerse unas pautas comunes para que todos los profesionales sigan un mismo rigor en el proceso de diagnóstico.

- Ítem 14. Señale la importancia que otorga a las siguientes áreas de exploración en el proceso diagnóstico de TEA.

Figura 68. Valoración del ítem 14 profesionales educativos.



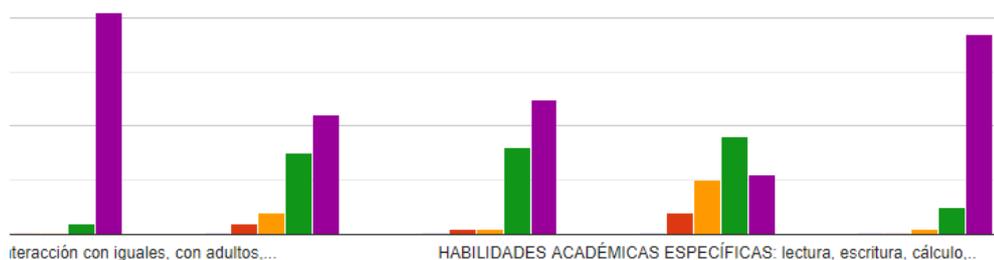


Tabla 67. Valoración del ítem 14 profesionales educativos.

	Áreas de exploración				
	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
HABILIDADES MOTORAS:	-	-	-	-	48
gruesa	-	-	-	-	48
Fina	-	-	1	2	45
Perceptivomotoras	-	-	-	-	48
CONDUCTA	-	-	-	-	48
HABILIDADES SOCIALES	-	2	6	14	26
ASPECTOS AMBIENTALES	-	2	4	15	22
ASPECTOS SOCIOFAMILIARES	-	1	3	17	27
HABILIDADES ACADÉMICAS ESPECÍFICAS	-	5	11	21	11
ASPECTOS EMOCIONALES Y DE PERSONALIDAD	-	-	1	5	32

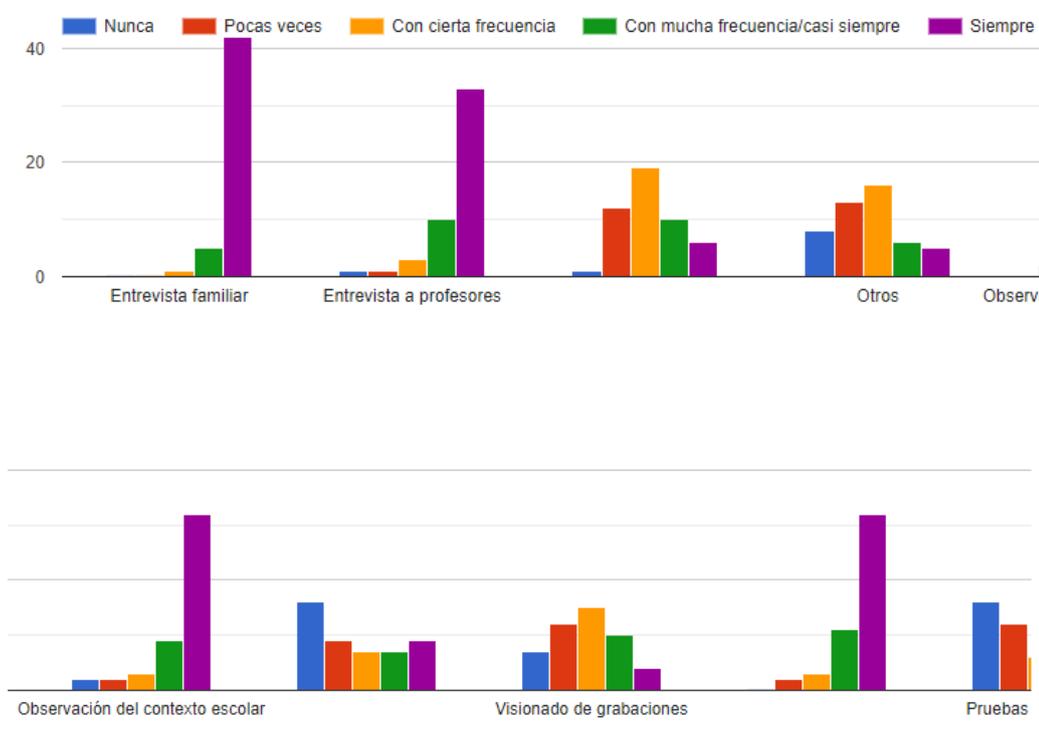
En este ítem hemos querido analizar la importancia que otorgan los profesionales a las siguientes áreas de exploración en el proceso diagnóstico de TEA. En cuanto a las habilidades motoras, la gruesa es importante para menos de la mitad de la muestra, en cambio la fina adquiere el mismo número de respuestas (menos de 20 de 48) en dos categorías: bastante importante y muy importante; el aspecto perceptivomotor es muy importante para casi la mitad de profesionales. En el área de la conducta (presencia de conductas desafiantes, hiperkinesa, comportamientos repetitivos, intereses restringidos, respuestas inusuales a estímulos, hiper/hiposensibilidad, ...) es muy importante para la mayoría de sujetos, al igual que ocurre con los hábitos sociales (interacción con iguales, con adultos, ...). Los aspectos ambientales, la parte institucional (clima del aula, organización del colegio, ...) lo consideran muy importante la mayoría de profesionales, aumentando en los aspectos sociofamiliares (patrones de interacción, estilo educativo, variables

socioculturales, ...) que obtiene 25 respuestas la categoría de muy importante. Las habilidades académicas específicas, tales como lectura, escritura, cálculo, ... obtienen una calificación de importante por parte de 18 de 48 profesionales y de muy importante por parte de 11 de 48. Por último, los aspectos emocionales y de personalidad es muy importante para 37 de los 48 profesionales encuestados.

La lectura que podemos realizar basándonos en estos datos obtenidos es que depende de los criterios personales la valoración de las áreas, ya que como hemos analizado de manera teórica los sujetos con TEA pueden presentar dificultades en estas áreas y solamente en tres de ellas (conducta, hábitos sociales y los aspectos ambientales, tanto la parte institucional como la sociofamiliar). Por ello considero que deberían establecerse categorías diagnósticas ante una sospecha de autismo.

- Ítem 15. Señale la frecuencia con la que utiliza los siguientes procedimientos de recogida de información.

Figura 69. Valoración del ítem 15 profesionales educativos.



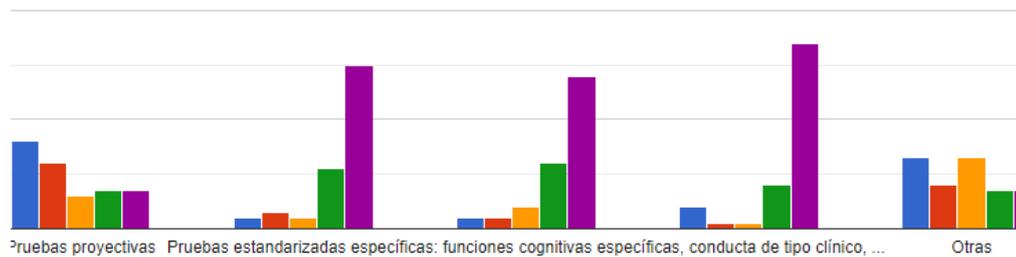


Tabla 68. Valoración del ítem 15 profesionales educativos.

	Información				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Entrevista familiar	-	-	1	5	42
Entrevista a profesores	1	1	3	10	33
Entrevista a profesionales del marco clínico	1	12	19	10	6
Otros	8	13	16	6	5
Observación del contexto escolar	2	2	3	9	32
Observación del contexto familiar	16	9	7	7	9
Visionado de grabaciones	7	12	15	10	4
Revisión de documentación	-	2	3	11	32
Pruebas proyectivas	16	12	6	7	7
Pruebas estandarizadas del amplio espectro	2	3	2	11	30
Pruebas estandarizadas específicas	2	2	4	12	28
Pruebas estandarizadas específicas de TEA	4	1	1	8	34
Otras	13	8	13	7	7

En este ítem hemos analizado la frecuencia con la que utilizan los profesionales los siguientes procedimientos de recogida de información. La entrevista familiar la utilizan siempre 42 de 48 profesionales, la entrevista a profesores la utilizan 33 de los 48 profesionales encuestados, la entrevista a profesionales del marco clínico la utilizan con cierta frecuencia 16 de los 48 profesionales encuestados, el apartado otros procedimientos lo señalan 16 de 48 profesionales en la categoría de cierta frecuencia. En cuanto a la observación del contexto escolar hay 32 de 48 profesionales que afirman que siempre lo utilizan, mientras que la observación del contexto familiar la mayor puntuación la obtiene la categoría de nunca con la respuesta de 16 de 48 profesionales. Recurren al visionado de grabaciones con cierta frecuencia 15 de 48 profesionales y, siempre revisan documentación: tareas escolares, informes de diferentes especialistas, ... un total de 32 profesionales. En cuanto a las pruebas suministradas, 16 de 48 profesionales afirman que nunca utilizan pruebas proyectivas, 30 de 48 profesionales afirman que siempre utilizan pruebas estandarizadas: pruebas de screening, inventarios de desarrollo, nivel de inteligencia, ... y 34 de 48 profesionales afirman que siempre utilizan pruebas estandarizadas específicas de TEA: funciones cognitivas específicas, conducta de tipo clínico, ... y 30 profesionales afirma utilizar siempre pruebas estandarizadas específicas de TEA.

Estos datos contradicen los informes psicopedagógicos que hoy en día se llevan a cabo ya que como indicábamos en el documento de “Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los centros preferentes de la Comunidad de Madrid abril 2012” en el que se establecen los instrumentos que se deben utilizar según el área y el nivel educativo en el que se encuentre escolarizado el alumno, se establecen las pruebas que se deben aplicar, y son escasas las pruebas estandarizadas específicas de TEA y en uno de ellos los profesionales deben recibir una formación específica para poder aplicarlo (ADOS).

- Ítem 16. Especifique que pruebas estandarizadas del amplio espectro suele emplear.

Figura 70. Valoración del ítem 16 profesionales educativos.

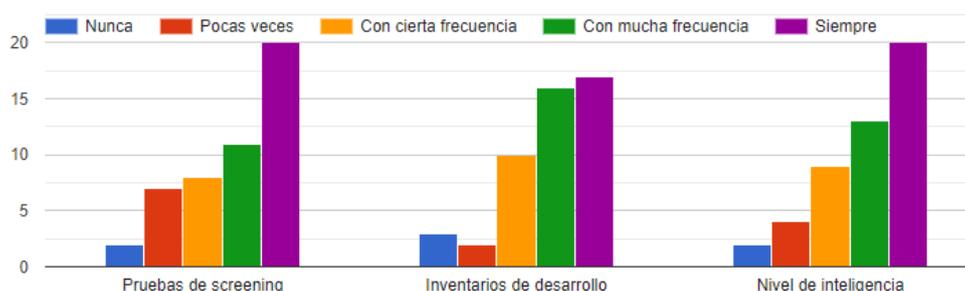


Tabla 69. Valoración del ítem 16 profesionales educativos.

	Pruebas estandarizadas				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Pruebas de screening	2	7	8	11	20
Inventarios de desarrollo	3	2	10	16	17
Nivel de inteligencia	2	4	9	13	20

En este ítem hemos analizado las pruebas estandarizadas del amplio espectro que suelen emplear los profesionales y hemos obtenido que siempre utilizan pruebas de screening 20 de los 48 profesionales encuestados; disminuye levemente el número de profesionales, 17 de los 48 profesionales afirman que siempre utilizan inventarios de desarrollo y, de nuevo 20 de 48 profesionales afirman emplear siempre pruebas estandarizadas para valorar el nivel de inteligencia; siendo la moda estos valores.

De esta información recogida podemos analizar que la mayoría de profesionales emplea pruebas estandarizadas del amplio espectro (neurotípicas), no atendiendo con ello sus necesidades.

- Ítem 17. Especifique que pruebas estandarizadas específicas suele emplear.

Figura 71. Valoración del Ítem 17 profesionales educativos.

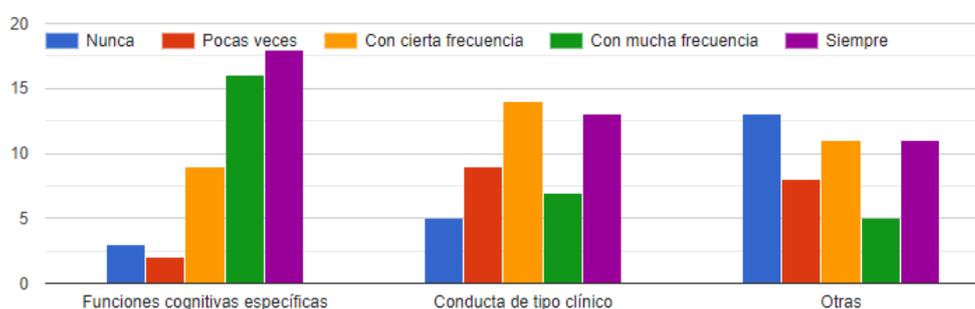


Tabla 70. Valoración del ítem 17 profesionales educativos.

	Pruebas estandarizadas específicas				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Funciones cognitivas específicas	3	2	9	16	18
Conducta de tipo clínico	5	9	14	7	13
Otras	13	8	11	5	11

En este ítem hemos analizado las pruebas estandarizadas específicas que suelen emplear los profesionales y hemos obtenido que 18 de los 48 profesionales afirman que siempre utilizan pruebas de las funciones cognitivas específicas y con mucha frecuencia las emplean 16 de 48 profesionales; en el caso de pruebas que analicen la conducta de tipo clínico, las utilizan con cierta frecuencia 14 de 48 profesionales y siempre 13 de 48. En la categoría de otras pruebas, afirman 13 de los 48 profesionales que nunca requieren otras, mientras que 11 de 48 señalan la categoría de siempre. Siendo la moda el nivel que mayores respuestas obtiene: funciones cognitivas específicas el nivel de siempre, conducta de tipo clínico con cierta frecuencia y otras nunca.

Analizando estos datos podemos afirmar que no existe un procedimiento claro en las pruebas específicas a suministrar.

- Ítem 18. Especifique que pruebas estandarizadas específicas de TEA suele emplear.

En este ítem hemos solicitado a los profesionales que especifiquen las pruebas estandarizadas específicas de TEA y hemos obtenido respuestas diversas (véase anexo XV). Las pruebas más utilizadas son ADOS, ADI-R, IDEA, M-CHAT y SCQ. En menor presencia los profesionales señalan pruebas como: WNV, Inventario de Batelle, WISC-V, PIPPSI-V, Cumanin, ENFEN, CUMANES, SENA, Escala de Hilario, MSCA, BRIEF-2, K-BIT, RAVEN, registros de conducta, perfil sensorial, Escala australiana...

Analizando las respuestas de los profesionales percibimos que no todos los profesionales conocen o tienen conocimientos acerca de las pruebas específicas para TEA y que en numerosos casos no se evalúan sus capacidades teniendo en cuenta sus dificultades.

- Ítem 19. ¿Qué estrategias de análisis de información considera más adecuadas?

Figura 72. Valoración del ítem 19 profesionales educativos.

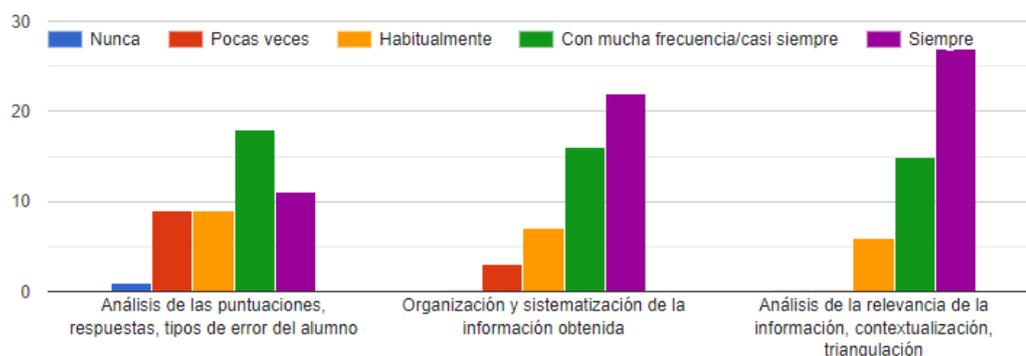


Tabla 71. Valoración del ítem 19 profesionales educativos.

	Análisis de información				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno	1	9	9	18	11
Organización y sistematización de la información obtenida	-	3	7	16	22
Análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación	-	-	6	15	27

En este ítem analizamos cuales son las estrategias que consideran más adecuadas los profesionales para realizar el análisis de información: 18 de los 48 profesionales afirman que con mucha frecuencia/casi siempre utilizan el análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno, disminuyendo a 11 de los 48 profesionales que siempre las considera más adecuadas. En cuanto a la organización y sistematización de la información obtenida, son 22 de los 48 profesionales los que siempre consideran esta estrategia como la más adecuada, seguida de 16 de 48 profesionales la consideran con mucha frecuencia y, la estrategia de análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación, siempre la consideran la más adecuada 27 de 48 profesionales y 15 de 48 la consideran con mucha frecuencia. Siendo la moda el nivel con mayores respuestas (análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno con mucha frecuencia, organización y sistematización de la información obtenida siempre y, análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación siempre).

Analizando los datos obtenidos podemos afirmar que existe una gran diversidad en el procedimiento del análisis de la información.

- Ítem 20. ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado?

Figura 73. Valoración del ítem 20 profesionales educativos.

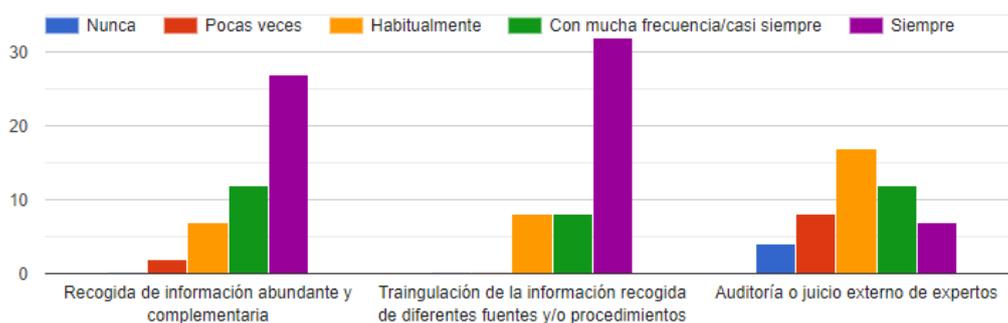


Tabla 72. Valoración del ítem 20 profesionales educativos.

	Estrategias				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Recogida de información abundante y complementaria	-	2	7	12	27
Triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos	-	-	8	8	32
Auditoría o juicio externo de expertos	4	8	17	12	7

En este ítem analizamos con qué frecuencia el profesional utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado; 25 de los 48 profesionales afirman que siempre poseen una recogida de información abundante y complementaria, 32 de 48 profesionales afirman que siempre utiliza la triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos y, frente a la auditoría o juicio externo de externos se obtiene que 17 de los 48 profesionales afirman utilizarlo habitualmente/con cierta frecuencia,

seguido de 12 de 48 que afirman utilizarlo con mucha frecuencia o casi siempre. Siendo los valores que obtienen mayores respuestas el valor de la moda de cada ítem.

Analizando los datos obtenidos podemos afirmar que la mayoría de profesionales educativos recurre bien a la recogida de información abundante y complementaria o bien a la triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos.

- Ítem 21. ¿Qué referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico?

Figura 74. Valoración del ítem 21 profesionales educativos.

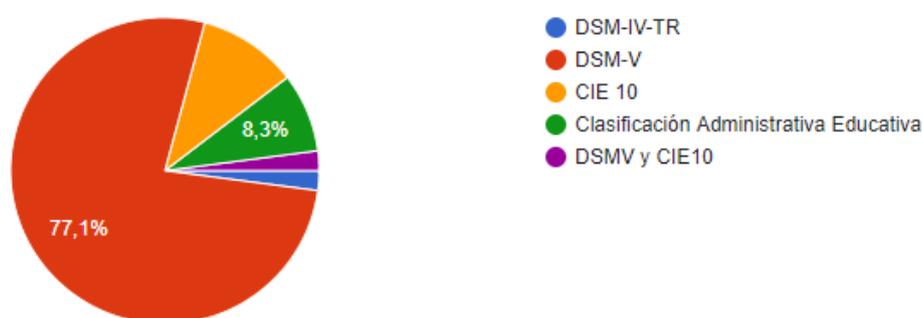


Tabla 73. Valoración del ítem 21 profesionales educativos.

	Referente
DSM-IV-TR	1
DSM-V	37
CIE-10	5
Clasificación Administrativa Educativa	4
DSM-V y CIE 10	1

En este ítem analizamos qué referente es el que utilizan en mayor porcentaje los profesionales para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico; obtenemos que el 77.1%, es decir 37 de 48 profesionales afirman utilizar el DSM-V, un 8,3% (4 de los 48 profesionales) afirma utilizar la clasificación administrativa educativa y un 10.4% (5 de los 48 profesionales) afirma utilizar el CIE 10. Siendo la moda el DSM-V.

Analizando los datos obtenidos en este ítem podemos afirmar que la mayoría de profesionales utiliza el manual de diagnóstico más reciente, el DSM-V.

- Ítem 22. En el caso de existir un diagnóstico previo emitido por otro servicio, ¿con qué frecuencia está de acuerdo con éste?

Figura 75. Valoración del ítem 22 profesionales educativos.

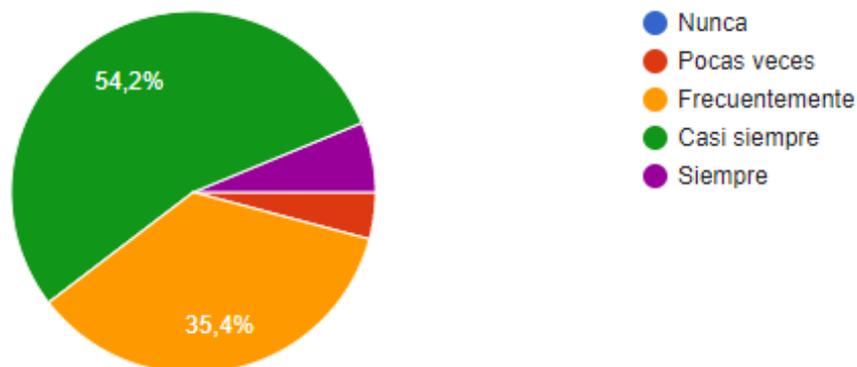


Tabla 74. Valoración del ítem 22 profesionales educativos.

	Frecuencia de acuerdo
Nunca	-
Pocas veces	2
Frecuentemente	17
Casi siempre	26
Siempre	3

En este ítem analizamos con qué frecuencia suelen estar de acuerdo los profesionales cuando existe un diagnóstico previo emitido por otro servicio. Obtenemos un 54,2% (26 de 48 profesionales) en la categoría casi siempre y un 35,4% (17 de 48 profesionales) en la categoría frecuentemente. Siendo la moda la categoría de casi siempre.

Analizando los datos podemos afirmar que casi todos los profesionales encuestados afirman estar frecuentemente o casi siempre de acuerdo con los diagnósticos previos.

- Ítem 23. En el caso de que sus pacientes/alumnos ya hubieran sido diagnosticados previamente, ¿qué servicio les diagnosticó?

Figura 76. Valoración del ítem 23 profesionales educativos.

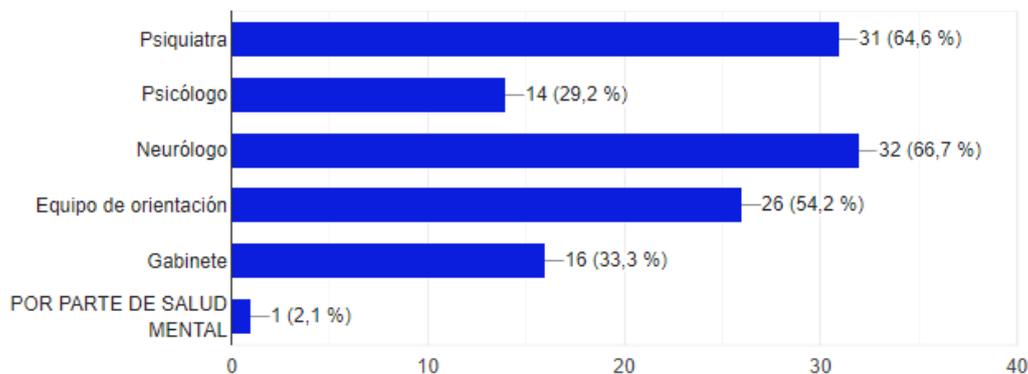


Tabla 75. Valoración del ítem 23 profesionales educativos.

	Servicio
Psiquiatra	31
Psicólogo/a	14
Neurólogo/a	32
Equipo de orientación	26
Gabinete	16
Salud mental	1

En este ítem analizamos qué servicio diagnostica de manera más frecuente y obtenemos que un 66,7% (32 de 48 profesionales) afirman que los diagnósticos los lleva a cabo un neurólogo, seguido del 64,6% (31 de 48 profesionales) afirman que los diagnósticos los realiza un psiquiatra y un 54,2% (26 de 48 profesionales) afirman que son llevados a cabo por Equipos de Orientación. Obteniendo la moda la categoría de neurólogo.

Analizando estos datos vemos que en primer lugar y de manera mayoritaria los diagnósticos provienen de campo sanitario y en tercer lugar del mundo educativo. Por ello es necesario que los profesionales de ambos sectores estén coordinados.

- Ítem 24. En qué medida ha incrementado en su centro la prevalencia del TEA (en los últimos 10 años):

Figura 77. Valoración del ítem 24 profesionales educativos.

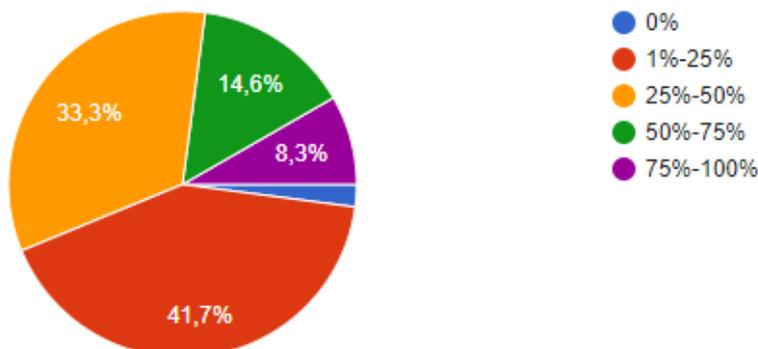


Tabla 76. Valoración del ítem 24 profesionales educativos.

	Prevalencia de TEA
0%	1
1%-25%	20
25%-50%	16
50%-75%	7
75%-100%	4

En este ítem analizamos el incremento de la prevalencia del TEA en los últimos 10 años; obtenemos que la mayoría de profesionales, un 41,7% (20 de 48 profesionales) afirma que se ha incrementado en su centro entre un 1 y un 25%, son un 33,3% (16 de 48 profesionales) los que afirman que se ha incrementado entre un 25 y un 50%, un 14,6% (7 de 48 profesionales) afirman que se ha incrementado del 50 al 75% y, un 8,3% (4 de 48 profesionales) afirma que se ha incrementado entre el 75 y el 100%. Siendo la moda el rango de 1-25%.

Analizando los datos observamos que es real el incremento de diagnósticos de autismo.

- Ítem 25. ¿Cuáles son las dificultades más habituales que se encuentra a la hora de realizar un diagnóstico de TEA?

En este ítem analizamos las dificultades más frecuentes con las que se encuentran los profesionales a la hora de realizar un diagnóstico de TEA. Entre las respuestas obtenidas (véase anexo XV) gran número de profesionales señalan como las dificultades más frecuentes la falta de

tiempo, la saturación de los equipos, las dificultades que encuentran para llevar a cabo un diagnóstico diferencial, la comorbilidad de los sujetos, la falta de pruebas en los centros así como la formación para utilizarlos; también señalan la falta de comunicación con los docentes así como la falta de colaboración por parte de algunos docentes en el establecimiento de las medidas propuestas. Un aspecto muy señalado son las dificultades que encuentran con las familias, por un lado, les cuesta aceptar el propio proceso, en bastantes casos se encuentran con disparidad familiar a la hora de transmitir la información y es muy frecuente que presenten reticencia familiar al recibir el diagnóstico.

Estas son las dificultades que señalan los profesionales y que como hemos podido observar son muy variadas, desde la falta de formación de ellos mismos, tanto en el uso de pruebas específicas como en la identificación de los rasgos (diagnóstico diferencial) a las dificultades con otros profesionales (docentes, médicos...) como con las familias.

- Ítem 26. De acuerdo con su experiencia, ¿qué elementos mejorarían el proceso diagnóstico?

En este ítem pedimos a los profesionales que señalen, en función de su experiencia, aquellos elementos que mejorarían el proceso diagnóstico (véase anexo XV); entre las respuestas obtenidas destaca que de manera mayoritaria señalan la falta de profesionales y de recursos, indicando como recursos las pruebas, debido a que en muchos casos no poseen pruebas específicas y/o carecen de formación para aplicarlas. Otros elementos señalados son la falta de tiempo para llevar a cabo coordinaciones, la necesidad de que las valoraciones sean realizadas en equipo multidisciplinar (coevaluación) y de que existan protocolos unificados y criterios unánimes en cuanto a las pruebas que se deben aplicar. Algunos profesionales también señalan la posibilidad de que se lleve a cabo un screening en seguimiento por parte de los profesionales sanitarios (pediatras) en los primeros años y la necesidad de sensibilizar a nivel sociedad acerca del autismo.

Analizando las respuestas observamos que casi todos los profesionales señalan elementos muy concretos en el proceso, en los recursos o en la propia formación que si se estableciera un protocolo y unas indicaciones de cómo proceder en las evaluaciones se unificarían criterios y se ayudaría a los profesionales a llevar a cabo su labor.

- Ítem 27. ¿Qué elementos disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico?

En este ítem analizamos los elementos que consideran los profesionales que disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico (véase anexo XV). Entre las respuestas obtenidas en generalizado la necesidad de incrementar la formación específica de los profesionales en todos los ámbitos (educativo y clínico) para mejorar los diagnósticos, también señalan la importancia de la coordinación entre los profesionales implicados, solicitando que el proceso diagnóstico sea llevado por dos profesionales para una mejor atención y que haya apoyo por parte de expertos; que no se demoren en el tiempo las citas médicas ante sospechas de TEA, que se empleen pruebas adecuadas, que se pueda trabajar la sensibilización con las familias y que no sea un impedimento poder acceder a determinados recursos por dificultades económicas (financiación).

Una vez analizadas las respuestas observamos que los profesionales creen que, con formación, dotación de recursos (más personal y pruebas) y elaborando un protocolo se solventarían muchas de las dificultades que hoy en día se encuentran.

- Ítem 28. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico?

En este ítem solicitamos a los profesionales que señalen en qué medida estiman que la información ofrecida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico (véase anexo XV). De las respuestas obtenidas extraemos que casi todos los profesionales señalan que es muy importante la información que aporta la familia, pero no debe ser determinante ya que en numerosos casos son una gran fuente de información, pero en ocasiones no perciben la realidad tal y como es y ofrecen información sesgada.

Habiendo analizado las respuestas, observamos que se trata de una visión global casi unificada por lo que se debe dar tratamiento a la información que reciben los profesionales.

- Ítem 29. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia la tienen en cuenta?

En este ítem analizamos si los profesionales estiman que la información ofrecida por la familia la tienen en cuenta (véase anexo XV). Analizando las respuestas obtenidas observamos que casi todos los profesionales afirman que siempre la tienen en cuenta, pero es necesario tomarla con cautela, contrastando y cotejando con registros de observación, con otras fuentes y con la propia

observación. Esto es debido a que en ocasiones no reflejan la realidad, se percibe falta de asimilación de la situación y se disipan las conductas observables que se aprendían en otros contextos como es el escolar.

- Ítem 30. ¿Hay algo que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

En este último ítem preguntamos a los profesionales si quisieran compartir algo que no se haya contemplado a lo largo del cuestionario (véase anexo XV). De las respuestas obtenidas cabe destacar que un gran número de respuestas es que no añaden ningún aspecto, entre las aportaciones realizadas destacamos que es necesario que se establezca un contacto directo entre familia, centro escolar y ámbito sanitario, que debería haber alguna titulación o acreditación oficial para los profesionales que trabajan con este colectivo con el fin de evitar mala praxis, consideran que son importantes las jornadas de apoyo y asesoramiento a las familias organizadas desde los EOEPE's específicos, consideran que es necesario triangular el proceso diagnóstico, que no se lleve a cabo por un solo profesional, que se establezcan espacios de coordinación entre personal docente y los servicios sanitarios para realizar una intervención ajustada a las necesidades del alumno y por último señalan que no siempre los médicos (neuropediatras) realizan evaluaciones amplias con las que poder hacer un diagnóstico certero y que esto puede generar muchos conflictos entre los distintos especialistas que trabajan con el alumno y con las familias.

3.1.2. Resultados profesionales sanitarios

- Ítem 1. Formación.

Figura 78. Valoración del ítem 1 profesionales sanitarios.

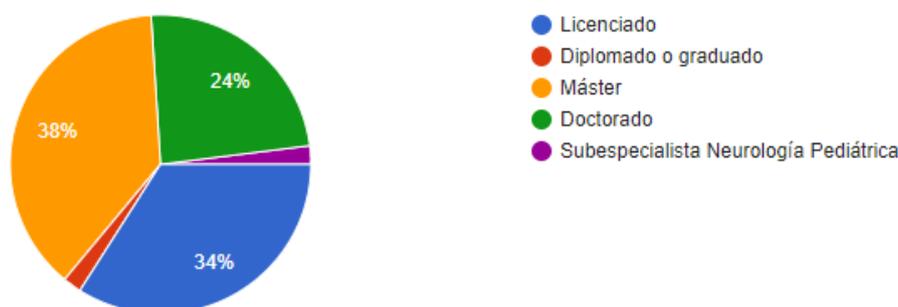


Tabla 77. Valoración del ítem 1 profesionales sanitarios.

	Formación
Licenciado/a	17
Diplomado/a o graduado/a	1
Máster	19
Doctorado/a	12
Subespecialista neurología pediátrica	1

En este primer ítem analizamos la formación que posee el profesional sanitario; se obtiene una valoración del 38% (19 de 50 profesionales) que tiene un nivel de máster, seguido de un 34% (17 de 50 profesionales) que exclusivamente posee la licenciatura y de un 24% (12 de 50 profesionales) que posee el doctorado. Siendo la moda de este primer ítem la categoría de master. De este primer ítem obtenemos la información de que hay personal sanitario que no posee una formación reglada específica para diagnosticar el trastorno que estamos abordando o si la posee son los cursos específicos para suministrar determinadas pruebas. En este primer ítem observamos que los profesionales precisan una mayor formación específica para poder llevar a cabo los procesos de diagnóstico, debido a que si no tienen una formación adecuada los informes son de baja calidad y lo que es peor no responde a las necesidades del sujeto ni a las de las familias.

- Ítem 2. Años de experiencia.

Figura 79. Valoración del ítem 2 profesionales sanitarios.

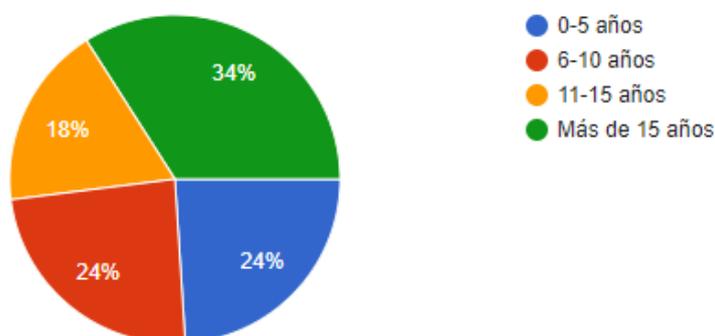


Tabla 78. Valoración del ítem 2 profesionales sanitarios.

	Años de experiencia
0-5 años	12
6-10 años	12
11-15 años	9
Más de 15 años	17

En este segundo ítem valoramos la experiencia de los profesionales en realizar evaluaciones y diagnósticos a personas con TEA, se obtiene una valoración del 34% de profesionales, 17 de 50 profesionales tiene una experiencia de más de 15 años, seguido de dos categorías que obtienen el mismo número de respuestas, un 24%, 12 de 50 profesionales afirma poseer entre 0-5 años y entre 6-10 años de experiencia. Solo un 18% (9 de 50 profesionales) posee una experiencia de 11-15 años. Siendo la moda los rangos de 0-5 años y de 6-10 años al haber obtenido el mismo número de respuestas. De este ítem podemos interpretar que en el ámbito sanitario existe una mayor experiencia valorando el trastorno.

- Ítem 3. Perfil profesional.

Figura 80. Valoración del Ítem 3 profesionales sanitarios.

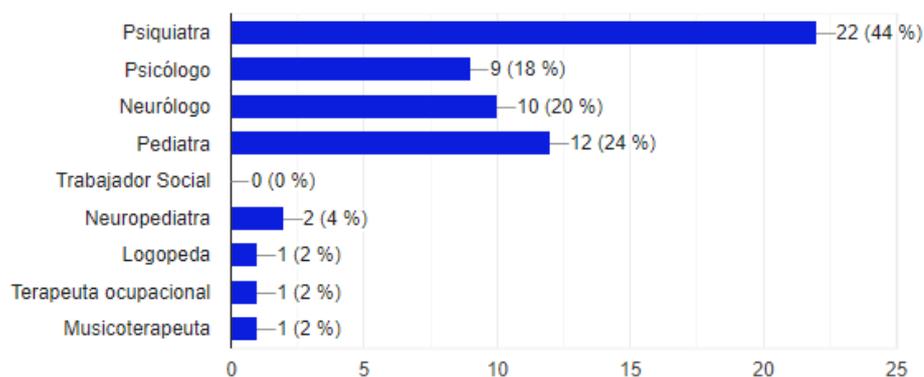


Tabla 79. Valoración del ítem 3 profesionales sanitarios.

	Perfil profesional
Psiquiatra	22
Psicólogo/a	9
Neurólogo/a	10
Pediatra	12
Trabajador/a social	-
Neuropediatra	2
Logopeda	1
Terapeuta ocupacional	1
Musicoterapeuta	1

En este tercer ítem analizamos el perfil profesional; se obtiene una valoración del 44% de profesionales (22 de 50) tienen un perfil profesional de psiquiatra, disminuyendo al 24% (12 de 50 profesionales) son pediatras, un 20% (10 de 50 profesionales) tienen un perfil de neurólogo y un 18% (9 de 50 profesionales) psicólogos. Siendo la moda la categoría de psiquiatra. De estos datos interpretamos que los perfiles de los profesionales que están llevando a cabo los diagnósticos médicos son muy variados, no teniendo la misma formación y preparación. Por ello proponemos que se debería especializar de manera concreta a los profesionales que quieran llevar a cabo este tipo de valoraciones abordando en su formación todos los procedimientos que se deben llevar a cabo en el diagnóstico.

- Ítem 4. Lugar actual de trabajo.

Figura 81. Valoración del ítem 4 profesionales sanitarios.

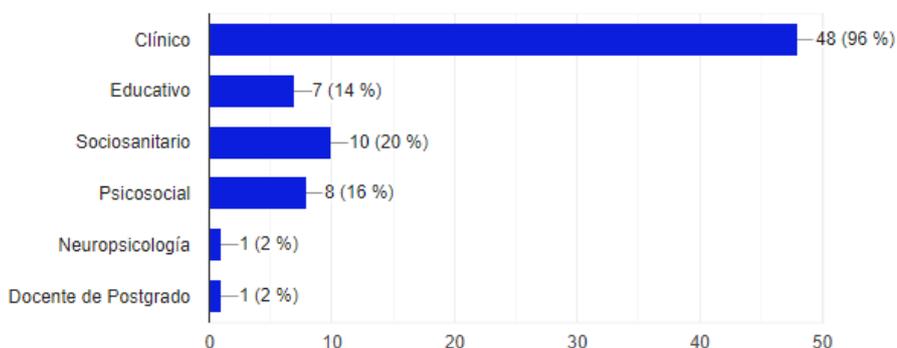


Tabla 80. *Valoración del ítem 4 profesionales sanitarios.*

	Lugar actual de trabajo
Clínico	48
Educativo	7
Sociosanitario	10
Psicosocial	8
Neuropsicología	1
Docente de postgrado	1

En este ítem acerca del lugar de trabajo, se obtienen puntuaciones muy variadas. La inmensa mayoría se centra en el ámbito clínico, 98%, (48 de 50 profesionales) seguido del ámbito sociosanitario, 20% (10 de 50 profesionales). El resto de ámbitos como el psicosocial obtienen un 16% (8 de 50 profesionales) y el educativo un 14% (7 de 50 profesionales). Solamente hay un servicio en el que ningún profesional posee experiencia previa y es el ámbito sociosanitario. La inmensa mayoría se centra en el ámbito educativo, 95.2%, seguido del ámbito clínico (30.2%). Solamente hay 2% respectivamente que posee experiencia en el ámbito de la neuropsicología y como docente de postgrado. Siendo la moda el ámbito clínico. Podemos llegar a la conclusión de que de manera mayoritaria los profesionales sanitarios ejercen su labor profesional dentro de los centros sanitarios, logrando de este modo la especialización progresiva de los mismos.

- Ítem 5. Servicios en los que tiene experiencia.

Figura 82. Valoración del ítem 5 profesionales sanitarios.

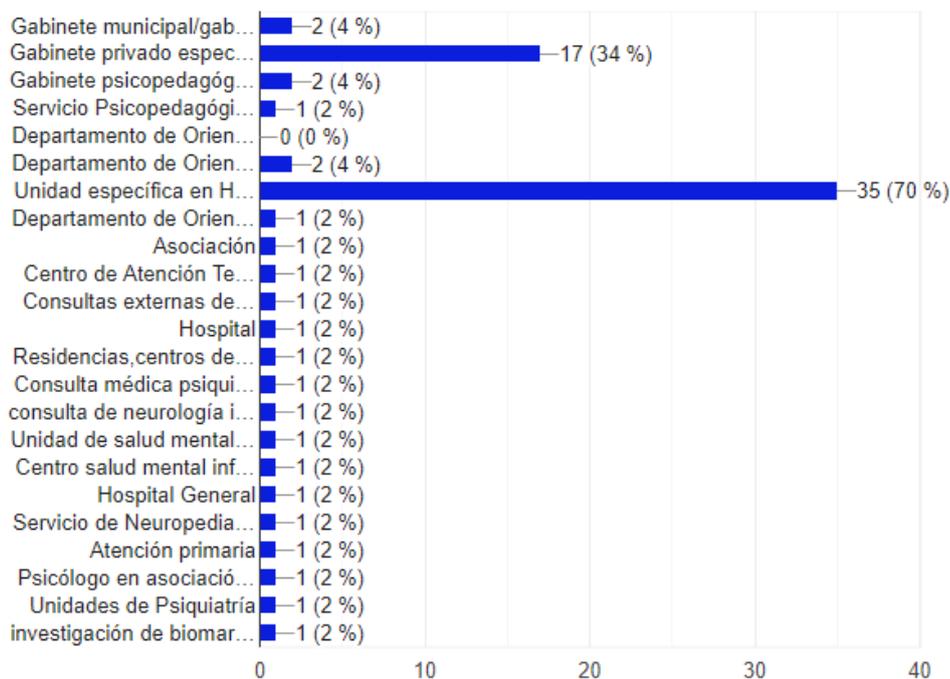


Tabla 81. Valoración del ítem 5 profesionales sanitarios.

	Servicios en los que tiene experiencia
Gabinete municipal/gabinete psicopedagógico dependiente de la administración municipal/local	2
Gabinete privado especializado	17
Gabinete psicopedagógico homologado por la administración educativa	2
Servicio Psicopedagógico escolar	1
Departamento de Orientación en IES	-
Departamento de Orientación en Centro Privado- Concertado	2
Unidad específica en hospital	35
Departamento de Orientación en colegio preferente TEA	1
Servicio de Neuropediatria	1
Centro de salud mental infanto-juvenil	1
Consulta médica psiquiátrica	1
Investigación de biomarcadores de TEA	1
Hospital general	1

Unidades de psiquiatría	1
Centro de Atención Temprana	1
Hospital	1
Asociación	1
Consultas externas de salud mental infanto-juvenil	1
Residencias, centro de día, centro de daño cerebral,..	1
Unidad de salud mental infantil	1
Consulta de neurología infantil	1
Psicólogo en asociación de padres de niños con autismo	1
Atención primaria	1

En este ítem analizamos los servicios específicos en los que tienen experiencia los profesionales y obtenemos puntuaciones muy variadas. Solamente hay un servicio en el que ningún profesional posee experiencia previa y es en el Departamento de Orientación en IES. Solamente hay 2 de 50 profesionales que tienen experiencia previa en los ámbitos de gabinete municipal, Departamento de Orientación en centro Privado-Concertado y Gabinete Psicopedagógico homologado por la administración educativa. En el ámbito del Gabinete Privado especializado hay 17 de 50 profesionales (34%) que tienen experiencia frente al 70% (35 de 50 profesionales) que tienen experiencia en Unidad específica en Hospital. El resto de categorías obtienen solamente una respuesta de 50 profesionales encuestados (2%). Siendo la moda la unidad específica en hospital.

De todas estas respuestas podemos decir que los profesionales sanitarios tienen multitud de servicios en los que desarrollar su labor profesional, siendo las unidades específicas en el ámbito clínico (hospitales) la respuesta dada por la mayoría de los profesionales que han contestado nuestra encuesta.

- Ítem 6. En su ámbito de actuación ¿tiene pacientes/alumnos con TEA?

Figura 83. Valoración del ítem 6 profesionales sanitarios.

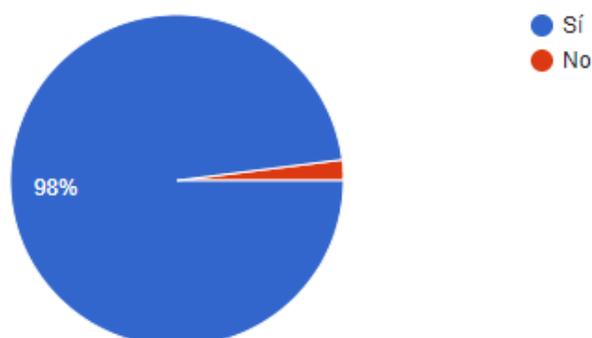


Tabla 82. Valoración del ítem 6 profesionales sanitarios.

	Ámbito de actuación con TEA
Si	49
No	1

En este sexto ítem se analiza si los profesionales que han contestado actualmente trabajan con personas con TEA; obtenemos una valoración del 98% de respuestas positivas (49 de 50 sujetos). Siendo la moda la categoría de si. De ello podemos confirmar que nuestra muestra es significativa y apropiada, ya que tienen un contacto directo con la población de nuestro estudio.

- Ítem 7. ¿Cuántas personas con TEA ha tratado?

Figura 84. Valoración del ítem 7 profesionales sanitarios.

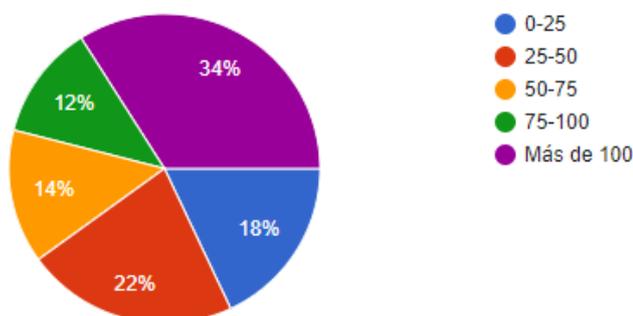


Tabla 83. Valoración del ítem 7 profesionales sanitarios.

	Personas ha tratado
0-25	9
25-50	11
50-75	7
75-100	6
Más de 100	17

En este ítem se analiza cuántas personas con TEA han tratado los profesionales, obteniendo una valoración del 34% (17 de 50 profesionales) aquellos que han tratado más de 100 personas, seguido del 22% (11 de 50 profesionales) que afirman haber entre 25 y 50 personas. El resto de cifras disminuye considerablemente el porcentaje de respuesta, obteniendo un 18% (9 de 50 profesionales) la franja de 0-25 sujetos, 14% (7 de 50 profesionales) la franja de 50-75 sujetos y un 12% (6 de 50 profesionales) la franja de 75-100 sujetos. Siendo la moda en este séptimo ítem la categoría de más de 100 sujetos.

Estos resultados demuestran que la mayoría de profesionales posee una experiencia diagnóstica.

- Ítem 8. Las personas con TEA que trató, ¿qué modalidad de escolarización tienen?

Figura 85. Valoración del ítem 8 profesionales sanitarios.

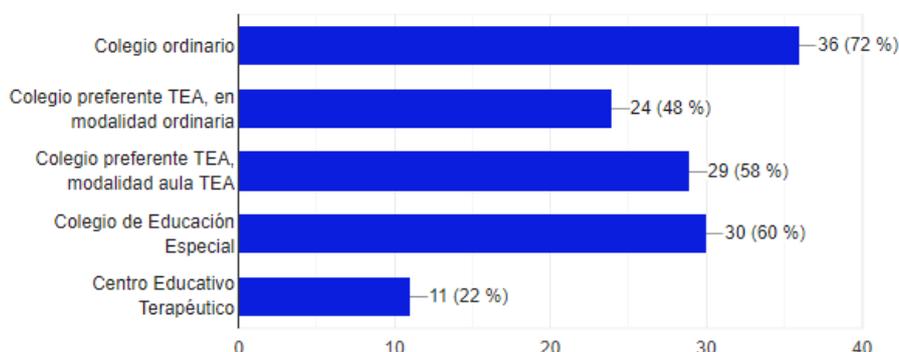


Tabla 84. Valoración del ítem 8 profesionales sanitarios.

	Modalidad de escolarización
Colegio ordinario	36
Colegio preferente TEA, en modalidad ordinaria	24
Colegio preferente TEA, modalidad aula TEA	29
Colegio de Educación Especial	30
Centro Educativo Terapéutico	11

En este ítem analizamos la modalidad de escolarización que tienen la mayoría de alumnos que tratan estos profesionales obteniendo un 72% (36 de 50 respuestas) la modalidad ordinaria, seguida del 60% (30 de 50 respuestas) están escolarizados en colegios de Educación Especial y un 58% (29 de 50 respuestas) están escolarizados en colegio preferente TEA, modalidad aula TEA. Disminuye el porcentaje de respuesta tanto para colegio preferente, en modalidad ordinaria alcanzando un 48% (24 de 50 respuestas) como en centro educativo terapéutico (22%, 11 de 50 respuestas). Siendo la moda la modalidad de escolarización en centro ordinario.

De estos resultados podemos decir que dos tercios de los pacientes se encuentran entre centros ordinarios y, la mitad en centro preferentes, en modalidad de aula TEA y en centros de Educación Especial.

- Ítem 9. ¿Qué edad tienen los sujetos habitualmente cuando se produce el diagnóstico de TEA?

Figura 86. Valoración del ítem 9 profesionales sanitarios.

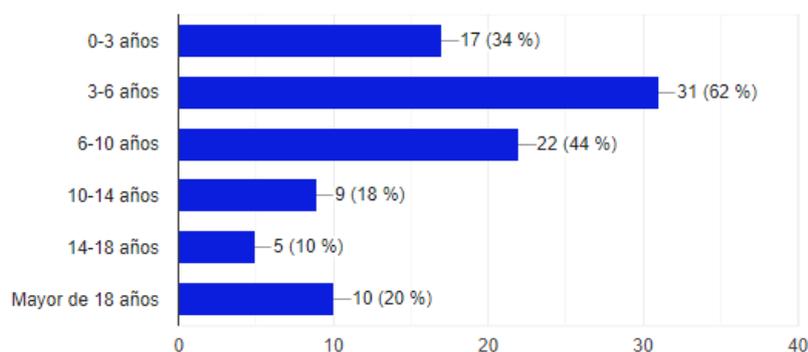


Tabla 85. Valoración del ítem 9 profesionales sanitarios.

	Edad
0-3 años	17
3-6 años	31
6-10 años	22
10-14 años	9
14-18 años	5
Mayor de 18 años	10

En este ítem obtenemos una respuesta mayoritaria en la franja del segundo ciclo de Educación Infantil, la comprendida entre los 3 y los 6 años (62%, 31 de 50 profesionales), disminuyendo al 44% (22 de 50 profesionales) en la franja de 6 a 10 años, seguida del primer ciclo de Educación Infantil, 34% (17 de 50 profesionales). En las franjas que menos diagnósticos se realizan es entre los 14 y 18 años (10%, 5 de 50 profesionales) y, en sujetos mayores a 18 años (20%, 10 de 50 profesionales). Siendo la moda la franja de edad de 3-6 años.

De estos resultados podemos interpretar que la mayoría de diagnósticos se están llevando a cabo en la etapa no obligatoria de Educación Infantil, previo al inicio de la escolarización obligatoria. Aunque aún es necesario seguir mejorando este aspecto ya que es casi la mitad de respuestas, 22 de 50 (44%), afirman que los diagnósticos se llevan a cabo iniciada la Educación Primaria, entre los 6 y los 10 años.

- Ítem 10. ¿De qué servicio recibe mayor número de solicitudes de valoración?

Figura 87. Valoración del ítem 10 profesionales sanitarios.

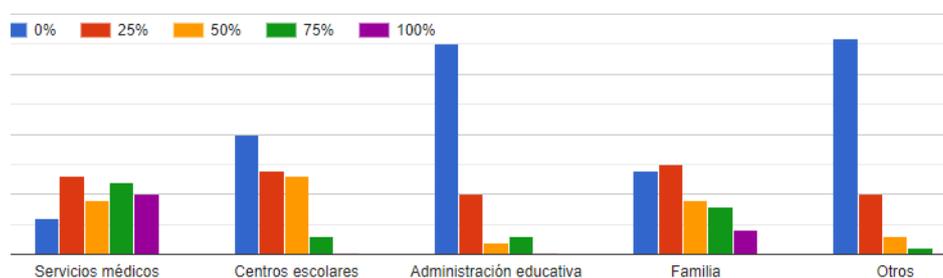


Tabla 86. Valoración del ítem 10 profesionales sanitarios.

	Solicitudes de valoración				
	0%	25%	50%	75%	100%
Servicios médicos	6	13	9	12	10
Centros escolares	20	14	13	3	-
Administración educativa	35	10	2	3	-
Familia	14	15	9	8	4
Otros	36	10	3	1	-

En este ítem se analizan las solicitudes que reciben los profesionales para realizar las valoraciones. La solicitud por parte de los servicios médicos les llega entre un 25% y un 75% de solicitudes les llega a 34 de 50 profesionales; por parte del propio centro escolar no suelen obtener solicitudes, 20 de los 50 profesionales, frente a 30 profesionales que reciben la solicitud entre un 25-75%. Por parte de la administración educativa tampoco les llegan solicitudes a 35 de 50 profesionales; por parte de la familia les llega entre un 25% y un 75% de solicitudes a 32 de los 50 profesionales y, por parte de otros agentes, no reciben solicitudes (36 de los 50 profesionales encuestados). Siendo la moda el valor que mayor respuesta obtiene, de este modo en la categoría servicios médicos la moda la obtiene el rango del 25%, en los centros escolares es del 0%, en la administración educativa vuelve a ser el 0%, en la familia el 25% y en la categoría “otros” se obtiene de nuevo el 0%.

De esta información recogida podemos interpretar que la mitad de solicitudes que atienden les llega a través de los propios servicios médicos (34 de 50 profesionales) y seguidas de las peticiones por parte de los centros escolares y de las familias. Por ello considero que debieran mejorar los conocimientos que poseen los profesionales educativos (administración educativa) para lograr diagnósticos conjuntos en los que se aborde la detección precoz de diversos trastornos entre ellos el TEA.

- Ítem 11. Antes de iniciar el proceso diagnóstico recibe información de carácter:

Figura 88. Valoración del ítem 11 profesionales sanitarios.

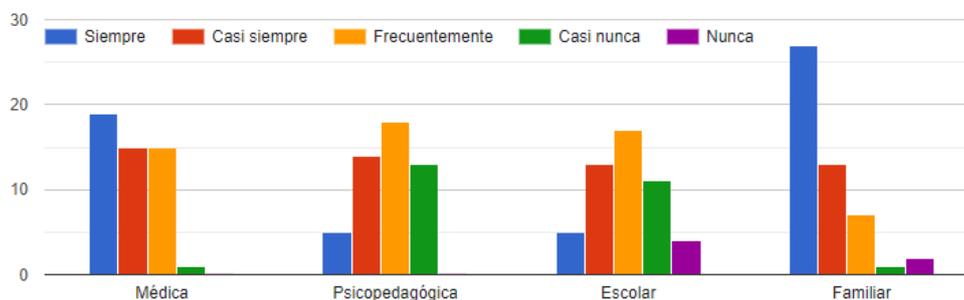


Tabla 87. Valoración del ítem 11 profesionales sanitarios.

	Información				
	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Casi nunca	Nunca
Médico	19	15	15	1	-
Psicopedagógico	5	14	18	13	-
Escolar	5	13	17	11	4
Familiar	27	13	7	1	2

En este ítem hemos valorado el porcentaje de casos en los que el profesional dispone de la siguiente información antes de iniciar el proceso diagnóstico. Por parte médica afirman que siempre disponen de información (19 de 50 profesionales), seguida de las categorías casi siempre y frecuentemente (respuestas de 15 de 50 profesionales) y casi nunca (respuesta de 1 de 50 profesionales). Por parte psicopedagógica afirman que frecuentemente disponen de información (respuesta de 18 de 50 profesionales), seguida de las categorías casi siempre (14 de 50 profesionales) y casi nunca (13 de 50 profesionales); por parte escolar afirman que frecuentemente disponen de la información (respuesta de 17 de 50 profesionales), seguida de la categoría casi siempre (respuesta de 13 de 50 profesionales) y, por último, los profesionales afirman que siempre disponen de la información por parte de las familias (respuesta de 27 de 50 profesionales), seguida de la categoría casi siempre (respuesta de 13 de 50 profesionales). Siendo la moda el nivel que mayor número de respuestas obtiene siendo para la categoría de médico el nivel de siempre, para la parte psicopedagógica frecuentemente, para la escolar también frecuentemente y para la familiar siempre.

De toda esta información podemos interpretar que los profesionales médicos antes de realizar una valoración tienen en consideración el resto de ámbitos (médico, psicopedagógico, escolar y familiar), tratando de este modo de realizar valoraciones lo más óptimas posibles.

- Ítem 12. ¿Qué importancia asigna a los siguientes objetivos al comenzar el proceso diagnóstico?

Figura 89. Valoración del ítem 12 profesionales sanitarios.

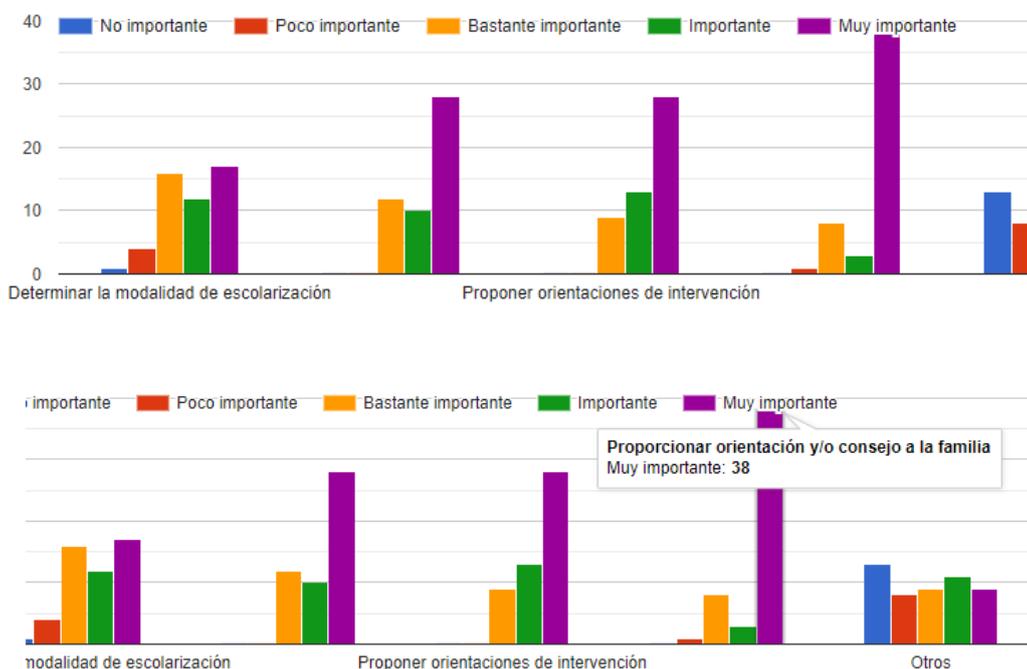


Tabla 88. Valoración del ítem 12 profesionales sanitarios.

	Objetivos				
	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
Determinar la modalidad de escolarización	1	4	16	12	17
Establecer un diagnóstico válido y fiable	-	-	12	10	28

Proponer orientaciones de intervención	-	-	9	13	28
Proporcionar orientación y/o consejo a la familia	-	1	8	3	38
Otros	13	8	9	11	9

En este ítem hemos querido analizar la importancia que asignan los profesionales a distintos objetivos al comenzar el proceso diagnóstico. Señalan que la determinación de la modalidad de escolarización es muy importante para la mayoría de los profesionales (17 de 50 profesionales), seguida de las categorías bastante importante para 16 de 50 profesionales y de importante para 12 de 50 profesionales. Establecer un diagnóstico válido y fiable es muy importante para 28 de 50 profesionales, seguida de bastante importante para 12 de 50 profesionales e importante para 10 de 50 profesionales; el siguiente objetivo que se trata de proponer orientaciones de intervención es muy importante para 28 de 50 profesionales e importante para 13 de 50. En la categoría de proporcionar orientaciones y/o consejo a la familia es muy importante para 38 de 50 profesionales, bastante importante para 8 de 50 e importante para 3 de 50 profesionales encuestados. En la última categoría de otros no es importante para 13 de 50 profesionales, seguida de importante para 11 de 50 y de bastante importante y muy importante obteniendo 9 puntuaciones en ambas categorías de los 50 profesionales encuestados.

La moda es el nivel que mayor número de respuestas obtiene, siendo: para la categoría de determinar la modalidad de escolarización, muy importante; en la categoría de establecer un diagnóstico válido y fiable es muy importante; en la categoría de proponer orientaciones de intervención, la moda la obtiene la categoría de muy importante; en la de proporcionar orientaciones y/o consejo a la familia vuelve a ser la moda el nivel de muy importante y, en la categoría de otros es el nivel de no importante el que mayor número de respuestas obtiene.

De estos datos podemos interpretar que los objetivos más importantes (categorías importante y muy importante) de los profesionales al realizar un proceso diagnóstico es en primer lugar proporcionar orientación y/o consejo a la familia, respuestas obtenidas de 45 (7+38) de un total de 50 respuestas, en segundo lugar, establecer un diagnóstico válido y fiable, respuesta obtenida de 43 (14+29) de un total de 50 respuestas y, en tercer lugar, determinar la modalidad de escolarización, respuesta obtenida de 30 (11+19) de un total de 50 respuestas.

- Ítem 13. Por favor, describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar un proceso de diagnóstico de TEA:

La mayoría de profesionales coincide que suelen llevar a cabo la recogida de la información (anamnesis) y la entrevista a los familiares, a continuación, pasan a la fase de exploración y aplicación de pruebas, mayoritariamente los profesionales nombran el ADIR-ADOS e incluyen en muchos casos pruebas complementarias clínicas. Posteriormente llevan a cabo el análisis de los resultados con la elaboración del informe y, por último, realizan la devolución del diagnóstico incluyendo el tratamiento recomendado.

- Ítem 14. Señale la importancia que otorga a las siguientes áreas de exploración en el proceso diagnóstico de TEA.

Figura 90. Valoración del ítem 14 profesionales sanitarios.

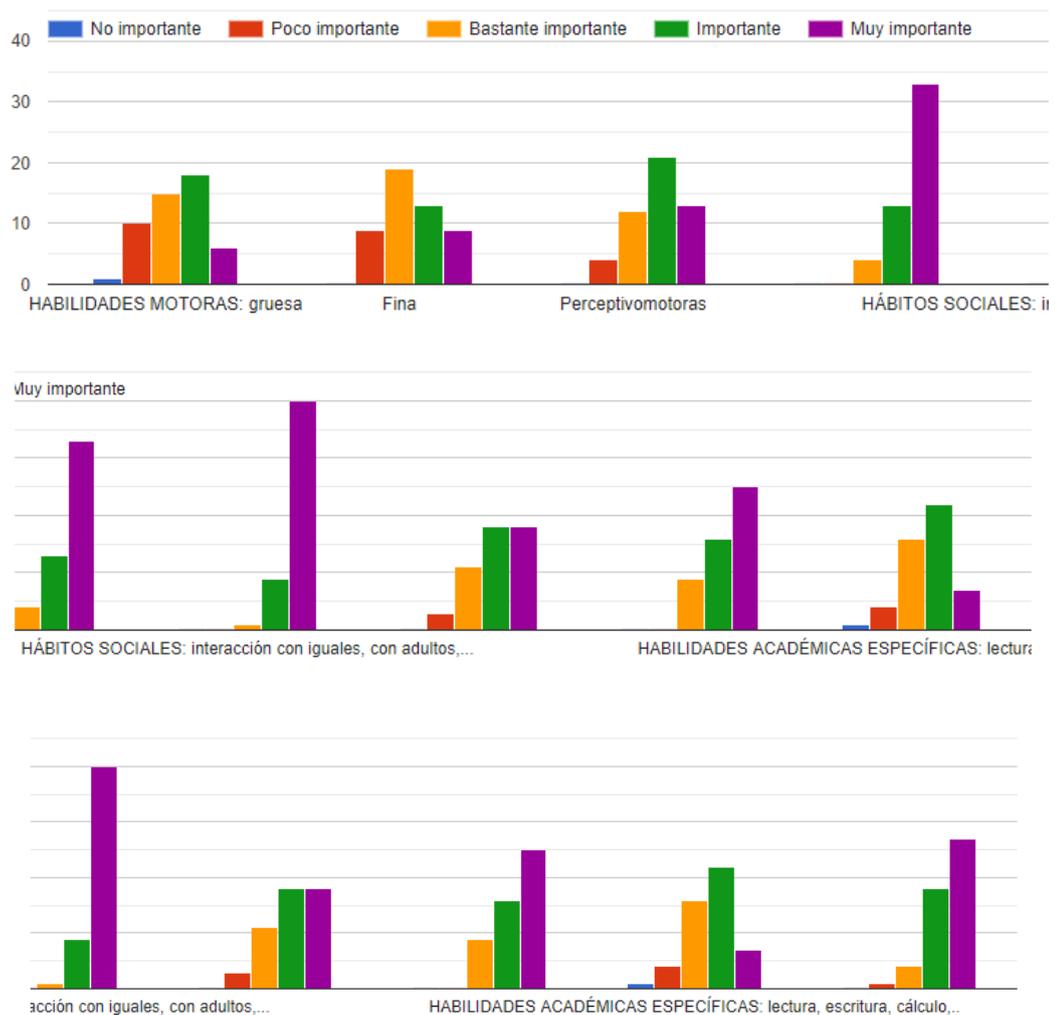


Tabla 89. Valoración del ítem 14 profesionales sanitarios.

	Áreas de exploración				
	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
HABILIDADES MOTORAS: gruesa	1	10	15	18	6
Fina	-	9	19	13	9
Perceptivomotoras	-	4	12	21	13
CONDUCTA	-	-	4	13	33
HABILIDADES SOCIALES	-	-	1	9	40
ASPECTOS AMBIENTALES	-	3	11	18	18
ASPECTOS SOCIOFAMILIARES	-	-	9	16	25
HABILIDADES ACADÉMICAS ESPECÍFICAS	1	4	16	22	7
ASPECTOS EMOCIONALES Y DE PERSONALIDAD	-	1	4	18	27

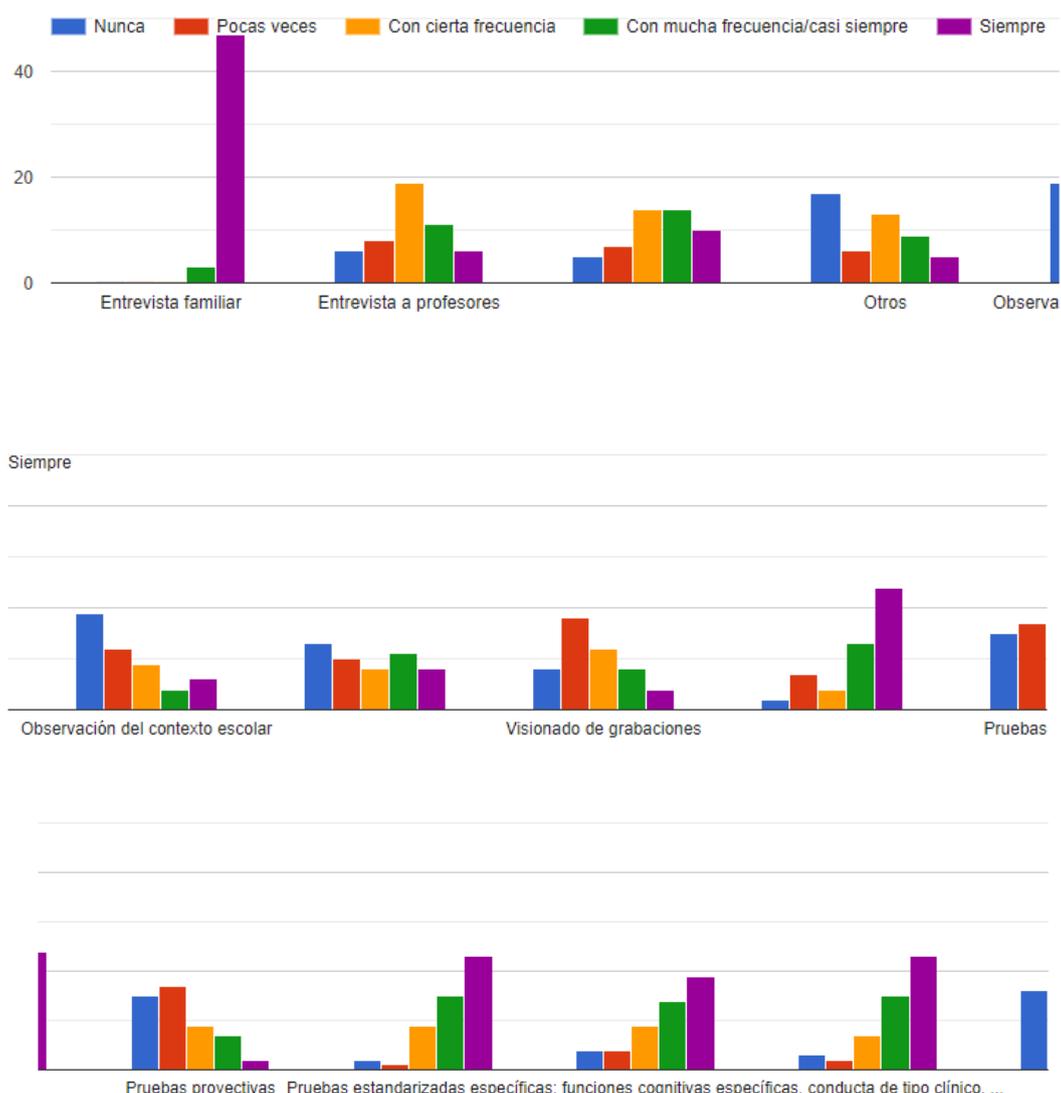
En este ítem hemos querido analizar la importancia que otorgan los profesionales a las siguientes áreas de exploración en el proceso diagnóstico de TEA. En cuanto a las habilidades motoras, la psicomotricidad gruesa es importante/bastante importante/muy importante para casi toda la muestra ($18+15+6=39$ profesionales), del mismo modo ocurre con la psicomotricidad fina, adquiere 41 de 50 puntuaciones entre las categorías de importante/bastante importante/muy importante ($19+13+9=41$); el aspecto perceptivomotor es importante para la mitad de profesionales. En el área de la conducta (presencia de conductas desafiantes, hiperkinesa, comportamientos repetitivos, intereses restringidos, respuestas inusuales a estímulos, hiper/hiposensibilidad, ...) es muy importante para la mayoría de sujetos (33 de las 50 puntuaciones), al igual que ocurre con los hábitos sociales (interacción con iguales, con adultos, ...), se obtienen 40 de las 50 respuestas recogidas. Los aspectos ambientales, la parte institucional (clima del aula, organización del colegio, ...) lo consideran muy importante/muy importante la mayoría de profesionales ($18+18=36$ de las 50 respuestas); la puntuación aumenta en los aspectos sociofamiliares (patrones de interacción, estilo educativo, variables socioculturales, ...) en los que se obtienen 41 de las 50 respuestas entre las categorías de importante/muy importante ($16+25=41$). Las habilidades académicas específicas, tales como lectura, escritura, cálculo, ... obtienen una calificación de bastante importante por parte de 16 de 50 profesionales y de importante por parte de 22 de 50. Por último, los aspectos emocionales y de personalidad es importante para 18 de 50 profesionales y muy importante para 27 de 50, es decir entre ambas

categorías se obtienen 45 de las 50 respuestas obtenidas. Siendo la moda en las diferentes categorías el valor que mayores resultados obtiene.

La lectura que podemos realizar basándonos en estos datos obtenidos es que depende de los criterios personales la valoración de las áreas, ya que como hemos analizado de manera teórica los sujetos con TEA pueden presentar dificultades en estas áreas y solamente en tres de ellas (conducta, hábitos sociales y los aspectos ambientales, tanto la parte institucional como la sociofamiliar). Por ello considero que deberían establecerse categorías diagnósticas ante una sospecha de autismo.

- Ítem 15. Señale la frecuencia con la que utiliza los siguientes procedimientos de recogida de información.

Figura 91. Valoración del ítem 15 profesionales sanitarios.



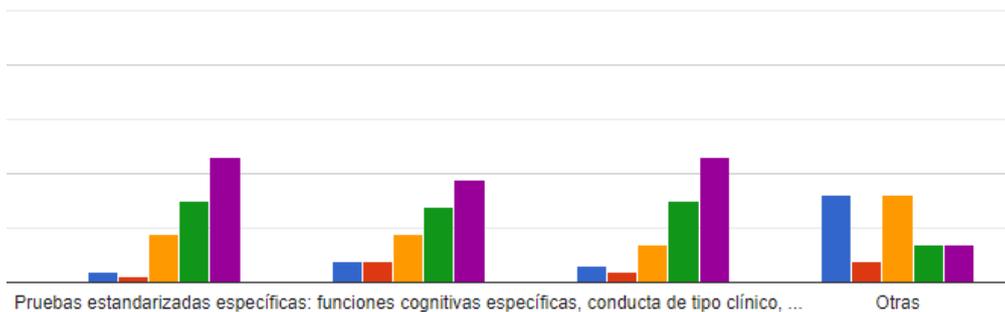


Tabla 90. Valoración del ítem 15 profesionales sanitarios.

	Información				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Entrevista familiar	-	-	-	3	47
Entrevista a profesores	6	8	19	11	6
Entrevista a profesionales del marco clínico	5	7	14	14	10
Otros	17	6	13	9	5
Observación del contexto escolar	19	12	9	4	6
Observación del contexto familiar	13	10	8	11	8
Visionado de grabaciones	8	18	12	8	4
Revisión de documentación	2	7	4	13	24
Pruebas proyectivas	15	17	9	7	2
Pruebas estandarizadas del amplio espectro	2	1	9	15	23
Pruebas estandarizadas específicas	4	4	9	14	19
Pruebas estandarizadas específicas de TEA	3	2	7	15	23
Otras	16	4	16	7	7

En este ítem hemos analizado la frecuencia con la que utilizan los profesionales los siguientes procedimientos de recogida de información. La entrevista familiar la utilizan siempre 47 de 50 profesionales, la entrevista a profesores la utilizan 33 de los 48 profesionales encuestados, la entrevista a profesionales del marco clínico la utilizan con cierta frecuencia 19 de 50 profesionales, el apartado otros procedimientos lo señalan 17 de 50 profesionales en la categoría de nunca. En cuanto a la observación del contexto escolar hay 19 de 50 profesionales que afirman que nunca lo utilizan y 12 de 50 que lo utilizan pocas veces; la observación del contexto familiar obtiene la mayor puntuación la categoría de nunca con la respuesta de 13 de 50 profesionales y 11 de 50 señalan la categoría de con mucha frecuencia. Recurren al visionado de grabaciones pocas veces 18 de 50 profesionales y, siempre revisan documentación: tareas escolares, informes de diferentes especialistas, ... un total de 24 de 50 profesionales. En cuanto a las pruebas suministradas, 32 de los 50 profesionales encuestados (15+17=32) afirman que nunca/pocas veces utilizan pruebas proyectivas, 38 de los 50 profesionales (15+23=38) afirman que con mucha frecuencia/siempre utilizan pruebas estandarizadas del amplio espectro; 32 de 50 profesionales (14+19=32) afirma que con mucha frecuencia/siempre utiliza pruebas estandarizadas específicas: pruebas de screening, inventarios de desarrollo, nivel de inteligencia, ... y 38 de 50 profesionales afirman que con mucha frecuencia/siempre utilizan pruebas estandarizadas específicas de TEA: funciones cognitivas específicas, conducta de tipo clínico, ... En cuanto a otras pruebas obtenemos la misma puntuación, 16 de 50 profesionales en las categorías nunca y con cierta frecuencia. Siendo la moda en las diferentes categorías el valor que mayores resultados obtiene.

Estos datos contradicen los informes psicopedagógicos que hoy en día se llevan a cabo ya que como indicábamos en el documento de “Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los centros preferentes de la Comunidad de Madrid abril 2012” en el que se establecen los instrumentos que se deben utilizar según el área y el nivel educativo en el que se encuentre escolarizado el alumno, se establecen las pruebas que se deben aplicar, y son escasas las pruebas estandarizadas específicas de TEA y en uno de ellos los profesionales deben recibir una formación específica para poder aplicarlo (ADOS).

- Ítem 16. Especifique que pruebas estandarizadas del amplio espectro suele emplear.

Figura 92. Valoración del ítem 16 profesionales sanitarios.

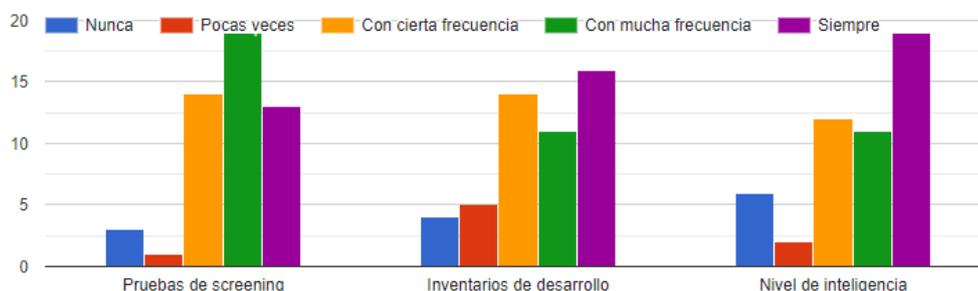


Tabla 91. Valoración del ítem 16 profesionales sanitarios.

	Pruebas estandarizadas				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Pruebas de screening	3	1	14	19	13
Inventarios de desarrollo	4	5	14	11	16
Nivel de inteligencia	6	2	12	11	19

En este ítem hemos analizado las pruebas estandarizadas del amplio espectro que suelen emplear los profesionales y hemos obtenido que con cierta frecuencia/mucha frecuencia/siempre 46 de los 50 profesionales ($14+19+13=46$) utilizan pruebas de screening, disminuye levemente el número de profesionales, 41 de los 50 profesionales ($14+11+16=41$) utilizan con cierta frecuencia/mucha frecuencia/siempre inventarios de desarrollo y, 42 de los 50 profesionales ($12+11+19=42$) afirman emplear con cierta frecuencia/mucha frecuencia/siempre pruebas estandarizadas para valorar el nivel de inteligencia. La moda en la categoría de las pruebas de screening es el nivel de mucha frecuencia, en los inventarios de desarrollo es para el nivel de siempre y en el nivel de inteligencia vuelve a ser para el nivel de siempre.

De esta información recogida podemos analizar que la mayoría de profesionales sanitarios emplea pruebas estandarizadas del amplio espectro (neurotípicas), no atendiendo con ello sus necesidades. Veremos en el análisis del siguiente ítem que tipo de pruebas estandarizadas específicas emplean para valorar las áreas afectadas.

- Ítem 17. Especifique que pruebas estandarizadas específicas suele emplear.

Figura 93. Valoración del ítem 17 profesionales sanitarios.

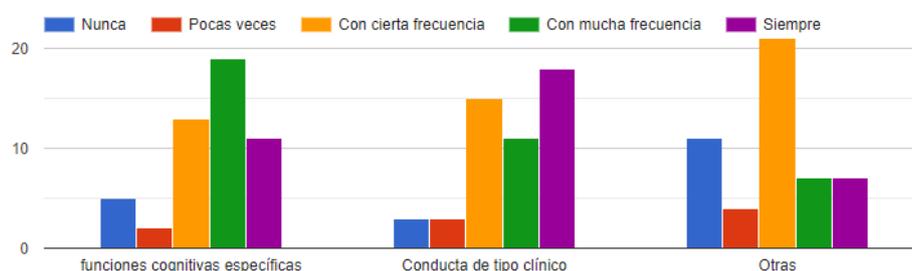


Tabla 92. Valoración del ítem 17 profesionales sanitarios.

	Pruebas estandarizadas específicas				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Funciones cognitivas específicas	5	2	13	19	11
Conducta de tipo clínico	3	3	15	11	18
Otras	11	4	21	7	7

En este ítem hemos analizado las pruebas estandarizadas específicas que suelen emplear los profesionales y hemos obtenido que 43 de 50 profesionales ($13+19+11=43$) afirman que con cierta frecuencia/mucha frecuencia/siempre utilizan pruebas de las funciones cognitivas específicas y 44 de 50 profesionales afirma emplear con cierta frecuencia/mucha frecuencia/siempre pruebas que analicen la conducta de tipo clínico. En la categoría de otras pruebas, afirman 21 de 50 profesionales que con cierta frecuencia/nunca requieren otras, mientras que 11 de 50 profesionales señalan la categoría de nunca. Siendo la moda en la categoría de funciones cognitivas específicas para el nivel de siempre, para la categoría de conducta de tipo clínico vuelve a ser para el nivel de siempre y, para la categoría de otras es para el nivel de cierta frecuencia.

Analizando estos datos podemos afirmar que los profesionales del ámbito sanitario tienen más o menos un procedimiento claro en las pruebas específicas a suministrar, aunque no está claramente especificado.

- Ítem 18. Especifique que pruebas estandarizadas específicas de TEA suele emplear.

En este ítem analizamos las pruebas estandarizadas específicas de TEA que suelen emplear los profesionales a la hora de realizar un diagnóstico de TEA. Entre las respuestas obtenidas (véase el anexo XVIII) gran número de profesionales señalan como pruebas más frecuentes: ADOS, ADI-R y M-CHAT; en menor medida nombran el inventario IDEA y el SCQ.

De los resultados obtenidos podemos decir que los profesionales sanitarios tienen establecidas las pruebas estandarizadas específicas más oportunas puesto que la mayoría (moda) nombra el ADOS y de manera global son cuatro pruebas las que citan.

- Ítem 19. ¿Qué estrategias de análisis de información considera más adecuadas?

Figura 94. Valoración del ítem 19 profesionales sanitarios.

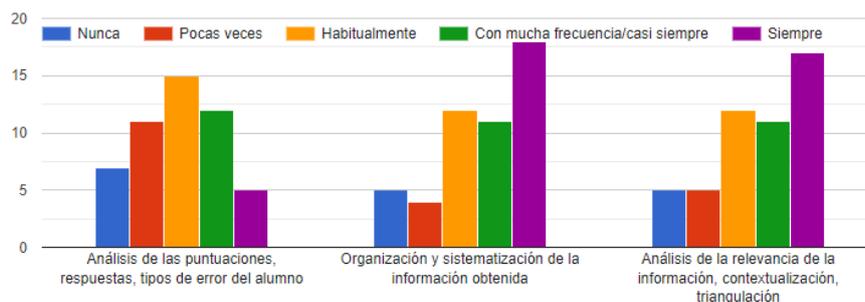


Tabla 93. Valoración del ítem 19 profesionales sanitarios.

	Análisis de información				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno	7	11	15	12	5
Organización y sistematización de la información obtenida	5	4	12	11	18
Análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación	5	5	12	11	17

En este ítem analizamos cuales son las estrategias que consideran más adecuadas los profesionales para realizar el análisis de información: 27 de 50 profesionales (15+12=27) afirman que con cierta frecuencia/mucha frecuencia utilizan el análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno, disminuyendo a 5 de 50 los profesionales que siempre las considera más adecuadas. En cuanto a la organización y sistematización de la información obtenida, son 29 de 50 profesionales (11+18=29) los que con mucha frecuencia/siempre consideran esta estrategia como la más adecuada, seguida de 12 de 50 profesionales consideran con cierta frecuencia es la más adecuada. La estrategia de análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación, siempre la consideran con cierta frecuencia/mucha frecuencia/siempre la más adecuada 40 de 50 profesionales (12+11+17=40). Siendo la moda (nivel con mayor número de respuestas) en la categoría del análisis de información el nivel de cierta frecuencia, en la organización y sistematización de la información obtenida la moda la obtiene el nivel de siempre y en la categoría de análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación la moda vuelve a ser para el nivel de siempre.

Analizando los datos obtenidos podemos afirmar que no existen criterios unificados en el procedimiento del análisis de la información.

- Ítem 20. ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado?

Figura 95. Valoración del ítem 20 profesionales sanitarios.

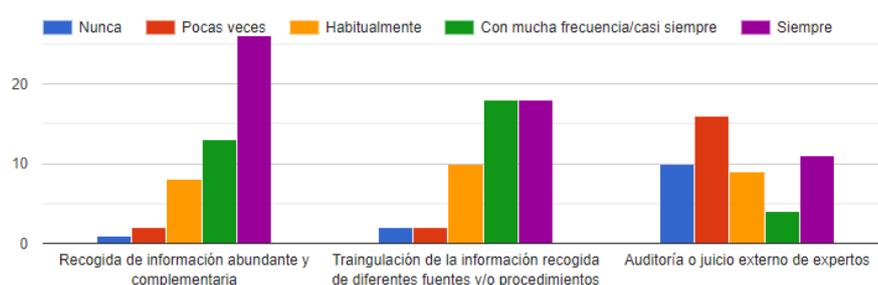


Tabla 94. Valoración del ítem 20 profesionales sanitarios.

	Estrategias				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Recogida de información abundante y complementaria	1	2	8	13	26
Triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos	2	2	10	18	18
Auditoría o juicio externo de expertos	10	16	9	4	11

En este ítem analizamos con qué frecuencia el profesional utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado; 26 de 50 profesionales afirman que siempre poseen una recogida de información abundante y complementaria, 18 de 50 profesionales afirman que con mucha frecuencia y siempre utilizan la triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos. Respecto a la auditoría o juicio externo de externos se obtiene que 16 de 50 profesionales afirman utilizarlo pocas veces, seguido de 11 de 50 que afirman utilizarlo siempre. Siendo la moda (nivel con mayor número de respuestas) en la categoría de una recogida de información abundante y complementaria la moda la obtiene el nivel de siempre, en la categoría de triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos es para dos niveles que obtienen el mismo número de respuestas, con mucha frecuencia y siempre y, la categoría de la auditoría o juicio externo de externos la moda la obtiene el nivel de pocas veces.

Analizando los datos obtenidos podemos afirmar que la mayoría de profesionales sanitarios recurre bien a la recogida de información abundante y complementaria o bien a la triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos.

- Ítem 21. ¿Qué referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico?

Figura 96. Valoración del ítem 21 profesionales sanitarios.

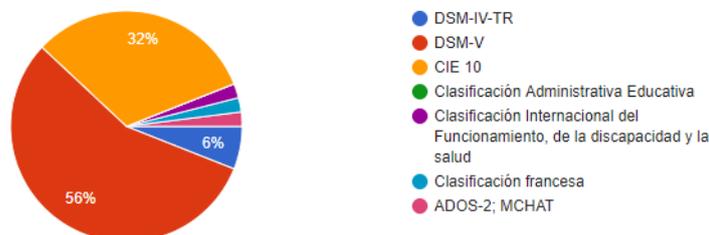


Tabla 95. Valoración del ítem 21 profesionales sanitarios.

	Referente
DSM-IV-TR	3
DSM-V	28
CIE-10	16
Clasificación Administrativa Educativa	-
Clasificación francesa	1
Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y la salud	1
ADOS-2; MCHAT	1

En este ítem analizamos qué referente es el que utilizan en mayor porcentaje los profesionales para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico; obtenemos que el 56%, es decir 28 de 50 profesionales afirman utilizar el DSM-V, un 32% (16 de 50 profesionales) afirma utilizar el CIE 10 y un 6% (3 de 50 profesionales) afirma utilizar el DSM-IV- TR. Siendo la moda la categoría del DSM-V.

Analizando los datos obtenidos en este ítem podemos afirmar que la mayoría de profesionales utiliza el manual de diagnóstico más reciente, el DSM-V.

- Ítem 22. En el caso de existir un diagnóstico previo emitido por otro servicio, ¿con qué frecuencia coincide?

Figura 97. Valoración del ítem 22 profesionales sanitarios.

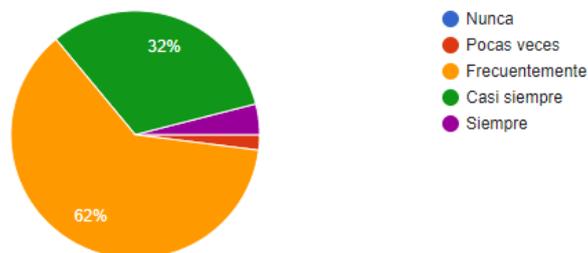


Tabla 96. Valoración del ítem 22 profesionales sanitarios.

	Frecuencia de acuerdo
Nunca	-
Pocas veces	1
Frecuentemente	31
Casi siempre	16
Siempre	2

En este ítem analizamos con qué frecuencia suelen estar de acuerdo los profesionales cuando existe un diagnóstico previo emitido por otro servicio. Obtenemos un 62% (31 de 50 profesionales) en la categoría frecuentemente y un 32% (16 de 50 profesionales) en la categoría casi siempre. Siendo la moda la categoría de frecuentemente.

Analizando los datos podemos afirmar que casi todos los profesionales encuestados afirman estar frecuentemente o casi siempre de acuerdo con los diagnósticos previos.

- Ítem 23. En el caso de que sus pacientes ya hubieran sido diagnosticados previamente, ¿qué servicio les diagnosticó?

Figura 98. Valoración del ítem 23 profesionales sanitarios.

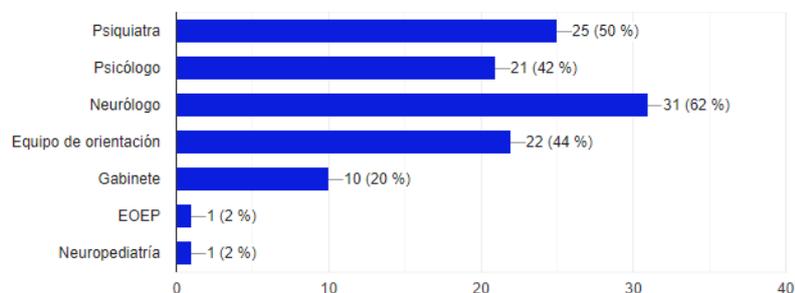


Tabla 97. Valoración del ítem 23 profesionales sanitarios.

	Servicio
Psiquiatra	25
Psicólogo/a	21
Neurólogo/a	31
Equipo de orientación	22
Gabinete	10
EOEP	1
Neuropediatría	1

En este ítem analizamos qué servicio diagnostica de manera más frecuente y obtenemos que un 62% (31 de 50 profesionales) afirman que los diagnósticos los lleva a cabo un neurólogo, seguido del 50% (25 de 50 profesionales) afirman que los diagnósticos los realiza un psiquiatra y un 44% (22 de 50 profesionales) afirman que son llevados a cabo por Equipos de Orientación. Siendo la moda la categoría de neurólogo.

Analizando estos datos vemos que en primer lugar y de manera mayoritaria los diagnósticos provienen del campo sanitario y en tercer lugar del mundo educativo. Por ello es necesario que los profesionales de ambos sectores estén coordinados.

- Ítem 24. En qué medida ha incrementado en su centro la prevalencia del TEA (en los últimos 10 años):

Figura 99. Valoración del ítem 24 profesionales sanitarios.

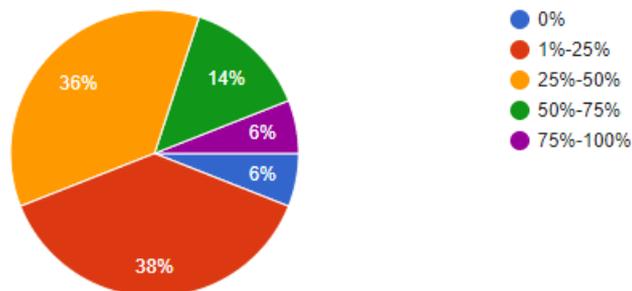


Tabla 98. Valoración del ítem 24 profesionales sanitarios.

	Prevalencia de TEA
0%	3
1%-25%	19
25%-50%	18
50%-75%	7
75%-100%	3

En este ítem analizamos el incremento de la prevalencia del TEA en los últimos 10 años; obtenemos que un 38% (19 de 50 profesionales) afirma que se ha incrementado en su centro entre un 1 y un 25%, son un 36% (18 de 50 profesionales) los que afirman que se ha incrementado entre un 25 y un 50%, un 14% (7 de 50 profesionales) afirman que se ha incrementado del 50 al 75% y, un 6% (3 de 50 profesionales) afirma que se ha incrementado entre el 75 y el 100%. Siendo la moda la categoría del rango 1-25%.

Analizando los datos observamos que es real el incremento de diagnósticos de autismo.

- Ítem 25. ¿Cuáles son las dificultades más habituales que se encuentra a la hora de realizar un diagnóstico en general y de TEA en particular?

En este ítem analizamos las dificultades más frecuentes con las que se encuentran los profesionales a la hora de realizar un diagnóstico de TEA. Entre las respuestas obtenidas (véase el anexo XVIII) gran número de profesionales señalan como las dificultades más frecuentes la falta de rigor, de tiempo y de recursos. También señalan la comorbilidad con otros diagnósticos,

la dificultad de llevar a cabo diagnósticos diferenciales, la negación de los padres, las dificultades para coordinarse y los diagnósticos tardíos que presentan diagnósticos erróneos previos.

- Ítem 26. De acuerdo con su experiencia, ¿qué elementos considera que mejorarían el proceso diagnóstico y/o disminuirían las dificultades con que se encuentra?

En este ítem analizamos los elementos que considera el profesional que mejorarían el proceso diagnóstico y/o disminuirían las dificultades con que se encuentran. Entre las respuestas obtenidas (véase el anexo XVIII) gran número de profesionales señalan como elementos: aumentar los profesionales especializados, llevar a cabo un abordaje precoz, mejorar la coordinación con los centros educativos, mejorar/aumentar los tiempos de consulta de cada paciente, llevar a cabo valoraciones de situaciones naturales a través del visionado de grabaciones, realizar coordinaciones entre los diferentes especialistas y, protocolizar el proceso diagnóstico, creando unidades multidisciplinarias.

- Ítem 27. ¿Qué elementos disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico?

En este ítem analizamos los elementos que disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico. Entre las respuestas obtenidas (véase el anexo XVIII) gran número de profesionales señalan la formación y la coordinación, sobre todo para mejorar el acceso a la información escolar son los elementos fundamentales que señalan los profesionales para disminuir las dificultades existentes. También señalan el aumento de tiempos a la hora de las valoraciones, así como la creación de unidades multidisciplinarias para valorar y realizar seguimientos.

- Ítem 28. ¿En qué medida estima que la información obtenida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico?

En este ítem analizamos en qué medida estima que la información obtenida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico. Entre las respuestas obtenidas (véase el anexo XVIII) gran número de profesionales señalan de manera mayoritaria (moda) que es muy tenida en cuenta la información obtenida por parte de la familia, aunque algunos casos señalan que, en ciertas situaciones al existir frecuentemente un proceso de negación, puede llegar a dificultar la valoración.

- Ítem 29. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia la tienen en cuenta?

En este ítem analizamos en qué medida los profesionales tienen en cuenta la información ofrecida por la familia. Entre las respuestas obtenidas (véase el anexo XVIII) gran número de profesionales (moda) señalan que siempre tienen en cuenta la información que les proporciona la familia, pero deben ser cautelosos debido a que en ocasiones la información es sesgada o dirigida; esto es debido a que en ocasiones muchas de ellas están angustiadas ante este tipo de diagnósticos e interfiere en el proceso.

- Ítem 30. ¿Hay algo que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

En este último ítem preguntamos a los profesionales si quisieran compartir algo que no se haya contemplado a lo largo del cuestionario (véase el anexo XVIII). De las respuestas obtenidas cabe destacar que un gran número de respuestas es que no añaden ningún aspecto, entre las aportaciones realizadas destacamos que es necesario que exista una mayor formación específica, así como la creación de unidades/ equipos que trabajen de manera coordinada todas las áreas, luchando de este modo por diagnósticos más precoces.

3.1.3. Resultados familiares

- Ítem 1. ¿Qué miembro de la familia tiene TEA? En el caso de haber dos o más se pide que rellene un cuestionario por cada persona.

Figura 100. Valoración del ítem 1 familiares.

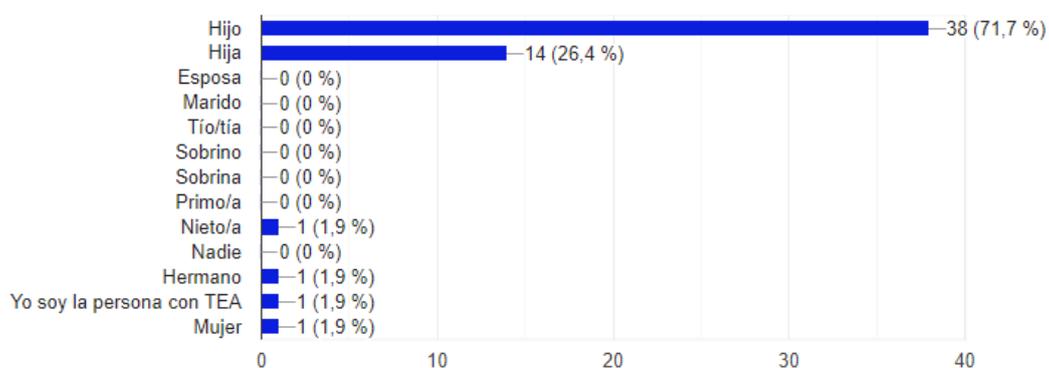


Tabla 99. Valoración del ítem 1 familiares.

	Familiar
Hijo	38
Hija	14
Esposa	-
Marido	-
Tío/tía	-
Sobrino	-
Sobrina	-
Primo/a	-
Nieto/a	1
Nadie	-
Hermano/a	1
Yo soy la persona con TEA	1
Mujer	1

En este primer ítem analizamos el miembro de la familia que presenta TEA, solicitando que en caso de haber dos o más sujetos que rellenen un cuestionario por cada persona. Este aspecto lo cumplen tres familias, teniendo hijo e hija. De estas tres familias, una marca las dos opciones en el cuestionario por lo que debemos descontar una respuesta en la opción de hijo y una respuesta en la opción de hija, la otra familia solo cumplimenta un cuestionario por lo que las respuestas totales son **53**. Obtenemos que el 73,1% (37 de 53 familiares) indican que es su hijo quien tiene TEA, disminuye hasta el 26,9% (13 de 53 familiares) señalan que es su hija quien tiene TEA. También obtienen una respuesta de 53 familiares (1,9%) las opciones de nieto/a, hermano y mujer.

Analizando estos datos vemos que se cumple la proporción de mayor presencia masculina, aunque obtenemos un porcentaje superior que el porcentaje recogido en el estudio de Autismo España (2019), recogemos la comparativa en la siguiente tabla:

Tabla 100. Comparativa incidencia TEA.

	Nuestra proporción	Artículo Autismo España (2019)
Incidencia masculina	73,58%	81,43%
Incidencia femenina	26,42%	18,53%

- Ítem 2. ¿En qué franja de edad se encuentra su familiar?

Figura 101. Valoración del ítem 2 familiares.

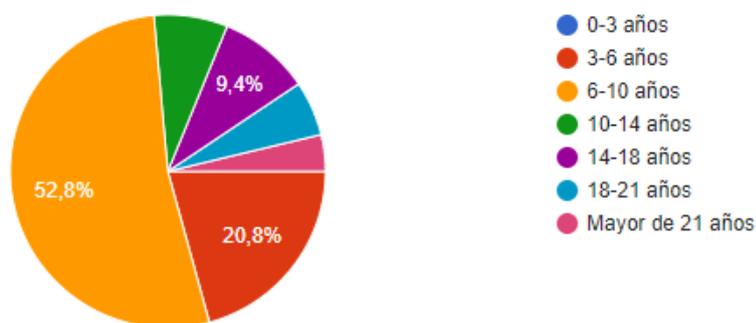


Tabla 101. Valoración del ítem 2 familiares.

	Franja de edad
0-3 años	-
3-6 años	11
6-10 años	28
10-14 años	4
14-18 años	5
18-21 años	3
Mayor de 21 años	2

En este segundo ítem analizamos la franja de edad actual de los sujetos con TEA obteniendo un 52,8% (28 de 53 familiares) la franja de edad comprendida entre los 6 y los 10 años, disminuyendo al 20,8% (11 de 53 familiares) en la franja de 3 a 6 años y vuelve a disminuir hasta el 9,4% (5 de 53 familiares) en la franja de 14 a 18 años.

Analizando los datos obtenidos observamos que la mayoría de sujetos encuestados tienen un familiar que ya ha sido diagnosticado con TEA en la franja de 3 a 6 años, viendo de este modo que los sujetos obtienen un diagnóstico antes de comenzar su escolarización obligatoria.

- Ítem 3. ¿En qué servicio educativo/laboral o residencial acude su familiar?

Figura 102. Valoración del ítem 3 familiares.

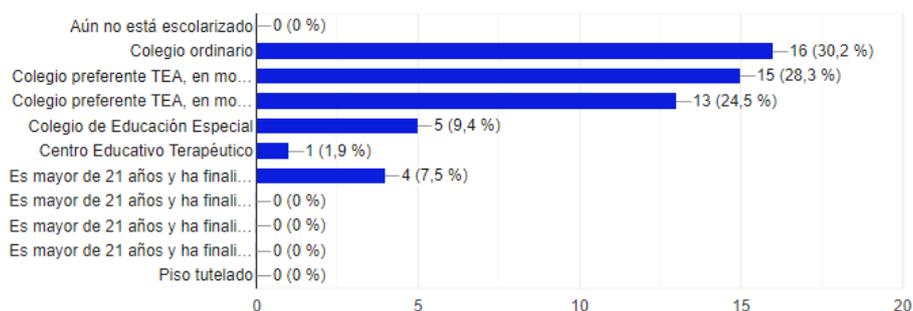


Tabla 102. Valoración del ítem 3 familiares.

	Servicio
Aún no está escolarizado	-
Colegio ordinario	16
Colegio preferente TEA en modalidad ordinaria	15
Colegio preferente TEA, en modalidad preferente TEA	13
Centro Educativo Terapéutico	5
Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en colegio ordinario	1
Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en colegio preferente TEA	-
Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en Centro Educativo Terapéutico	-
Piso tutelado	-

En este tercer ítem analizamos el servicio al que acude el familiar diagnosticado con TEA, obteniendo un 30,2% (16 de 53 respuestas) la opción de colegio ordinario, disminuyendo levemente al 28,3% (15 de 53 respuestas) en la opción de colegio preferente TEA en modalidad ordinaria y volviendo a disminuir al 24,5% (13 de 53 respuestas) la opción de colegio preferente TEA en modalidad aula TEA. Solo un 9,4% (6 de 53 respuestas) de nuestra muestra marca la opción de Educación Especial y un 1,9% (1 de 53 respuestas) la opción de Centro Educativo Terapéutico. El 7,5% (4 de 53 respuestas) es mayor de 21 años y ha finalizado su escolarización.

Analizando estos datos vemos que la mayoría de sujetos están escolarizados de manera ordinaria, siendo solamente un 24,5% los que están escolarizados en aulas TEA, un 9,4% en Educación

Especial y un 1,9% en Centro Educativo Terapéutico. De este modo se hace más visible la concienciación del Trastorno en la sociedad, ya que la mayoría de sujetos desarrolla su escolarización de un modo ordinario, precisando docentes y otros profesionales que conozcan el trastorno.

- Ítem 4. ¿Quién detectó los primeros síntomas?

Figura 103. Valoración del ítem 4 familiares.

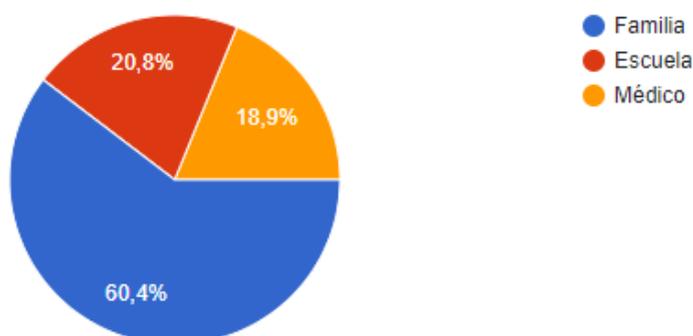


Tabla 103. Valoración del ítem 4 familiares.

	Detección
Familia	32
Escuela	11
Médico	10

En este ítem hemos analizado quien detectó los primeros síntomas, obteniendo un 60,4% (32 de 53 respuestas) la opción de la familia, un 20,8% (11 de 53 respuestas) la opción de la escuela y un 18,9% (10 de 53 respuestas) el médico.

Con ello llegamos a la conclusión de que mayoritariamente son las familias quienes aprecian en un primer momento que existe alguna dificultad en el desarrollo de su hijo/a.

- Ítem 5. Describa brevemente el proceso.

En este ítem pedimos a las familias que describieran el proceso de diagnóstico vivido (véase anexo XII); la mayoría de experiencias narran que fueron ellos mismos quienes detectaron que “algo” no iba bien en el desarrollo y acudieron al pediatra, en algunos casos los pediatras no veían

síntomas, motivo por el cual tuvieron que pedir cambio y lograron la derivación a neurología o al Equipo de Atención Temprana. Otras familias acudieron por parte privada y continuaron con tratamiento.

En otros casos es en el contexto escolar donde se detectan los primeros síntomas, tanto en la Escuela Infantil como en el colegio, quienes activan la derivación al Equipo de Atención Temprana o al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica, según la edad y según las familias fueron derivados posteriormente al Equipo Específico quien ratificó el diagnóstico y emitió el cambio de escolarización.

- Ítem 6. ¿El proceso diagnóstico ha cubierto sus expectativas? ¿Por qué?

Figura 104. Valoración del ítem 6 familiares.

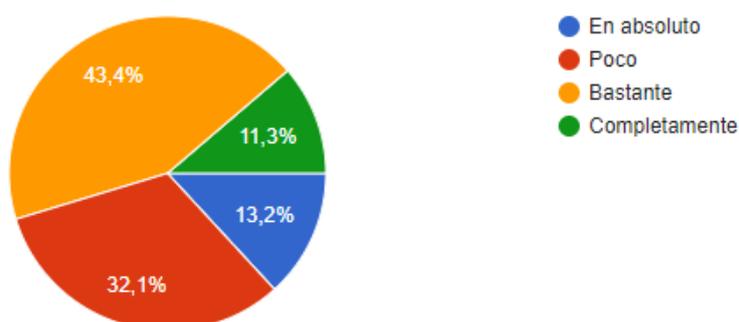


Tabla 104. Valoración del ítem 6 familiares.

	Ha cubierto sus expectativas
En absoluto	7
Poco	17
Bastante	23
Completamente	6

En este ítem se pregunta a los familiares si el proceso diagnóstico ha cubierto sus expectativas, obteniendo 11,3% (6 de 53 respuestas) la opción de completamente, un 43,4% (23 de 53 respuestas) la opción de bastante, un 32,1% (17 de 53 respuestas) en la opción poco y un 13,2% (7 de 53 respuestas) la opción en absoluto.

Analizando estos datos podemos apreciar que el sistema actual de evaluación no cumple las expectativas de las familias como argumentan en sus justificaciones no se sintieron acompañados,

en algunos casos se sienten agradecidos, pero ven injusto tener que acudir a centros privados para agilizar el proceso ya que no todos tienen esa oportunidad. Las personas que siguieron los cauces públicos argumentan que fue un proceso lento, duro y angustioso, porque de la derivación al neuropediatra terminaron visitando diversos especialistas sin ninguna explicación.

- Ítem 7. ¿El proceso diagnóstico ha cubierto o ha ayudado a cubrir las necesidades de su familiar (habilidades sociales, autonomía, comunicación, ...)?

En este ítem se pregunta a los familiares si el proceso ha cubierto o ha ayudado a cubrir las necesidades del familiar con TEA (véase anexo XII), obteniendo mayoritariamente una respuesta afirmativa, aunque es elevado el número de familiares que afirman que el proceso como tal no ha cubierto las necesidades, sino las terapias a las que acuden de manera privada ya que a los 6 años desaparecen las terapias financiadas. La otra respuesta obtenida es que se encuentran en proceso, bien porque hace poco que han recibido el diagnóstico o bien porque es un proceso lento y acudiendo a gabinetes o médicos privados han logrado acelerar el proceso.

Por tanto, analizando las respuestas obtenidas observamos que en general el propio proceso diagnóstico no cubre todas las necesidades y que en numerosas ocasiones las familias se dirigen a profesionales privados para obtener una respuesta más rápida.

- Ítem 8. ¿Qué edad tenía su familiar cuando le diagnosticaron TEA?

Figura 105. Valoración del ítem 8 familiares.

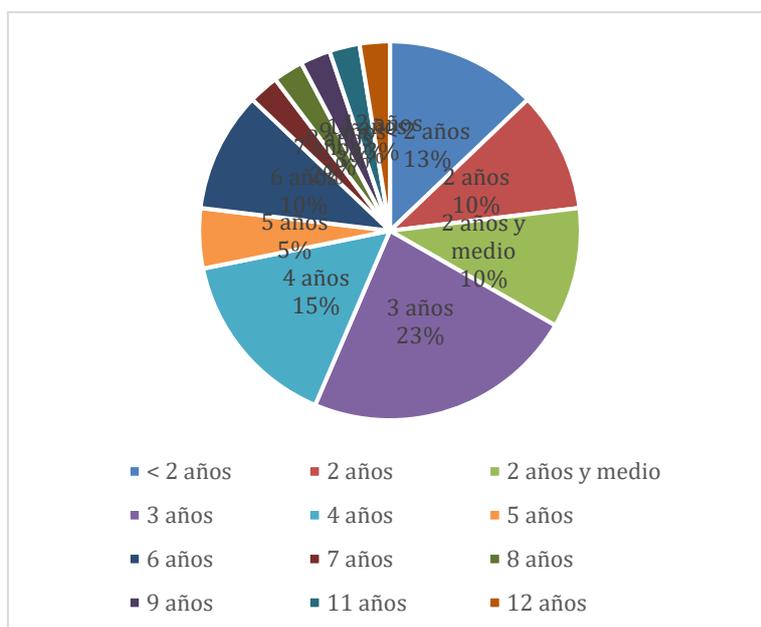


Tabla 105. Valoración del ítem 8 familiares.

	Edad
< 2 años	5
2 años	4
2 años y medio	4
3 años	9
4ª años	6
5 años	2
6 años	4
7 años	1
8 años	1
9 años	1
11 años	1
12 años	1

En este ítem solicitamos a los familiares que indicasen la edad que tenía su familiar cuando recibió el diagnóstico de TEA, observamos que la mayoría de diagnósticos (28 de 53 respuestas) se realizan cuando el sujeto es menor a los 4 años, siendo la edad de los 3 años cuando más diagnósticos recibieron (9 de 53 respuestas). También hemos recibido respuestas de familiares que afirman haber recibido el diagnóstico cuando el sujeto tenía 8, 9 e incluso 11 años, con todo lo que supone la aceptación del diagnóstico y el tratamiento.

Analizando los resultados obtenidos creemos que se debe seguir luchando por la detección precoz para poder ayudar cuando antes a estos sujetos y por consiguiente a sus familiares.

- Ítem 9. Desde que contactó con los servicios especializados hasta que recibieron el diagnóstico, ¿cuánto tiempo transcurrió?

Figura 106. Valoración del ítem 9 familiares.

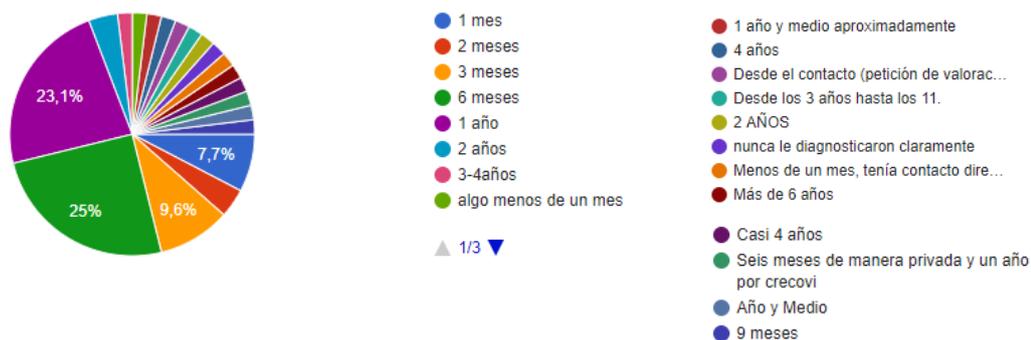


Tabla 106. Valoración del Ítem 9 familiares.

	Tiempo
1 mes	5
Algo menos de un mes	2
2 meses	2
3 meses	5
6 meses	13
9 meses	1
1 año	12
1 año y medio aproximadamente	2
Más de un año	1
2 años	3
3-4 años	1
4 años	2
Nunca le diagnosticaron claramente	1
Más de 6 años	1
6 meses por privado y un año por CRECOVI	1
Desde los 3 hasta los 11 años	1

En este ítem analizamos el tiempo que transcurrió desde que contactaron con los servicios especializados hasta que recibieron el diagnóstico. Mayoritariamente se obtiene un 25% (13 de 53 respuestas) de la muestra señala que pasaron 6 meses y un 23,1% (12 de 53 respuestas) señala que pasó un año.

Analizando estos datos, observamos que las familias se encuentran sometidas a largos procesos de diagnóstico, tardando en numerosos casos un año entero en obtener una respuesta.

- Ítem 10. ¿Cuánto tiempo tardaron en evaluar a su familiar?

Figura 107. Valoración del ítem 10 familiares.

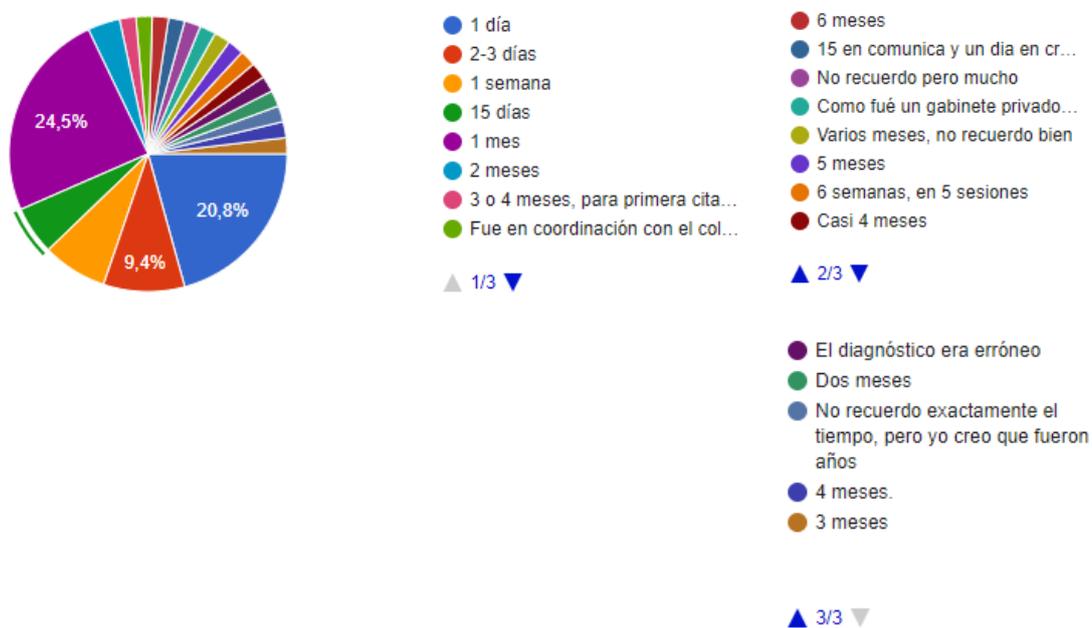


Tabla 107. Valoración del ítem 10 familiares.

	Tiempo de evaluación
1 día	11
2-3 días	5
1 semana	4
15 días	3
1 mes	13
2 meses	3
3 o 4 meses para la primera cita	6
Fue en coordinación con el colegio pero no recuerdo cuanto tardaron	1
6 meses	1
15 días en comunicar y un día en CRECOVI	1
No recuerdo, pero mucho	1
Como fue un gabinete privado, no tardaron más de un mes	1
Varios meses, no recuerdo bien	1
5 meses	1
6 semanas, en 5 sesiones	1

El diagnóstico era erróneo	1
No recuerda bien, pero fueron años	1

En este ítem analizamos el tiempo de duración de la evaluación en sí, obteniendo un 20,8% (11 de 53 respuestas) la opción de un día y un 24,5% (13 de 53 respuestas) la opción de un mes; es decir los profesionales evalúan al sujeto uno o varios días, hasta casi un mes en la inmensa mayoría de los casos, pero se demora la entrega del diagnóstico hasta los 6 meses e incluso el año.

Ante estas cifras nos surge una cuestión, ¿cómo podemos evaluar a un sujeto en solo un día y tardar meses en entregar los datos que recogemos en esa jornada? Creemos que se debe modificar este sistema, no podemos disparar tanto en el tiempo el proceso, cuando sabemos que las familias precisarán de un tiempo de duelo para su asimilación y correcta evolución.

- Ítem 11. ¿Qué servicio realizó el diagnóstico?

Figura 108. Valoración del ítem 11 familiares.

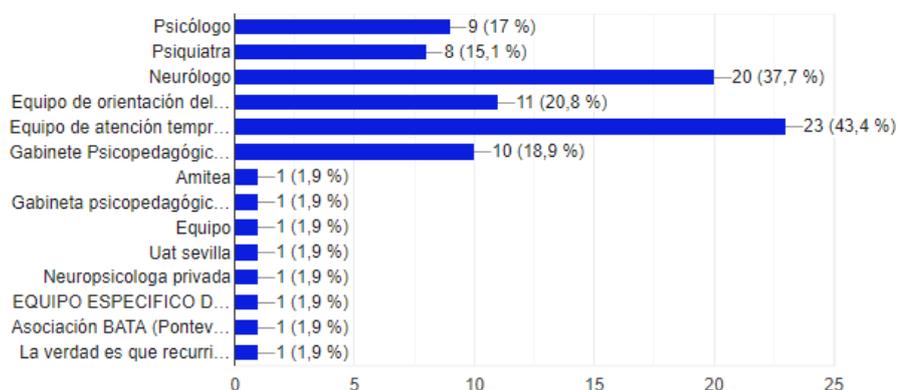


Tabla 108. Valoración del ítem 11 familiares.

	Servicio
Psicólogo/a	9
Psiquiatra	8
Neurólogo/a	20
Equipo de orientación del centro	11
Equipo de atención temprana/Equipo de orientación educativa y	26

psicopedagógica/equipo específico de la Comunidad de Madrid	
Gabinete psicopedagógico privado	10
AMITEA	1
Gabinete psicopedagógico privado y equipo de la Comunidad de Madrid	1
Neuropsicólogo/a privado	1
Asociación BATA	1
Recurrieron a todos	1

En este ítem analizamos el servicio que llevó a cabo el diagnóstico, obteniendo un 43,4% (más otras cuatro respuestas= 47%) la opción de los Equipos de Atención Temprana (EAT'S), es decir 27 de 53 respuestas equipos de orientación o equipos específicos; un 37,7% (20 de 53 respuestas) el neurólogo, un 20,8% (11 de 53 respuestas) los Equipos de Orientación del centro y un 18,9% (10 de 53 respuestas) los Gabinetes Psicopedagógicos privados.

Analizando estos datos observamos que mayoritariamente estos alumnos son diagnosticados por los Equipos de Orientación (EOEP'S y EAT'S) seguidos de los profesionales médicos. Por tanto, ¿por qué los médicos son tan reacios a colaborar en la investigación si según las cifras, llevan a cabo el 38,5% de los diagnósticos?

- Ítem 12. ¿Qué profesional fue el que más importancia tuvo o el que les entregó el diagnóstico?

Figura 109. Valoración del ítem 12 familiares.

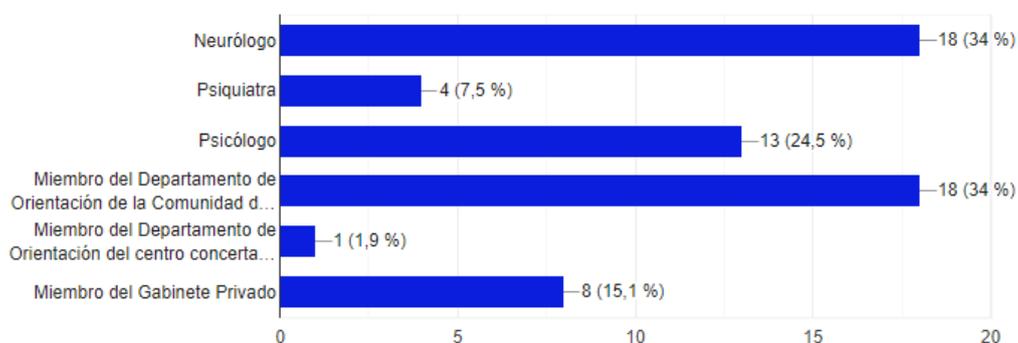


Tabla 109. Valoración del ítem 12 familiares.

	Profesional
Neurólogo/a	18
Psiquiatra	4
Psicólogo/a	13
Miembro del Departamento de Orientación de la Comunidad	18
Miembro del Departamento de Orientación del centro	1
Miembro del Gabinete Privado	8

En este ítem analizamos el perfil del profesional que según los familiares tuvo mayor importancia o el que les entregó el diagnóstico. Obtienen un 34% de respuestas (18 de 53 respuestas) tanto la opción del neurólogo como la de miembro del Departamento de Orientación de la Comunidad de Madrid (EOEP, EAT, Equipo Específico). Disminuye al 24,5% (13 de 53 respuestas) las respuestas del perfil de psicólogo y al 15,1% (8 de 53 respuestas) la opción de miembro de gabinete privado.

Analizando las respuestas vemos que a las familias les entrega por igual el diagnóstico un profesional sanitario que uno educativo, por tanto, tendremos que ver opciones para mejorar la comunicación y la colaboración entre ellos.

○ Ítem 13. ¿Qué mejoraría del proceso diagnóstico?

En este ítem se solicita a las familias que expongan los aspectos que mejorarían en el proceso diagnóstico. El comentario más frecuente (véase anexo XII), es rapidez en el proceso, comenzando por los pediatras que realizan una derivación adecuada a los especialistas, mejorando su formación en autismo para que detecten los primeros síntomas. Posteriormente con los especialistas, las familias mejorarían el trato recibido, falta de humanización y empatía, así como la información que se les va transmitiendo. Otro aspecto que es bastante frecuente es la petición de coordinación entre los diferentes especialistas, ámbito educativo, sanidad y atención temprana. Piden un mejor y mayor acceso a los recursos públicos especializados, así como que los seguimientos sean más frecuentes, no anuales.

En cuanto al Equipo Específico algunas familias señalan que fueron secos, asépticos y sin empatía.

Y, a grandes rasgos las familias solicitan que los profesionales conozcan más y mejor a sus hijos, para poder hacer un diagnóstico más adecuado.

Analizando las respuestas apreciamos que las familias no están satisfechas con el actual modelo de diagnóstico, no se sienten acompañadas, comprendidas y en muchos casos, el primer profesional al que acuden, el pediatra, no es capaz de detectar síntomas en consulta por ser periodos de tiempo muy breves.

- Ítem 14. ¿Cuánto tiempo pasó desde que les entregaron el diagnóstico hasta la incorporación a la nueva modalidad de escolarización (aula TEA, centro de Educación Especial, centro educativo terapéutico, piso tutelado, ...)?

En este ítem pedimos a las familias que indicasen el tiempo que pasó desde que les entregaron el diagnóstico hasta la incorporación a la nueva modalidad de escolarización (véase anexo XII); la respuesta más abundante recibida, es que tardaron un año, hay casos que narran que han llegado a tardar cuatro años y en otros casos, menos frecuentes en pocos meses se ha producido el cambio. En otros casos, al realizarse el diagnóstico en Escuela Infantil, al cambio al colegio es cuando se produce la incorporación a la nueva modalidad de escolarización.

Analizando las respuestas obtenidas observamos que depende de la afectación del sujeto en algunas ocasiones es más complejo el diagnóstico y en algunos casos es el motivo de que transcurra tanto tiempo, en otros es debido a que no logran la derivación o activación del protocolo y se dilata en el tiempo.

- Ítem 15. ¿Con qué frecuencia acude su hijo/a a alguno de estos especialistas?

Figura 110. Valoración del ítem 15 familiares.

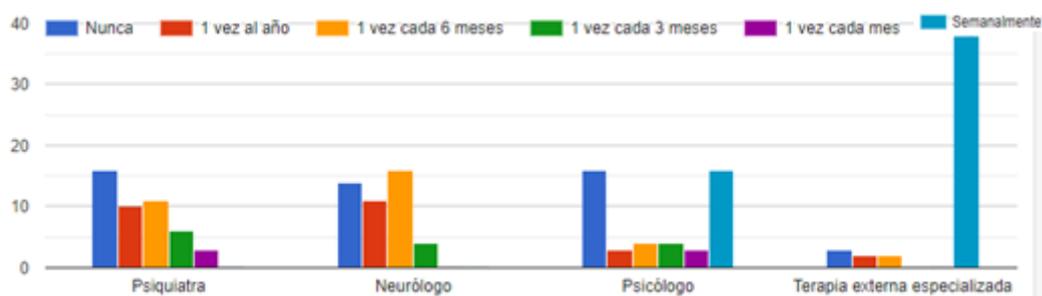


Tabla 110. Valoración del ítem 15 familiares.

	Frecuencia especialistas					
	Nunca	1 vez al año	1 vez cada 6 meses	1 vez cada 3 meses	1 vez cada mes	Semanalmente
Psiquiatra	16	10	11	6	3	-
Neurólogo/a	14	11	16	4	-	-
Psicólogo/a	16	3	4	4	3	17
Terapia externa especializada	3	2	2	-	-	39

En este ítem analizamos la frecuencia con la que acuden las personas TEA a los diferentes especialistas. De las familias encuestadas, 16 de 53 afirma que nunca acuden al psiquiatra y solamente 10 de 53 acuden 1 vez al año, 11 de 53 acuden una vez cada 6 meses y 3 de 53 cada mes; al neurólogo acuden 14 de 53 familias nunca acuden, 11 de 53 acuden una vez al año, 16 de 53 familias una vez cada 6 meses y, 4 de 53 acude una vez cada 3 meses; al psicólogo 17 de 53 familias nunca acuden, 3 de 53 acuden una vez al año, obtenemos el mismo número de respuestas, 4 de 53 familias acuden cada 6 meses y cada 3 meses, 3 de 53 acuden cada mes y 17 de 53 acude semanalmente. A terapia externa especializada acuden semanalmente 39 de los 53 sujetos encuestados, 3 de 53 nunca acuden, y obtenemos 2 de 53 respuestas tanto en la asistencia de una vez al año como en la de una vez cada 3 meses.

Analizando estos datos observamos que el seguimiento por parte médica es bastante dilatado en el tiempo, incluso hay familias que no acuden nunca a estos especialistas, pero si ven necesario y acuden a terapias externas especializadas.

- Ítem 16. Por favor detallen a qué tipo de terapia acude en caso de que asista y su participación como miembro familiar.

En este ítem solicitamos a la familia que indique a que terapia acude asiduamente su familiar y su participación (véase anexo XII); de manera mayoritaria acuden a logopedia, psicoterapia, terapia específica de TEA, terapia ocupacional, habilidades sociales e integración sensorial. Algunas familias acuden a deportes adaptados, a musicoterapia y a terapia con animales. Otras señalan que acudían antes de la pandemia pero que debido a las circunstancias derivadas de la pandemia mundial del COVID-19, durante el curso 2020-2021 no han acudido y otros argumentan

razones económicas al dejar de estar financiadas al finalizar la escolarización en Educación Infantil.

Analizando las respuestas obtenidas observamos que en numerosos casos la no financiación de las terapias afecta a la evolución-desarrollo de los sujetos al no recibir terapias específicas y solamente atender aspectos médicos.

- Ítem 17. ¿Hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

En este ítem pedimos a los familiares que expongan si quieren compartir los aspectos que no se hayan contemplado antes (véase anexo XII). Entre las respuestas más frecuentes está la petición de financiar las terapias más allá de los 6 años, ya que no dejan de tener las dificultades. Otros aspectos bastante frecuentes son: el trato recibido por parte de los especialistas, la falta de empatía; la coordinación entre los diferentes especialistas; aumentar la formación específica en TEA y concienciar a nivel sociedad del autismo.

Analizando las respuestas obtenidas percibimos que las familias piden una mayor respuesta tanto a nivel estatal como en los centros educativos.

3.2. Análisis de datos

3.2.1. Comparativa del análisis de resultados médico-educativa

- Ítem 1. Formación.

Figura 111. Valoración comparativa del ítem 1.

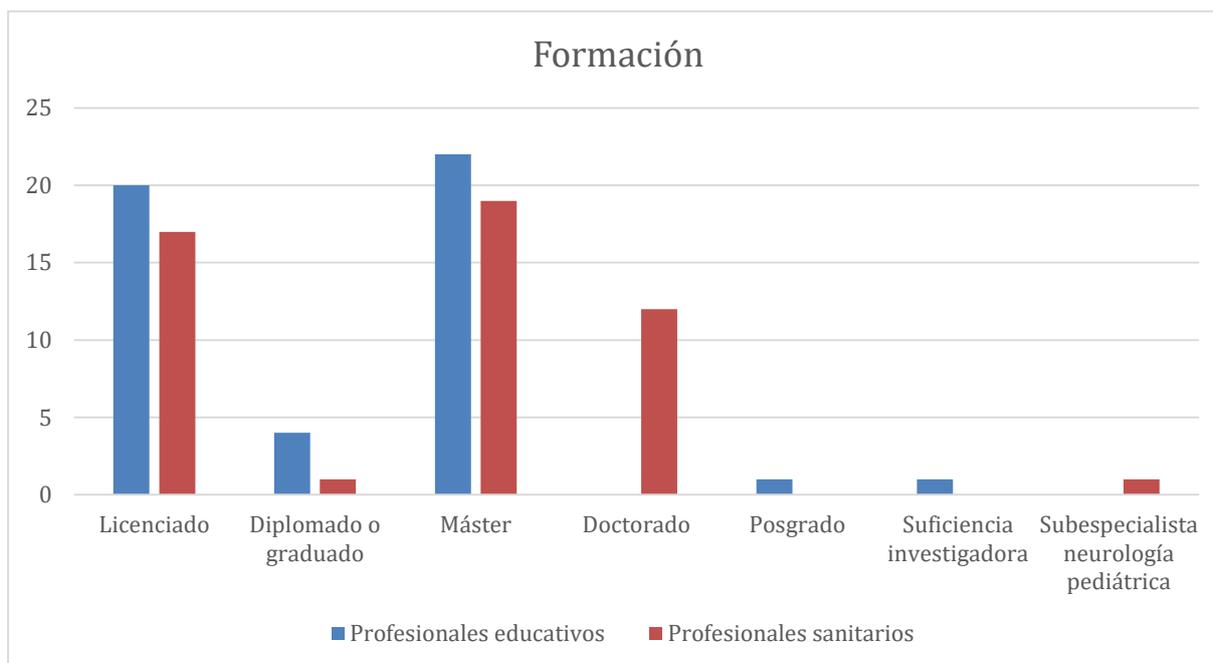


Tabla 111. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 1.

	Formación
Licenciado/a	20/17
Diplomado/a o graduado/a	4/1
Máster	22/19
Doctorado/a	-/12
Suficiencia investigadora	1/-
Posgrado	1/-
Subespecialista neurología pediátrica	-/1

Comparando el nivel de formación de los dos tipos de profesionales observamos que hay mayor número de licenciados (41,6%) y con máster (45,83%) en el mundo educativo, frente al 34% de licenciados en el mundo sanitario y al 38% de máster. En cambio, es el ámbito sanitario donde hay mayor número de doctores hay, un 245 frente a ninguno en el mundo educativo.

Esto refleja la gran diversidad de profesionalización que existe en los dos sectores.

- Ítem 2. Años de experiencia.

Figura 112. Valoración comparativa del ítem 2.

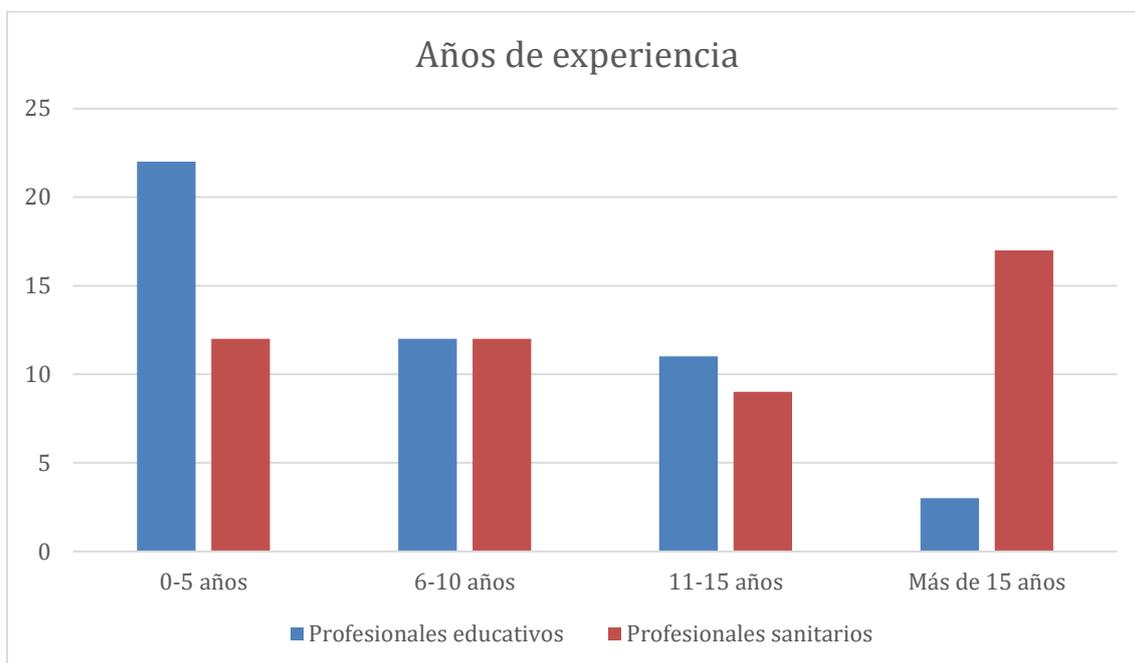


Tabla 112. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 2.

	Años de experiencia
0-5 años	22/12
6-10 años	12/12
11-15 años	11/9
Más de 15 años	3/17

Analizando los años de experiencia que poseen ambos sectores observamos que son más los profesionales del ámbito educativo los que han contestado a nuestro cuestionario y poseen una experiencia de 0 a 5 años (45.83% frente al 24% de sanitarios); en la siguiente franja, entre los 6 y 10 años se igualan las cifras (25% de profesionales educativos-24% de sanitarios), disminuyendo levemente el número de profesionales sanitarios en la franja de 11 a 15 años (22.92% de profesionales educativos frente al 18% de sanitarios). En cambio, vemos un cambio muy significativo en los profesionales con más de 15 años, en este caso superan con gran diferencia los profesionales sanitarios (34% profesionales sanitarios frente al 6.25% de educativos). Esta diferencia puede deberse a que en el mundo educativo es relativamente

innovador la atención tan específica a alumnado con Trastorno del Espectro del Autismo, viéndose incrementada en la última década.

- Ítem 3. Perfil profesional.

Figura 113. Valoración comparativa del ítem 3.

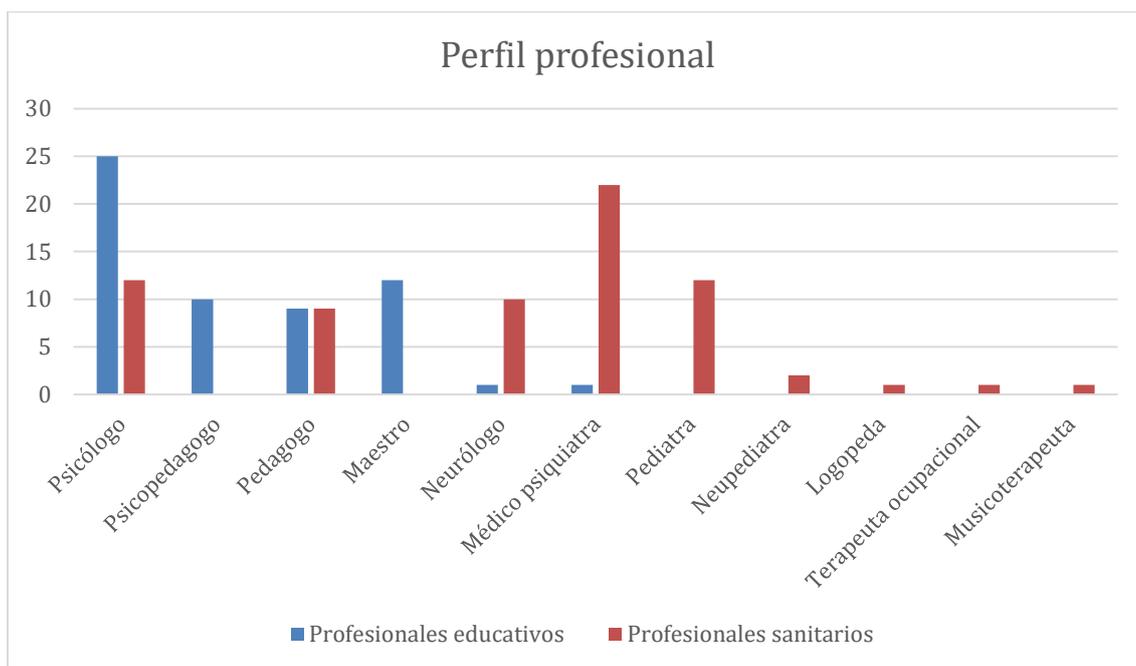


Tabla 113. Datos profesionales educativos/*profesionales sanitarios*, ítem 3.

	Perfil profesional
Psicólogo/a	25/9
Psicopedagogo/a	10/-
Pedagogo/a	9/-
Maestro/a	12/-
Neurólogo/a	1/10
Médico psiquiatra	1/22
Trabajador social	-/-
Neuropediatra	-/2
Logopeda	-/1
Terapeuta ocupacional	-/1
Musicoterapeuta	-/1

Realizando la comparativa de ambos grupos observamos que el perfil profesional es muy distinto, solamente coinciden perfiles profesionales tales como psicólogos, pedagogos, neurólogo y médico psiquiatra, siendo estos últimos poco significativos ya que la relación es 1/10 (2.08% y 20% respectivamente) y 1/22 (2.08% y 44% respectivamente). Observamos la profesionalización en ambos sectores, muy necesaria para la realización de valoración/evaluaciones óptimas.

- Ítem 4. Lugar actual de trabajo.

Figura 114. Valoración comparativa del ítem 4.

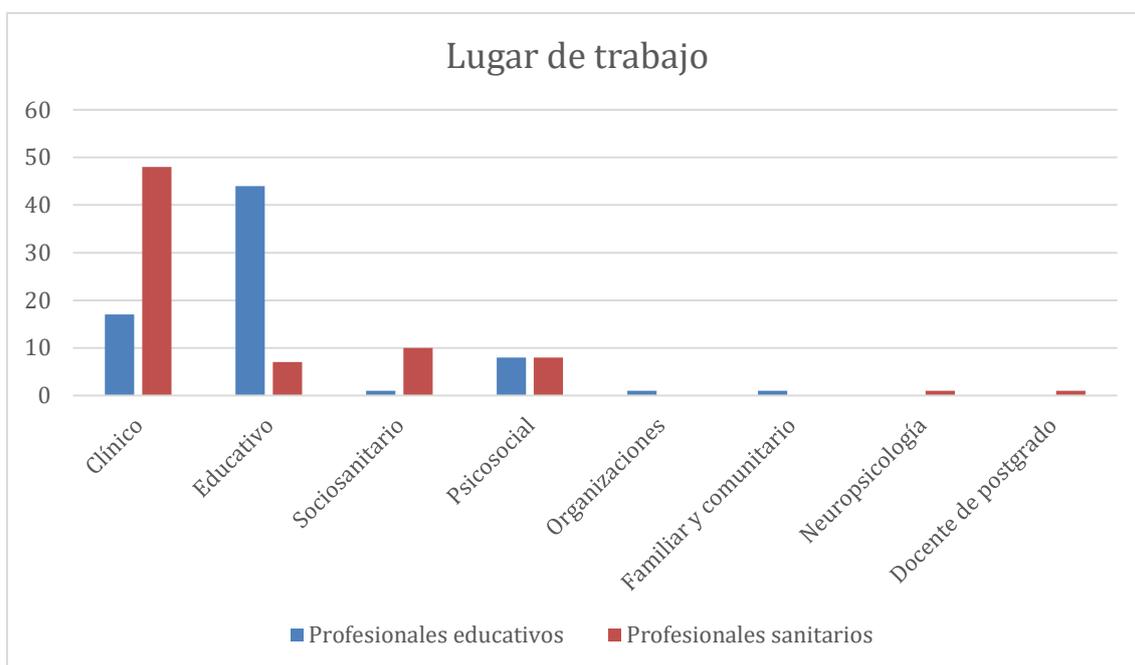


Tabla 114. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 4.

	Lugar actual de trabajo
Clínico	17/48
Educativo	44/7
Sociosanitario	1/10
Psicosocial	8/8
Organizaciones	1/-
Familiar y comunitario	1/-
Neuropsicología	-/1
Docente de postgrado	-/1

Comparando los dos ámbitos profesionales observamos que de manera mayoritaria los profesionales sanitarios dedican su labor profesional al contexto clínico (96%) y los profesionales educativos al contexto educativo (91.6%), estando igualados en el ámbito psicosocial en cuanto a número de respuestas (16.6% de profesionales educativos frente al 16% de sanitarios).

Esto es un reflejo de la disgregación existente entre ambos tipos de profesionales, motivo por el cual vemos la necesidad de crear unidades multidisciplinares en las cuales aúnen sus competencias profesionales llevando a cabo valoraciones de manera conjunta.

- Ítem 5. Servicios en los que tiene experiencia.

Figura 115. Valoración comparativa del ítem 5.

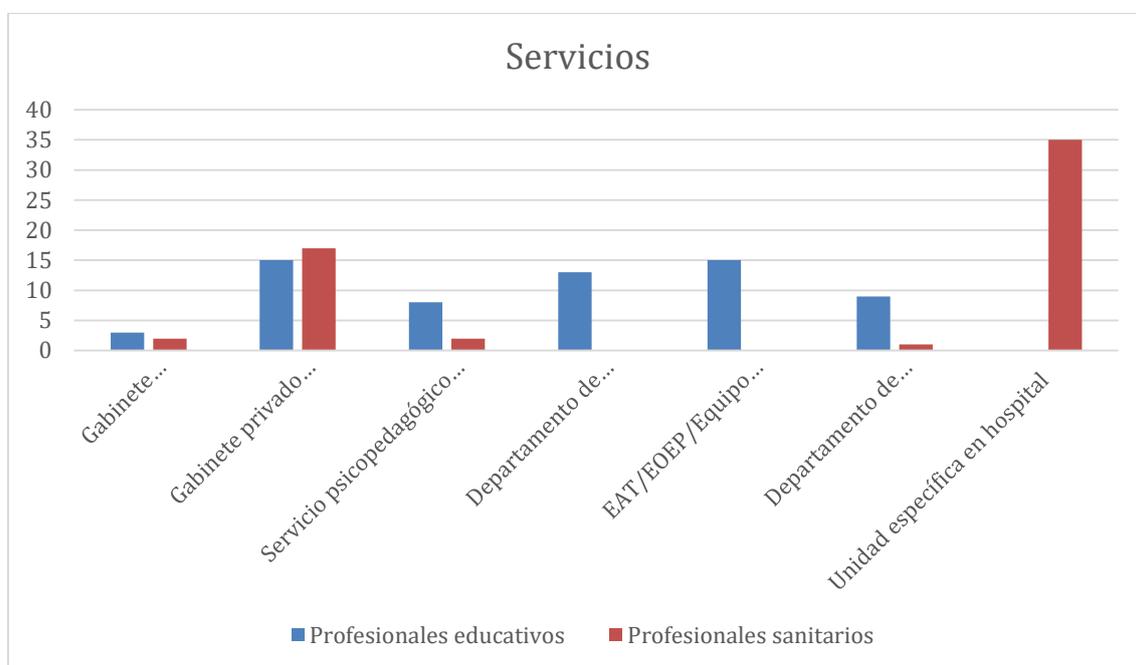


Tabla 115. Datos profesionales educativos/*profesionales sanitarios*, ítem 5.

	Servicios en los que tiene experiencia
Gabinete municipal/gabinete psicopedagógico dependiente de la administración municipal/local	3/2
Gabinete privado especializado	15/17
Gabinete psicopedagógico homologado por la administración educativa	1/2
Servicio Psicopedagógico escolar	8/1
Departamento de Orientación en IES	13/-

Unidad específica en hospital	-/35
EAT/EOEP/Equipo específico	15/-
Departamento de Orientación en colegio preferente TEA/en Centro Privado-Concertado	9/3
Maestro/a aula TEA en IES preferente	1/-
Maestro/a AL/PT en aula TEA en escuela pública	1/-
Aula TEA	1/-
Tutor/a en aula TEA en colegio de Ed. Especial específico de TEA	1/-
Maestro/a PT aula TGD	1/-
Departamento de Orientación en IES preferente TEA	1/-
Asociación especializado en TEA, intervención en centros educativos	1/-
Apoyo individualizado en centro escolar	1/-
Servicio de Neuropediatría	-/1
Centro de salud mental infanto-juvenil	-/1
Consulta médica psiquiátrica	-/1
Investigación de biomarcados de TEA	-/1
Hospital general	-/1

Comparando los dos ámbitos profesionales nuevamente observamos que de manera mayoritaria los profesionales sanitarios dedican su labor profesional al contexto clínico, en este caso en unidades específicas en hospitales (70%) y los profesionales educativos al contexto educativo, departamento de orientación (13+9= 45.83%), equipos (31.25%), ... Hay un servicio en el que ambos perfiles coinciden, se trata de los gabinetes privados especializados (15 profesionales educativos, es decir un 31.25% y 17 profesionales sanitarios, es decir un 34%).

Volvemos a insistir en la importancia de aunar esfuerzos y profesionalidad de ambos grupos llevando a cabo valoraciones conjuntas como ocurre en bastantes gabinetes privados especializados.

- Ítem 6. En su ámbito de actuación, ¿trabaja con personas con TEA?

Figura 116. Valoración comparativa del ítem 6.

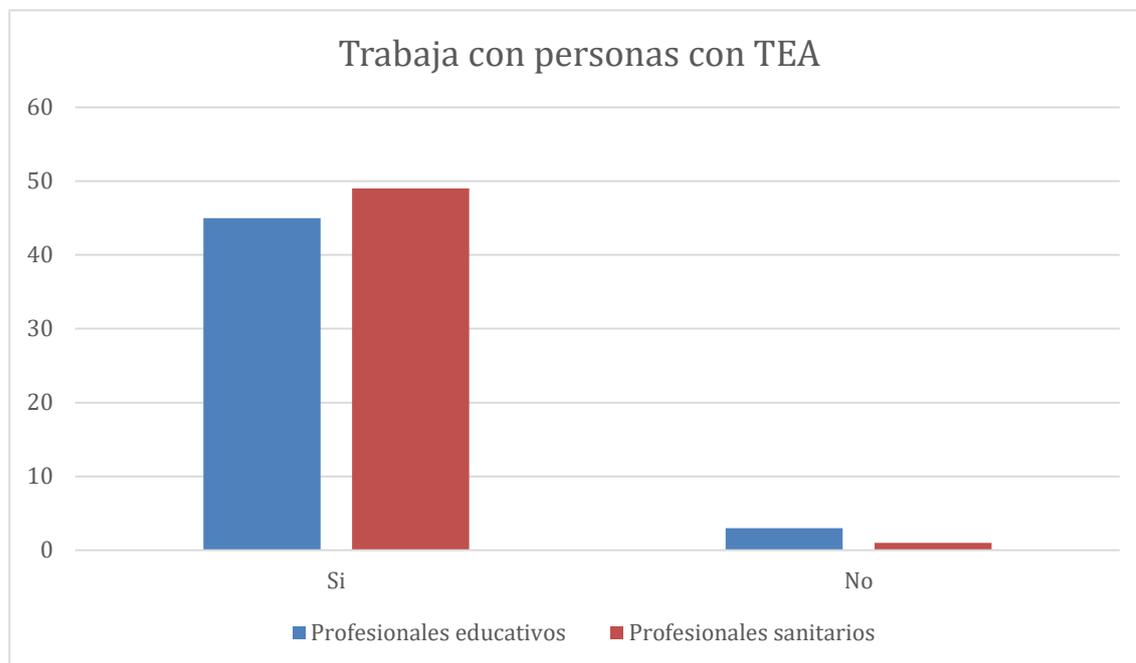


Tabla 116. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 6.

Trabaja con personas con TEA	
Si	45/49
No	3/1

Comparando las respuestas de ambos grupos de profesionales obtenemos que es insignificante el número de profesionales que no trabaja con personas con autismo, un 4% (4 personas de las 98 que conforman la muestra de profesionales).

- Ítem 7. ¿Cuántas personas con TEA ha tratado?

Figura 117. Valoración comparativa del ítem 7.

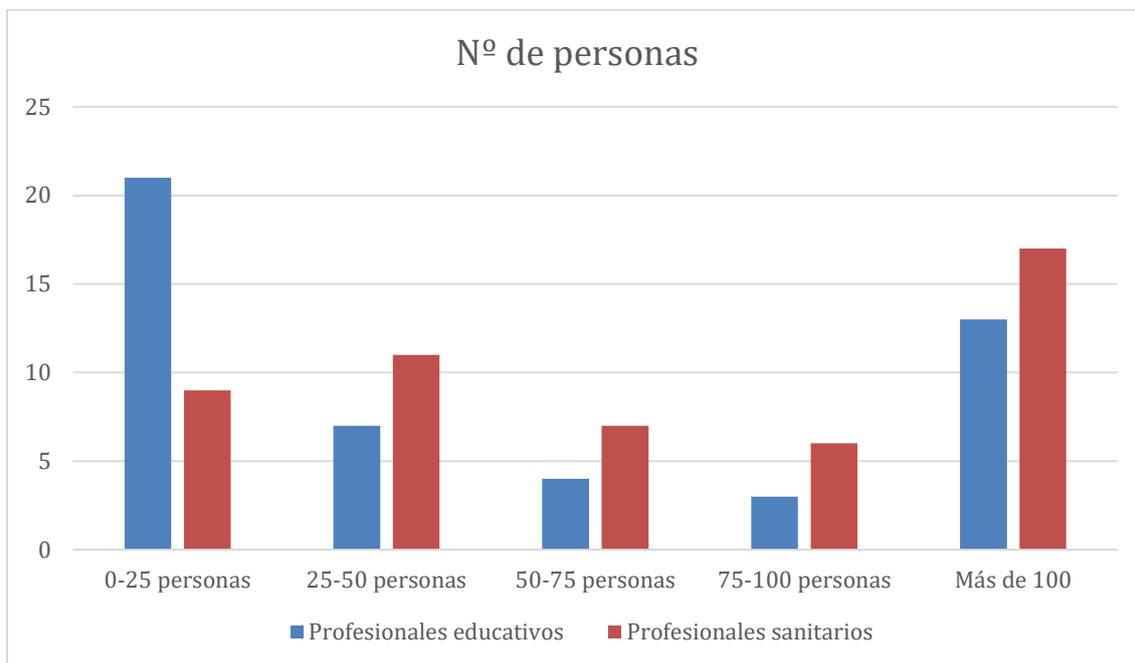


Tabla 117. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 7.

	Personas que ha tratado
0-25	21/9
25-50	7/11
50-75	4/7
75-100	3/6
Más de 100	13/17

Analizando la comparativa entre ambos grupos de profesionales observamos que el contexto educativo destaca solamente en la franja de 0-25 personas (43.75% de profesionales educativos), esto puede ser debido a que la incidencia del autismo en los centros de los profesionales que han contestado nuestro cuestionario no es exclusiva, son centros preferentes y ordinarios. En cambio, los profesionales sanitarios tratan de manera más asidua personas con este trastorno, las cifras son superiores en todas las demás franjas, destacando en la categoría de más de 100 con un 34%.

De ello podemos deducir que los profesionales sanitarios tienen una mayor experiencia y en numerosos casos una mejor preparación para evaluar personas con TEA, y como hemos visto anteriormente tienen establecido unos pasos para efectuarlo.

- Ítem 8. Las personas con TEA que trató, ¿qué modalidad de escolarización tienen?

Figura 118. Valoración comparativa del ítem 8.

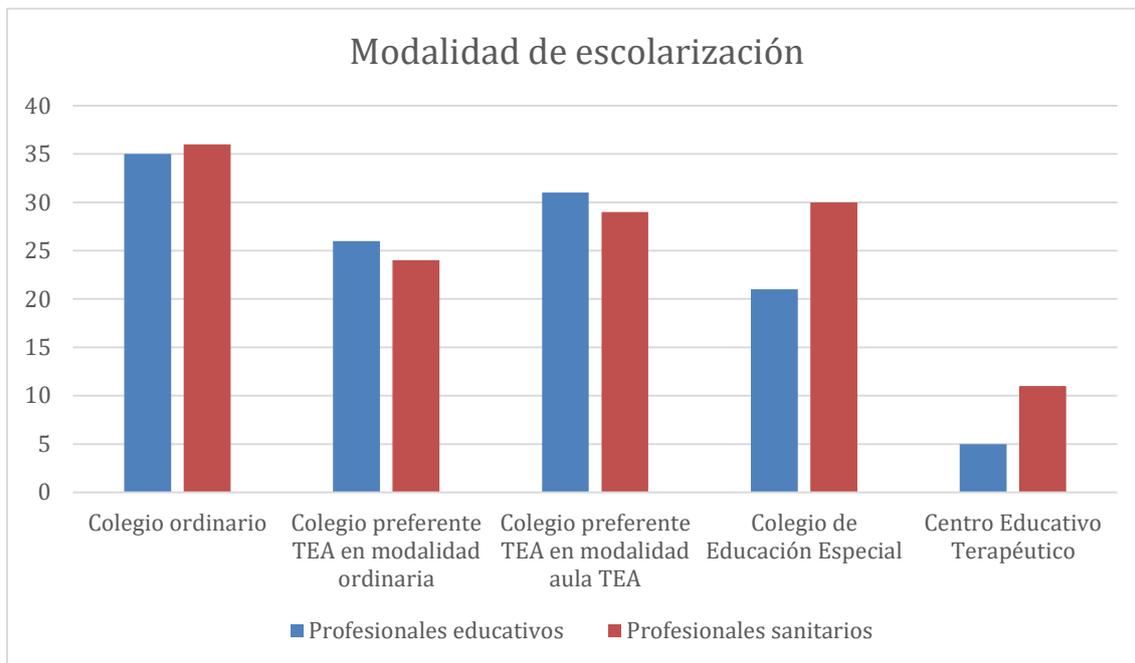


Tabla 118. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 8.

	Modalidad de escolarización
Colegio ordinario	35/36
Colegio preferente TEA, en modalidad ordinaria	26/24
Colegio preferente TEA, modalidad aula TEA	31/29
Colegio de Educación Especial	21/30
Centro Educativo Terapéutico	5/11

Comparando las respuestas de ambos grupos de profesionales observamos que las respuestas son muy semejantes en los casos de colegio ordinario (72.92% de profesionales educativos frente al 72% de profesionales sanitarios), colegio preferente TEA en modalidad ordinaria (54.16% de profesionales educativos frente al 48% de profesionales sanitarios) y de colegio preferente TEA en modalidad aula TEA (64.58% de profesionales educativos frente al 58% de profesionales sanitarios). En cambio, es superior la incidencia para los profesionales sanitarios de los alumnos que están escolarizados tanto en colegios de Educación Especial (60% de profesionales sanitarios frente al 43.75% de profesionales educativos) como en Centros Educativos Terapéuticos (22% de profesionales sanitarios frente al 10.42% de profesionales educativos).

- Ítem 9. ¿Qué edad tienen los sujetos habitualmente cuando se produce el diagnóstico de TEA?

Figura 119. Valoración comparativa del ítem 9.

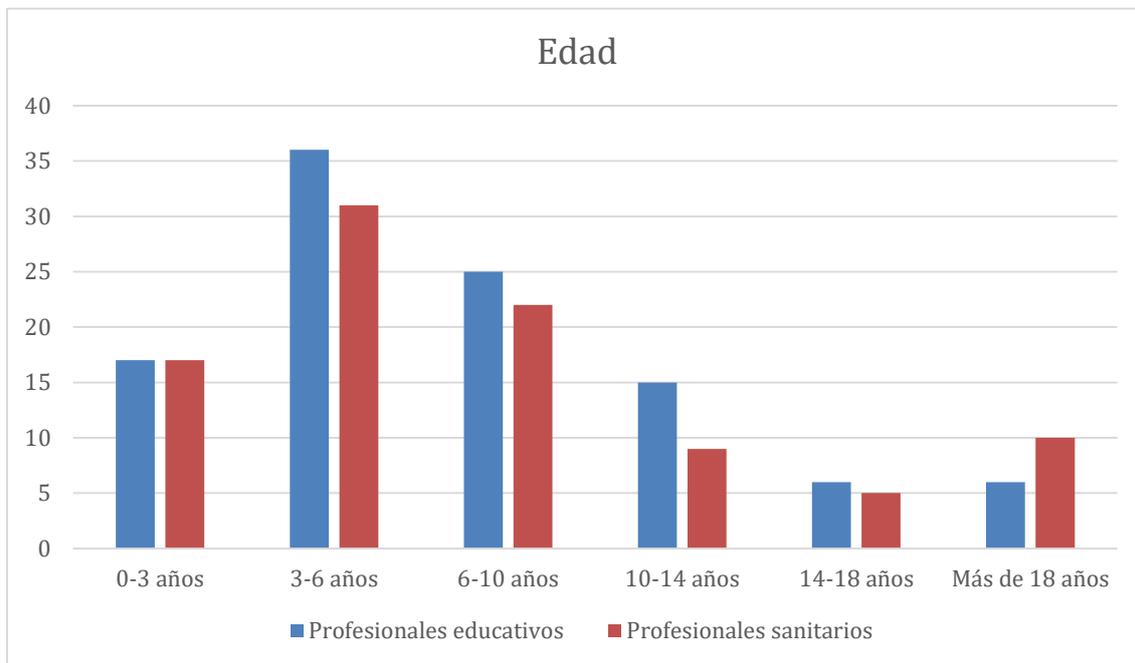


Tabla 119. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 9.

	Edad de los sujetos
0-3 años	17/17
3-6 años	36/31
6-10 años	25/22
10-14 años	15/9
14-18 años	6/5
Más de 18 años	6/10

Analizando la comparativa de los profesionales sanitarios y educativos observamos que ambos grupos coinciden en las mismas franjas de edad, siendo la mayor entre los 3 y los 6 años (75% de profesionales educativos frente al 62% de profesionales sanitarios). Solamente coinciden en la franja de 0 a 3 años en cuanto al número de respuestas, 17 (35.42% de profesionales educativos frente al 34% de profesionales sanitarios).

Esta comparativa demuestra que los profesionales tratan de llevar a cabo valoraciones a edades tempranas, favoreciendo el diagnóstico precoz y el tratamiento, pero aún son muy elevados los

casos que se diagnostican pasados los 6 años, iniciando la escolarización obligatoria sin un diagnóstico claro y mucho menos recibiendo la persona los apoyos y las terapias que necesita.

- Ítem 10. ¿De qué servicio o agente recibe las solicitudes de valoración?

Figura 65. Valoración del ítem 10 profesionales educativos.

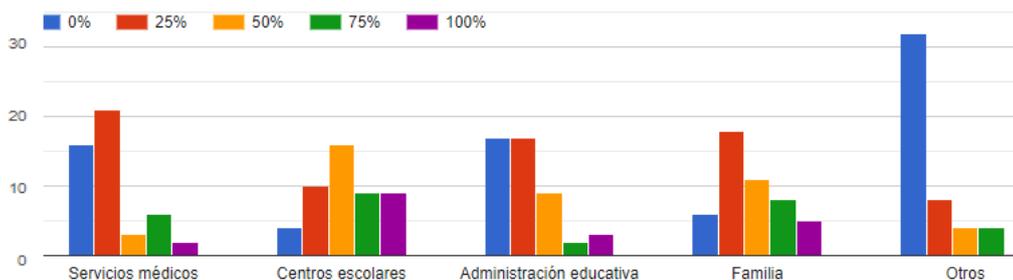


Figura 87. Valoración del ítem 10 profesionales sanitarios.

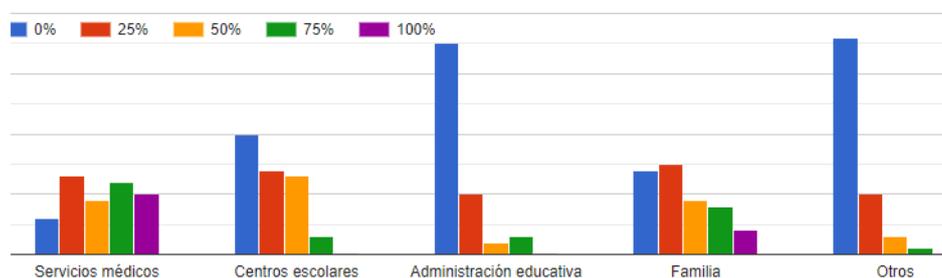


Tabla 120. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 10.

	Solicitudes de valoración				
	0%	25%	50%	75%	100%
Servicios médicos	16/6	21/13	3/9	6/12	2/10
Centros escolares	4/20	10/14	16/13	9/3	9/-
Administración educativa	17/35	17/10	9/2	2/3	3/-
Familia	6/14	18/15	11/9	8/8	5/4
Otros	32/36	8/10	4/3	4/1	-/-

Analizando la comparativa de los profesionales educativos y sanitarios observamos que existen diferencias significativas en cuanto al número de solicitudes que reciben de los distintos servicios o agentes:

- Servicios médicos: los profesionales educativos señalan que obtienen de este servicio el 25% de solicitudes (43.75% de profesionales), en cambio los sanitarios prácticamente obtienen el mismo número de respuestas dos porcentajes, el 25% y el 75% (26% y 24% de respuestas de profesionales).
 - Centros escolares: los profesionales educativos reciben el 50% de solicitudes, en cambio los profesionales sanitarios señalan que no reciben de este contexto solicitudes (20 respuestas, 41.6%) y en menor medida 25%-50% (14/13 respuestas, 28% y 26% respectivamente).
 - Administración educativa: los profesionales educativos señalan con el mismo número de respuesta los porcentajes de 0 y 25, siendo muy bajas las solicitudes de este servicio (17 respuestas, 35.42%). En el caso de los profesionales sanitarios afirman de manera mayoritaria que no reciben solicitudes de este servicio (35 respuestas, 70%).
 - Familia: ambos grupos de profesionales señalan que reciben un 25% de solicitudes de este contexto (37.5% de educativos y 30% de sanitarios).
 - Otros: ambos grupos de profesionales señalan que no reciben solicitudes de valoración de ningún otro agente (66.6% de profesionales educativos frente al 72% de profesionales sanitarios).
- o Ítem 11. Señale en qué porcentaje de casos dispone de la siguiente información antes de iniciar el proceso diagnóstico.

Figura 66. Valoración del ítem 11 profesionales educativos.

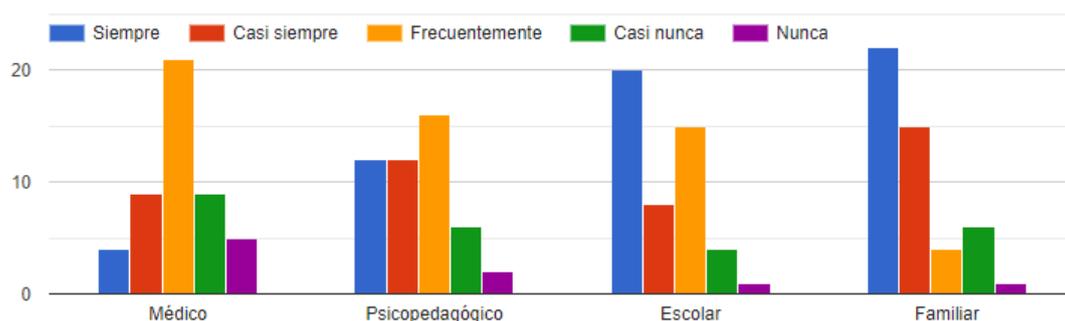


Figura 88. Valoración del ítem 11 profesionales sanitarios.

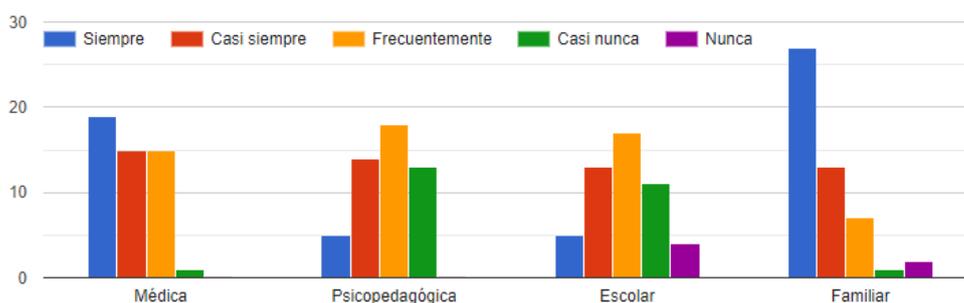


Tabla 121. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 11.

	Información				
	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Casi nunca	Nunca
Médico	4/19	9/15	21/15	9/1	5/-
Psicopedagógico	12/5	12/14	16/18	6/13	2/-
Escolar	20/5	8/13	15/17	4/11	1/4
Familiar	22/27	15/13	4/7	6/1	1/2

Analizando la comparativa de los profesionales educativos y sanitarios observamos que existen diferencias significativas en cuanto al porcentaje de casos que disponen de la siguiente información antes de iniciar el proceso diagnóstico:

- Médico: la mayoría de los profesionales educativos (43.75%) afirman que frecuentemente disponen de esta información frente a los profesionales sanitarios que afirman que siempre- casi siempre disponen de esta información (38% y 30% respectivamente).
- Psicopedagógico: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que frecuentemente disponen de esta información (33.3% de profesionales educativos y 36% de profesionales sanitarios).
- Escolar: la mayoría de los profesionales educativos afirman que siempre disponen de esta información (41.6%) frente a los profesionales sanitarios (34%) que afirman que frecuentemente disponen de esta información.
- Familiar: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que siempre disponen de esta información (45.83% de profesionales educativos y 54% de profesionales sanitarios).

- Ítem 12. ¿Qué importancia asigna a los siguientes objetivos al comenzar el proceso diagnóstico?

Figura 67. Valoración del ítem 12 profesionales educativos.

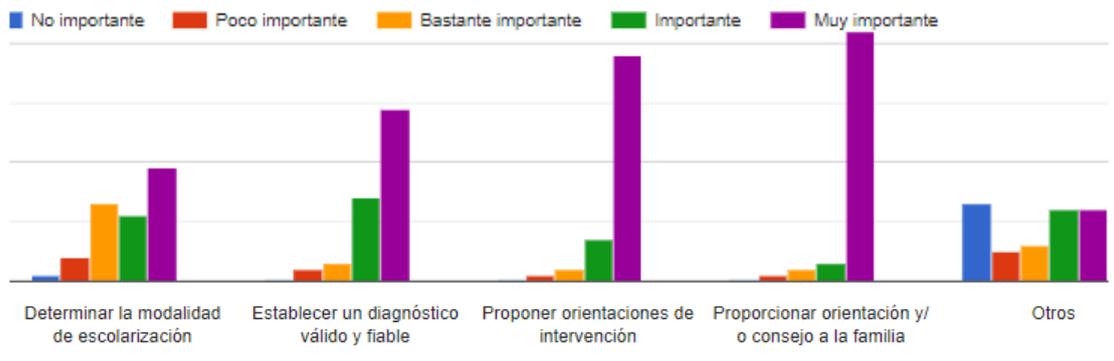


Figura 89. Valoración del ítem 12 profesionales sanitarios.

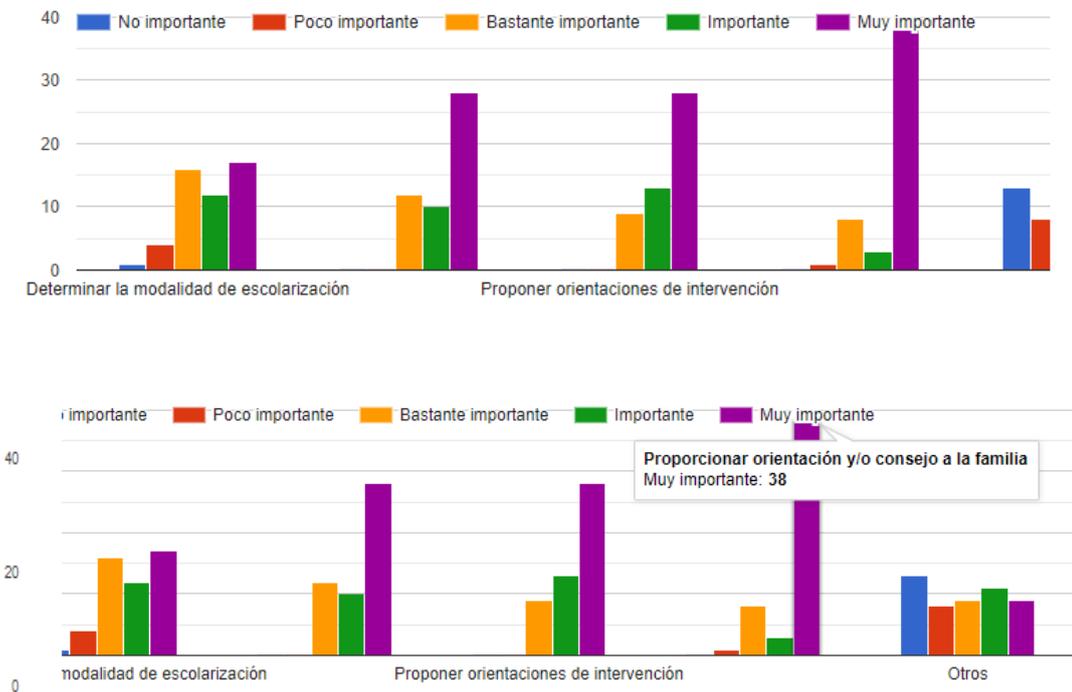


Tabla 122. Datos profesionales educativos/*profesionales sanitarios*, ítem 12.

	Objetivos				
	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
Determinar la modalidad de escolarización	1/1	4/4	13/16	11/12	19/17
Establecer un diagnóstico válido y fiable	-/-	2/-	3/12	14/10	29/28
Proponer orientaciones de intervención	-/-	-/-	-/9	-/13	-/28
Proporcionar orientación y/o consejo a la familia	-/-	1/1	2/8	7/3	38/38
Otros	13/13	5/8	6/9	12/11	12/9

Analizando la comparativa de los profesionales educativos y sanitarios observamos que ambos grupos de profesionales otorgan una importancia muy semejante a los siguientes objetivos antes de comenzar el proceso diagnóstico:

- Determinar la modalidad de escolarización: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que es muy importante (39.58% de profesionales educativos y el 34% de profesionales sanitarios).
- Establecer un diagnóstico válido y fiable: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que es muy importante (60.42% de profesionales educativos y el 56% de profesionales sanitarios).
- Proponer orientaciones de intervención: solamente se presentó esta opción en los profesionales sanitarios y lo consideraron muy importante (56%).
- Proporcionar orientación y/o consejo a la familia: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que es muy importante (79.17% de profesionales educativos y el 76% de profesionales sanitarios).
- Otros: mayoritariamente en ambos grupos de profesionales no lo consideran importante (27.08% de profesionales educativos y el 26% de profesionales sanitarios).

- Ítem 13. Describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar un proceso de diagnóstico de TEA, desde la adopción del marco teórico hasta la entrega del informe.

En este ítem hemos querido analizar mediante una pregunta abierta las diferentes fases que siguen los profesionales a la hora de realizar un proceso de diagnóstico TEA; después de analizar las respuestas expuestas por los profesionales educativos (ver anexos XV y XVIII). Podemos afirmar que una mayoría de ellos comenzaría el proceso realizando entrevistas tanto a la familia, al propio sujeto como a los profesionales educativos que trabajan con el alumno con el objetivo prioritario de recoger toda la información del sujeto. Algunos incluyen posteriormente una fase de observación tanto directa como indirecta y, posteriormente llevarían a cabo pruebas estandarizadas y otras complementarias. A continuación, llevan a cabo el análisis de la información obtenida, cumplimentan el informe y hacen entrega del mismo tanto a la familia como al centro escolar.

La mayoría de profesionales sanitarios coincide que suelen llevar a cabo la recogida de la información (anamnesis) y la entrevista a los familiares, a continuación, pasan a la fase de exploración y aplicación de pruebas, mayoritariamente los profesionales nombran el ADIR-ADOS e incluyen en muchos casos pruebas complementarias clínicas. Posteriormente llevan a cabo el análisis de los resultados con la elaboración del informe y, por último, realizan la devolución del diagnóstico incluyendo el tratamiento recomendado.

Hemos podido apreciar que no todos los profesionales siguen unas mismas fases o el orden no es igual; en el caso de las valoraciones sanitarias suelen ser más completas ya que en numerosos casos se incluyen pruebas complementarias clínicas, valorando de este modo posibles comorbilidades. Consideramos que debiera establecerse unas pautas comunes para que todos los profesionales sigan un mismo rigor en el proceso de diagnóstico y si fuera posible crear grupos de expertos multidisciplinares (profesionales de diversas especialidades tanto educativos como sanitarios) para optimizar el proceso de diagnóstico

- Ítem 14. Señale la importancia que otorga a las siguientes áreas de exploración en el proceso diagnóstico de TEA.

Figura 68. Valoración del ítem 14 profesionales educativos.

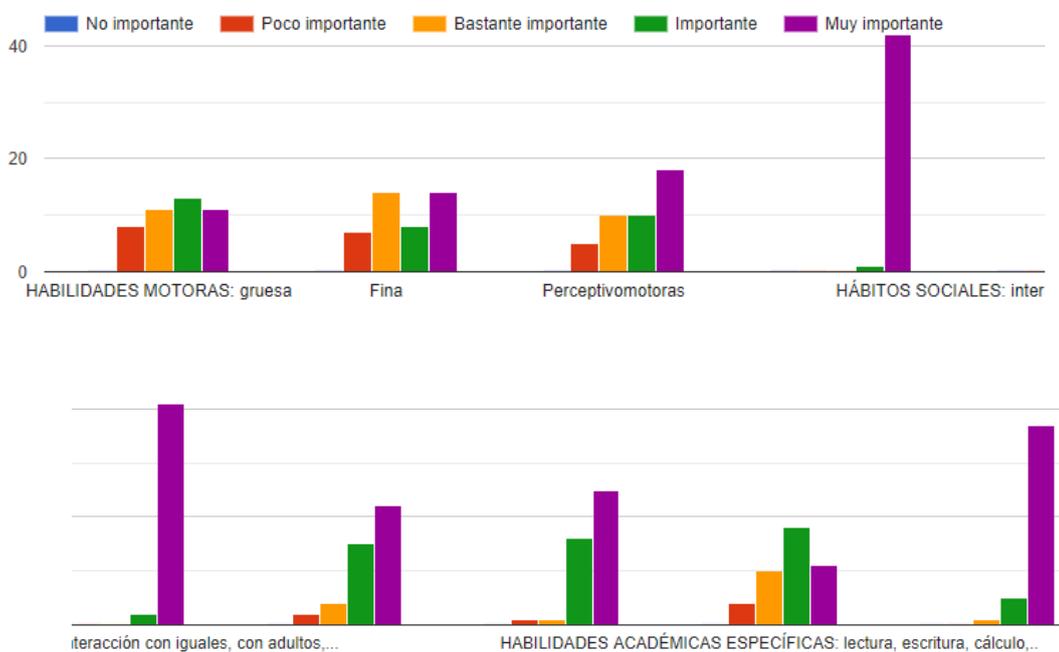
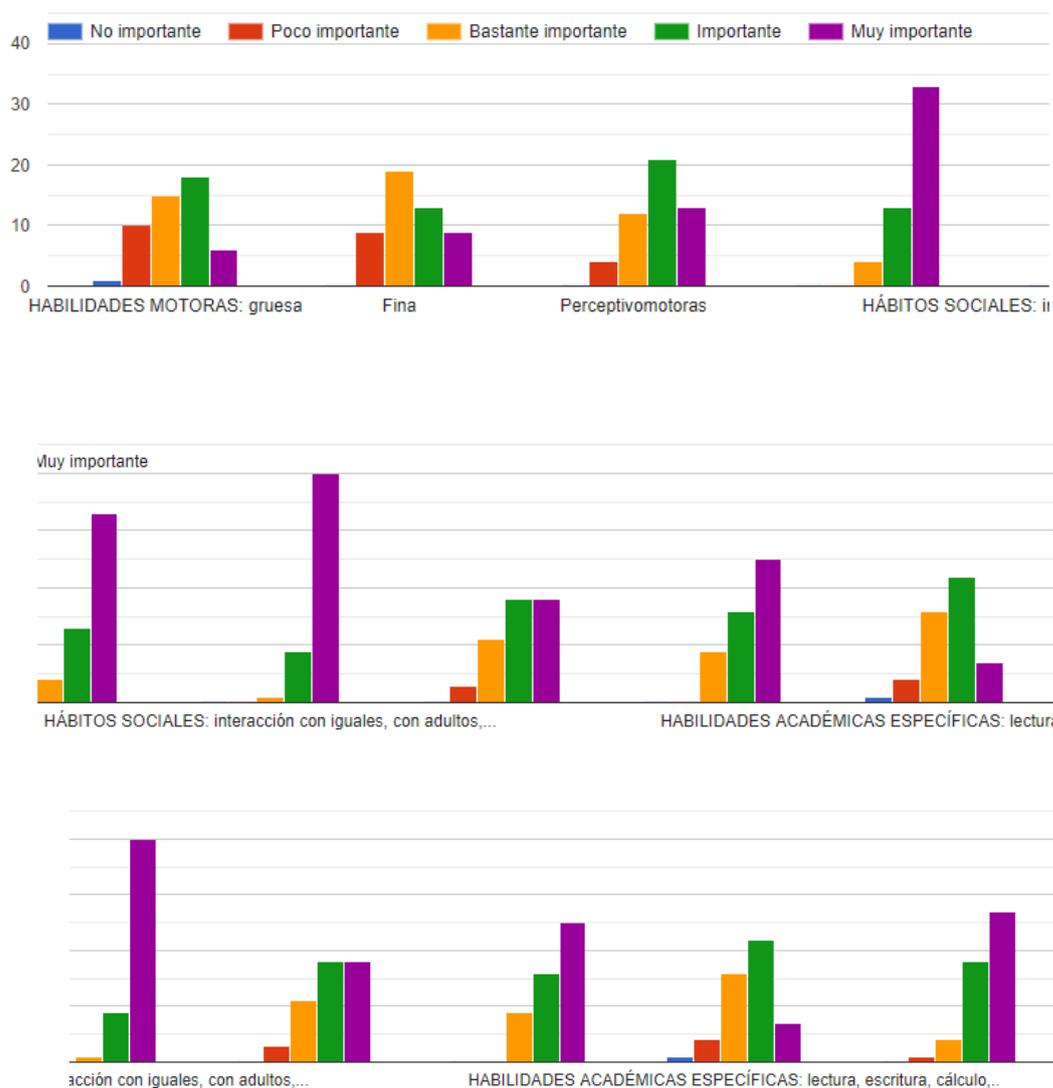


Tabla 123. Datos profesionales educativos/*profesionales sanitarios*, ítem 14.

	Áreas de exploración				
	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
HABILIDADES MOTORAS: gruesa	-/1	-/10	-/15	-/18	48/6
Fina	-/-	-/9	1/19	2/13	45/9
Perceptivomotoras	-/-	-/4	-/12	-/21	48/13
CONDUCTA	-/-	-/-	-/4	-/13	48/33
HABILIDADES SOCIALES	-/-	2/-	6/1	14/9	26/40
ASPECTOS AMBIENTALES	-/-	2/3	4/11	15/18	22/18
ASPECTOS SOCIOFAMILIARES	-/-	1/-	3/9	17/16	27/25
HABILIDADES ACADÉMICAS ESPECÍFICAS	-/1	5/4	11/16	21/22	11/7
ASPECTOS EMOCIONALES Y DE PERSONALIDAD	-/-	-/1	1/4	5/18	32/27

Figura 90. Valoración del ítem 14 profesionales sanitarios.



En líneas generales, analizando los resultados de ambos grupos de profesionales son bastantes uniformes las respuestas, casi todas las áreas de exploración presentadas les parecen muy importantes a excepción de las habilidades motoras, tanto gruesa como fina en la que los profesionales educativos las consideran muy importantes (89.58% y 87.5% respectivamente) y los profesionales sanitarios consideran importante la habilidad gruesa (36%) y bastante importante la habilidad (38%).

De este ítem podemos afirmar que los profesionales de ambas especialidades conocen e identifican las áreas en las que suelen presentar dificultades las personas con autismo.

- Ítem 15. Señale la frecuencia con la que utiliza los siguientes procedimientos de recogida de información.

Figura 69. Valoración del ítem 15 profesionales educativos.

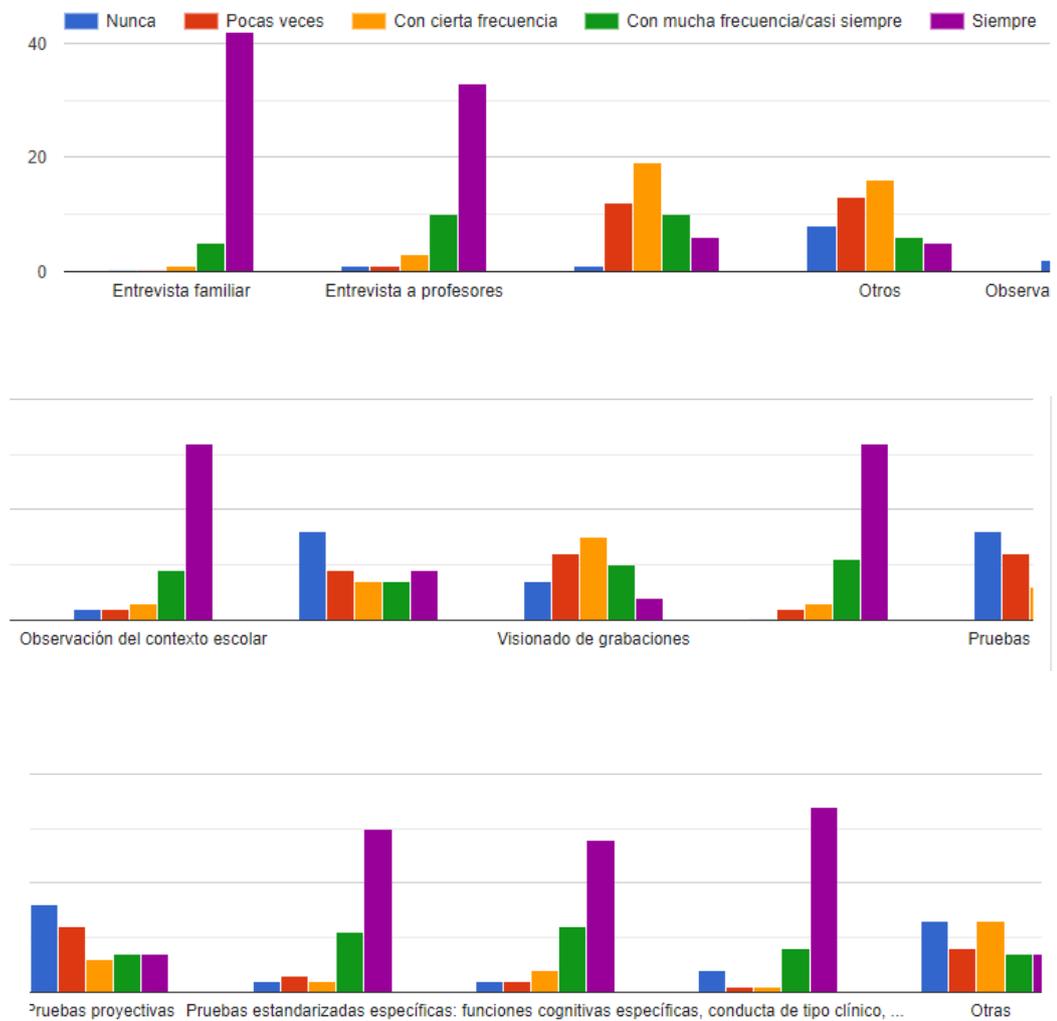
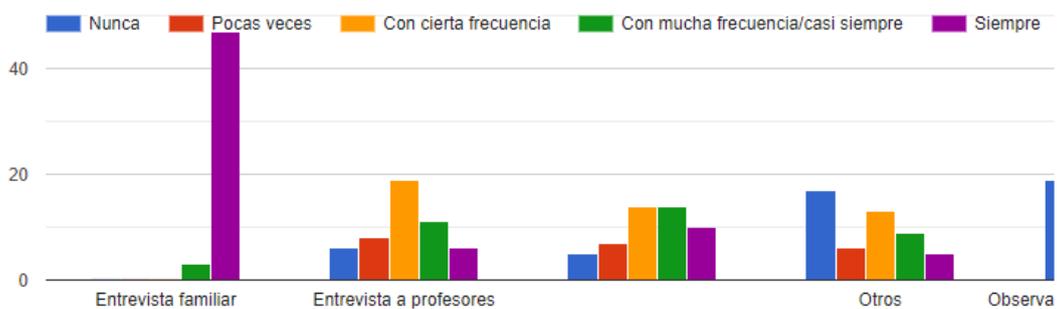


Figura 91. Valoración del ítem 15 profesionales sanitarios.



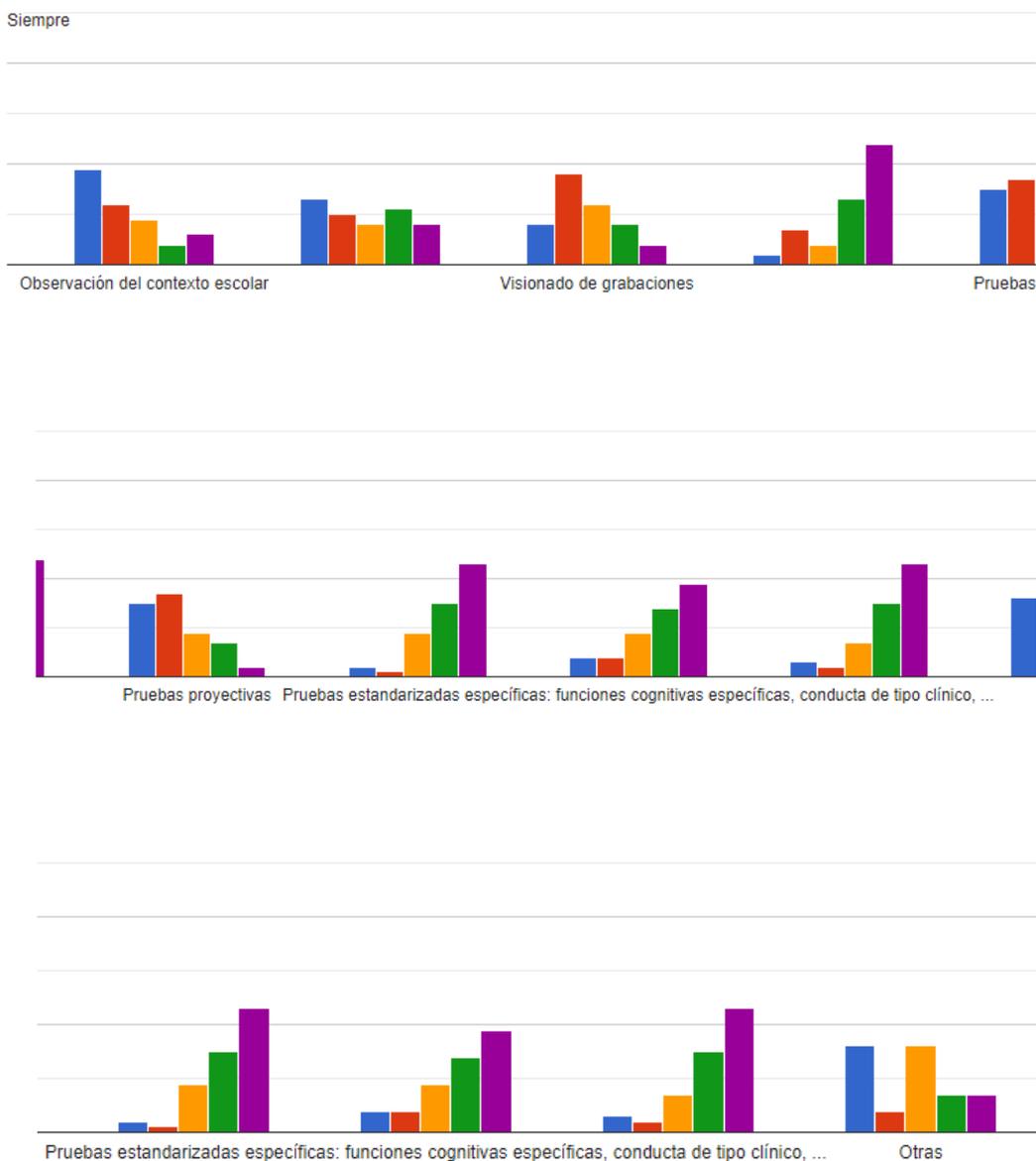


Tabla 124. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 15.

	Información educativos				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Entrevista familiar	-/-	-/-	1/-	5/3	42/47
Entrevista a profesores	1/6	1/8	3/19	10/11	33/6
Entrevista a profesionales del marco clínico	1/5	12/7	19/14	10/14	6/10
Otros	8/17	13/6	16/13	6/9	5/5

Observación del contexto escolar	2/19	2/12	3/9	9/4	32/6
Observación del contexto familiar	16/13	9/10	7/8	7/11	9/8
Visionado de grabaciones	7/8	12/18	15/12	10/8	4/4
Revisión de documentación	-/2	2/7	3/4	11/13	32/24
Pruebas proyectivas	16/15	12/17	6/9	7/7	7/2
Pruebas estandarizadas del amplio espectro	2/2	3/1	2/9	11/15	30/23
Pruebas estandarizadas específicas	2/4	2/4	4/9	12/14	28/19
Pruebas estandarizadas específicas de TEA	4/3	1/2	1/7	8/15	34/23
Otras	13/16	8/4	13/16	7/7	7/7

Analizando la comparativa de los profesionales educativos y sanitarios observamos que existen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia con la que utilizan los siguientes procedimientos de recogida de información a lo largo del proceso diagnóstico:

- Entrevista familiar: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que siempre utilizan este procedimiento de recogida de información (el 87.5% de profesionales educativos y el 94% de profesionales sanitarios).
- Entrevista a profesores: la mayoría de los profesionales educativos afirman que siempre utilizan este procedimiento (el 68.75%) frente a los profesionales sanitarios que afirman que con cierta frecuencia utilizan este procedimiento de recogida de información (el 38%).
- Entrevista a profesionales del marco clínico: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que con cierta frecuencia (el 39.59% de profesionales educativos y el 28% de profesionales sanitarios) y con mucha frecuencia utilizan este procedimiento de recogida de información los profesionales sanitarios (el 28%).
- Otros: la mayoría de los profesionales educativos afirman que con cierta frecuencia utilizan otros procedimientos (el 39.58%) frente a los profesionales sanitarios que afirman que no utilizan otros procedimientos de recogida de información (el 34%).
- Observación del contexto escolar: la mayoría de los profesionales educativos (el 66.6%) afirman que siempre utilizan este procedimiento frente a los profesionales sanitarios que nunca utilizan este procedimiento de recogida de información (el 38%).

- Observación del contexto familiar: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que nunca utilizan este procedimiento de recogida de información (el 33.3% de profesionales educativos y el 26% de profesionales sanitarios).
- Visionado de grabaciones: la mayoría de los profesionales educativos (el 31.25%) afirman que con cierta frecuencia utilizan este procedimiento frente a los profesionales sanitarios (el 36%) que pocas veces utilizan este procedimiento de recogida de información.
- Revisión de documentación: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que siempre utilizan este procedimiento de recogida de información (el 66.6% de profesionales educativos y el 48% de profesionales sanitarios).
- Pruebas proyectivas: la mayoría de los profesionales educativos (el 33.3%) afirman que con nunca utilizan este procedimiento frente a los profesionales sanitarios (el 34%) que pocas veces utilizan este procedimiento de recogida de información.
- Pruebas estandarizadas del amplio espectro: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que siempre utilizan este procedimiento de recogida de información (el 62.5% de profesionales educativos y el 46% de profesionales sanitarios).
- Pruebas estandarizadas específicas: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que siempre utilizan este procedimiento de recogida de información (el 58.3% de profesionales educativos y el 38% de profesionales sanitarios).
- Pruebas estandarizadas específicas de TEA: en este caso ambos grupos de profesionales afirman que siempre utilizan este procedimiento de recogida de información (el 70.83% de profesionales educativos y el 46% de profesionales sanitarios).
- Otras: en este caso ambos grupos de profesionales afirman, con el mismo número de respuestas en cada grupo (el 27.08% de profesionales educativos y el 32% de profesionales sanitarios), que nunca o con cierta frecuencia utilizan este procedimiento de recogida de información.

Después de analizar las respuestas de ambos grupos confirmamos la necesidad de elaborar protocolos de valoración ya que depende de la decisión de cada profesional el procedimiento a seguir durante el proceso.

- Ítem 16. Especifique que pruebas estandarizadas del amplio espectro suele emplear.

Figura 70. Valoración del ítem 16 profesionales educativos.

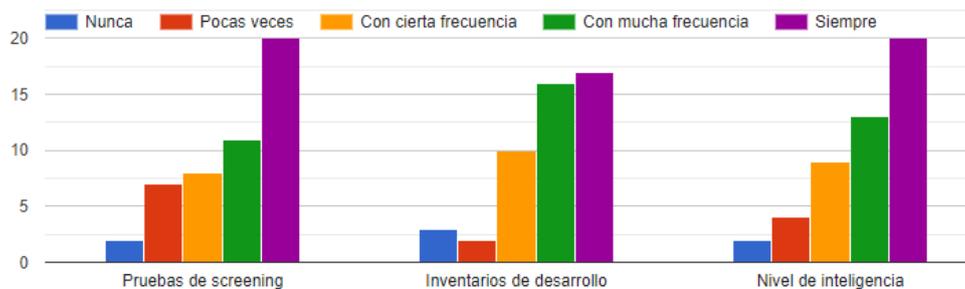


Figura 92. Valoración del ítem 16 profesionales sanitarios.

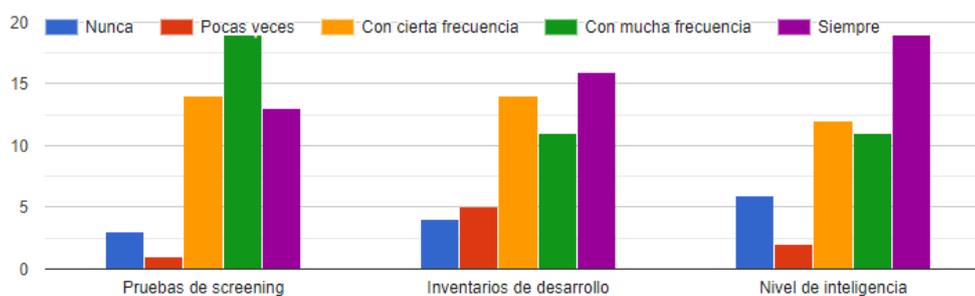


Tabla 125. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 16.

	Pruebas estandarizadas				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Pruebas de screening	2/3	7/1	8/14	11/19	20/13
Inventarios de desarrollo	3/4	2/5	10/14	16/11	17/16
Nivel de inteligencia	2/6	4/2	9/12	13/11	20/19

Analizando la comparativa de los profesionales educativos y sanitarios observamos que no existen diferencias significativas en cuanto a las pruebas estandarizadas del amplio espectro que utilizan en el proceso diagnóstico: tanto los profesionales educativos como los sanitarios señalan que utilizan siempre (el 41.6% de profesionales educativos y el 26% de profesionales sanitarios) o con mucha frecuencia pruebas de screening (el 22.92% de profesionales educativos y el 38% de profesionales sanitarios), siempre utilizan inventarios de desarrollo (el 35.42% de profesionales

educativos y el 32% de profesionales sanitarios) y, siempre miden el nivel de inteligencia (el 41.6% de profesionales educativos y el 38% de profesionales sanitarios).

En este aspecto los profesionales son conscientes de que precisan utilizar pruebas estandarizadas del amplio espectro para llegar a cabo los diagnósticos.

- Ítem 17. Especifique que pruebas estandarizadas específicas suele emplear.

Figura 71. Valoración del ítem 17 profesionales educativos.

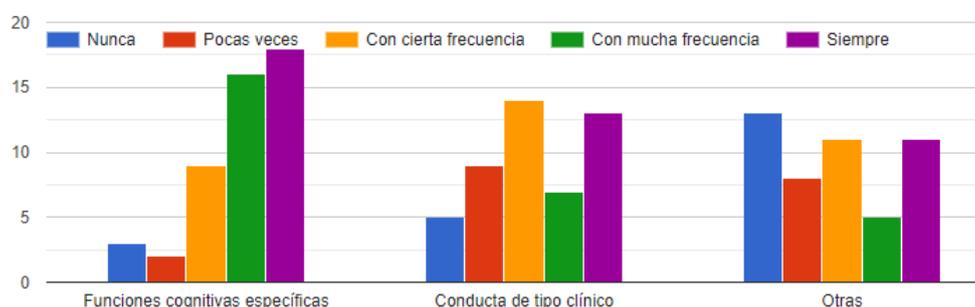


Figura 93. Valoración del ítem 17 profesionales sanitarios.

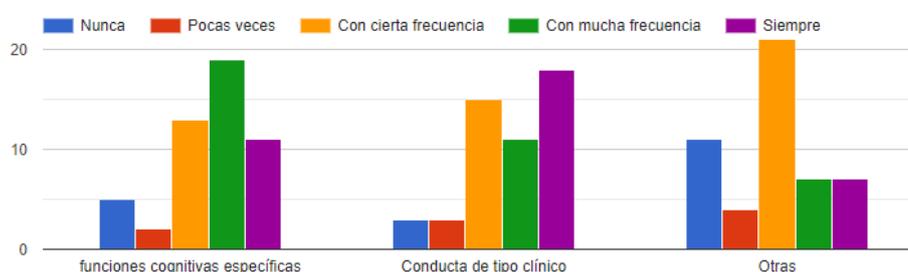


Tabla 126. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 17.

	Pruebas estandarizadas específicas				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Funciones cognitivas específicas	3/5	2/2	9/13	16/19	18/11
Conducta de tipo clínico	5/3	9/3	14/15	7/11	13/18
Otras	13/11	8/4	11/21	5/7	11/7

Comparando las respuestas de ambos grupos de profesionales observamos que las respuestas son muy semejantes en las respuestas relativas a las pruebas estandarizadas específicas para medir las funciones cognitivas específicas, siendo elegidas siempre por el 37.5% de profesionales

educativos y con mucha frecuencia por el 38% de profesionales sanitarios. En cuanto a las pruebas para medir la conducta de tipo clínico, los profesionales educativos afirman utilizarlas con cierta frecuencia (el 29.2%) mientras que los sanitarios afirman utilizarlas siempre (el 36%). Finalmente, los profesionales educativos afirman que nunca utilizan otras pruebas (el 27.1%), mientras que los profesionales sanitarios recurren a otras pruebas estandarizadas específicas con cierta frecuencia (el 42%).

- Ítem 18. Especifique que pruebas estandarizadas específicas de TEA suele emplear.

En este ítem hemos solicitado a los profesionales que especifiquen las pruebas estandarizadas específicas de TEA que suelen emplear a la hora de realizar un diagnóstico TEA. Según los profesionales educativos las pruebas más utilizadas son ADOS, ADI-R, IDEA, M-CHAT y SCQ. En menor presencia los profesionales señalan pruebas como: WNV, Inventario de Batelle, WISC-V, PIPPSI-V, Cumanin, ENFEN, CUMANES, SENA, Escala de Hilario, MSCA, BRIEF-2, K-BIT, RAVEN, registros de conducta, perfil sensorial, Escala australiana...

Entre las respuestas obtenidas (véase los anexos XV y XVIII) gran número de profesionales sanitarios señalan como pruebas más frecuentes: ADOS, ADI-R y M-CHAT; en menor medida nombran el inventario IDEA y el SCQ.

Analizando las respuestas de los profesionales percibimos que no todos los profesionales educativos conocen o tienen conocimientos acerca de las pruebas específicas para TEA y que en numerosos casos no se evalúan sus capacidades teniendo en cuenta sus dificultades. En cambio, los profesionales sanitarios tienen establecidas las pruebas estandarizadas específicas más oportunas puesto que la mayoría (moda) nombra el ADOS y de manera global son cuatro pruebas las que citan.

- Ítem 19. ¿Qué estrategias de análisis de información considera más adecuadas?

Figura 72. Valoración del ítem 19 profesionales educativos.

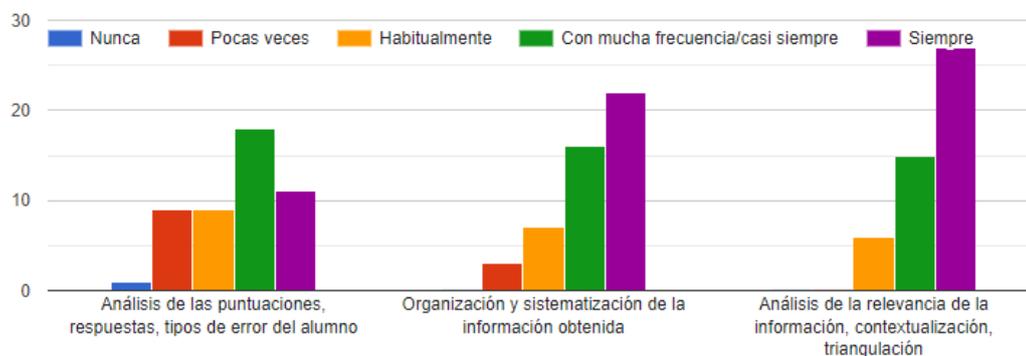


Figura 94. Valoración del ítem 19 profesionales sanitarios.

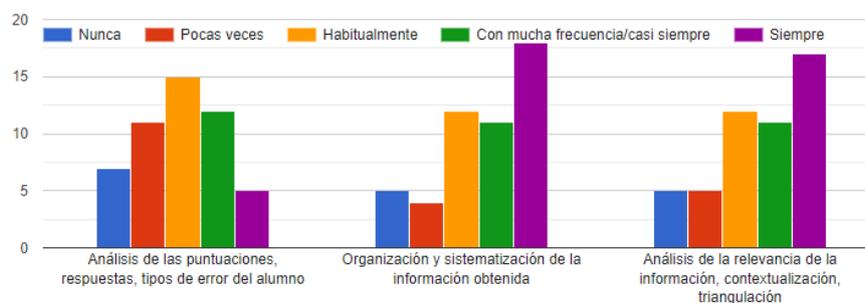


Tabla 127. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 19.

	Análisis de información				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno	1/7	9/11	9/15	18/12	11/5
Organización y sistematización de la información obtenida	-/5	3/4	7/12	16/11	22/18
Análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación	-/5	-/5	6/12	15/11	27/17

Comparando las respuestas de ambos grupos de profesionales observamos que las respuestas son muy semejantes en cuanto al análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno...;

los profesionales educativos afirman realizarlo con mucha frecuencia (el 37.5%) y los sanitarios con cierta frecuencia (el 30%). En cuanto a la organización y sistematización de la información obtenida, tanto los profesionales educativos como los profesionales sanitarios afirman que siempre lo llevan a cabo (el 45.83% de profesionales educativos y el 36% de profesionales sanitarios). Y, en cuanto al análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación, ambos grupos afirman que siempre lo realizan (el 56.25% de profesionales educativos y el 34% de profesionales sanitarios).

- Ítem 20. ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado?

Figura 73. Valoración del ítem 20 profesionales educativos.

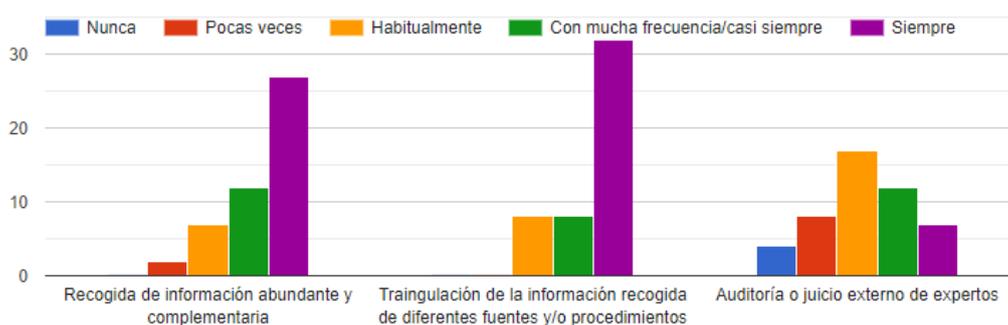


Figura 95. Valoración del ítem 20 profesionales sanitarios.

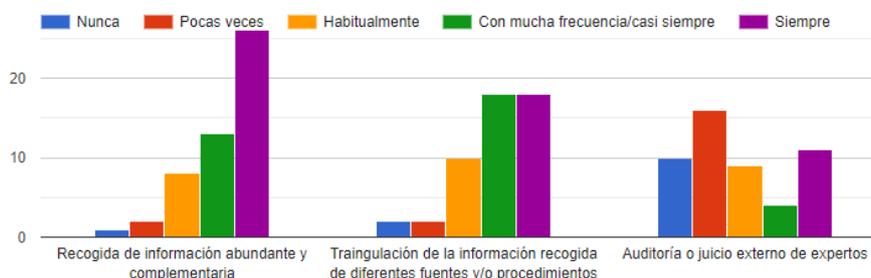


Tabla 128. Datos profesionales educativos/*profesionales sanitarios*, ítem 20.

	Estrategias				
	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Recogida de información abundante y complementaria	-/1	2/2	7/8	12/13	27/26
Triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos	-/2	-/2	8/10	8/18	32/18
Auditoría o juicio externo de expertos	4/10	8/16	17/9	12/4	7/11

Analizando las respuestas de ambos grupos de profesionales observamos que las respuestas son muy semejantes en cuanto a la recogida de información abundante y complementaria obteniendo en la categoría de siempre el 56.25% de profesionales educativos y el 52% de profesionales sanitarios. En cuanto a la triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos ambos grupos de profesionales afirman que siempre utilizan esta estrategia para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado (el 66.6% de profesionales educativos y el 36% de profesionales sanitarios); los profesionales sanitarios responden con el mismo porcentaje (36%) en la categoría de con mucha frecuencia. En la estrategia de auditoría o juicio externo de expertos, los profesionales educativos afirman que con cierta frecuencia lo llevan a cabo (el 35.42%) frente a los sanitarios que los utilizan pocas veces (el 32%).

- Ítem 21. ¿Qué referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico?

Figura 120. Valoración comparativa del ítem 21.

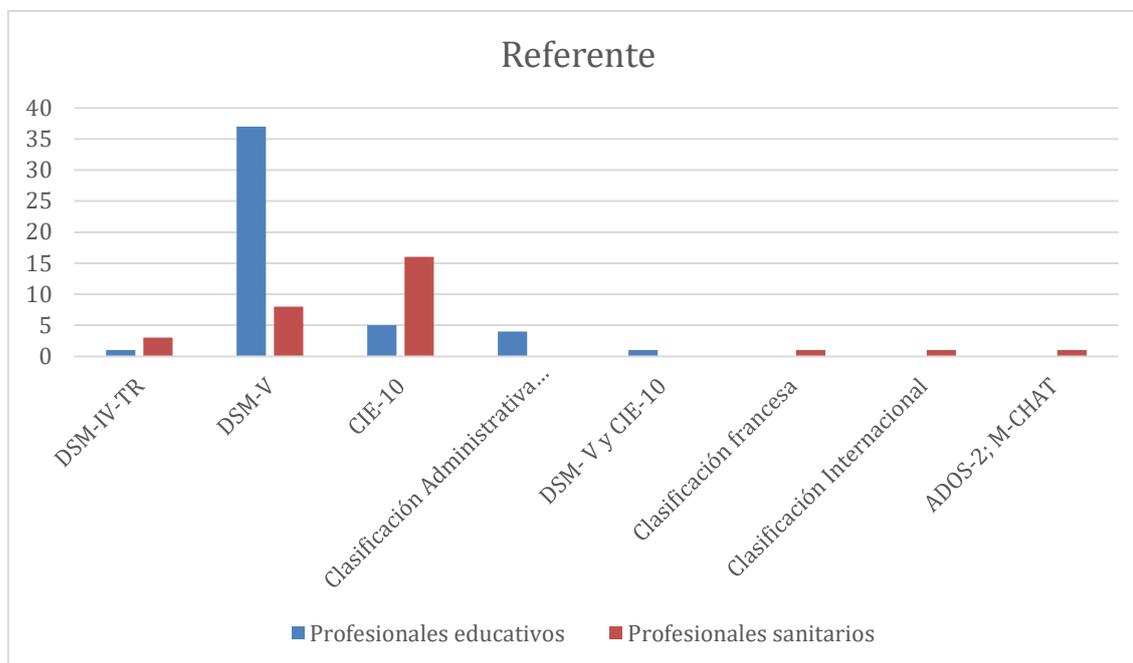


Tabla 129. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 21.

	Referente
DSM-IV-TR	1/3
DSM-V	37/8
CIE-10	5/16
Clasificación Administrativa Educativa	4/-
DSM-V y CIE 10	1/-
Clasificación francesa	-/1
Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y la salud	-/1
ADOS-2; MCHAT	-/1

Analizando las respuestas de ambos grupos de profesionales observamos que las respuestas son distintas en cuanto al referente utilizado para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico. De manera mayoritaria los profesionales educativos recurren al manual DSM-V (el 77.1%) y los profesionales sanitarios utilizan el CIE-10 (el 32%).

Una vez más somos testigos de la diversidad existente entre ambos tipos de diagnósticos.

- Ítem 22. En el caso de existir un diagnóstico previo emitido por otro servicio, ¿con qué frecuencia está de acuerdo con éste?

Figura 121. Valoración comparativa del ítem 22.

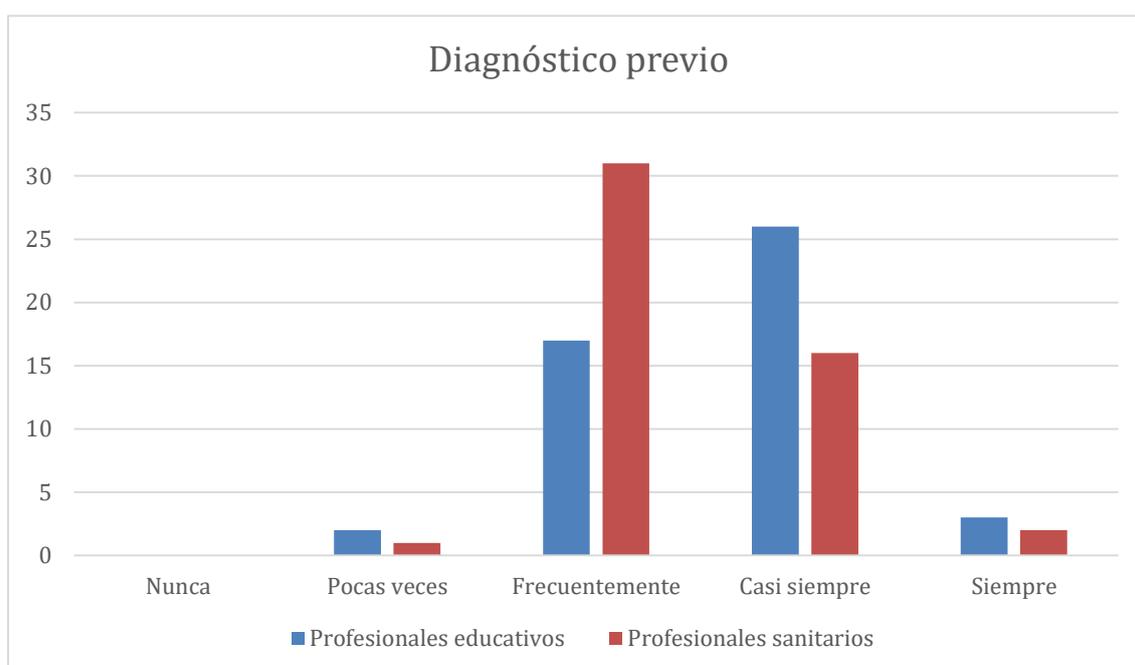


Tabla 130. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 22.

	Frecuencia de acuerdo
Nunca	-/-
Pocas veces	2/1
Frecuentemente	17/31
Casi siempre	26/16
Siempre	3/2

Analizando las respuestas de ambos grupos de profesionales observamos que las respuestas son bastante semejantes en cuanto a la frecuencia de acuerdo en el caso de existir un diagnóstico previo. Los profesionales educativos de manera mayoritaria casi siempre (el 54.2%)/frecuentemente (el 35.4%) están de acuerdo y los profesionales sanitarios frecuentemente lo están (el 62%).

- Ítem 23. En el caso de que sus pacientes/alumnos ya hubieran sido diagnosticados previamente, ¿qué servicio les diagnosticó?

Figura 122. Valoración comparativa del ítem 23.

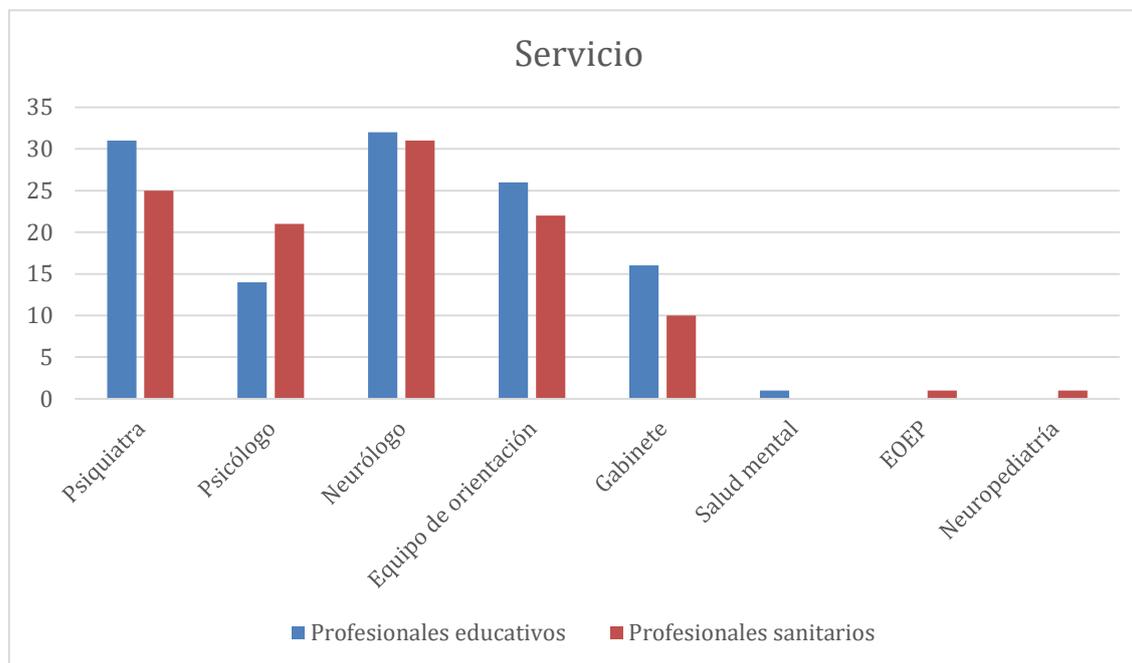


Tabla 131. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 23.

	Servicio
Psiquiatra	31/25
Psicólogo/a	14/21
Neurólogo/a	32/31
Equipo de orientación	26/22
Gabinete	16/10
Salud mental	1/-
EOEP	-/1
Neuropediatría	-/1

Analizando las respuestas de ambos grupos de profesionales observamos que las respuestas son bastante semejantes en cuanto al servicio que realizó el diagnóstico previo. En el caso de los profesionales educativos señalan los servicios de psiquiatría (el 64.6%), neurología (el 66.6%) y equipo de orientación (el 54.2%). Los profesionales sanitarios indican los servicios de psiquiatría (el 50%), psicología (el 42%), neurología (el 62%) y equipo de orientación (el 44%).

- Ítem 24. En qué medida ha incrementado en su centro la prevalencia del TEA (en los últimos 10 años):

Figura 123. Valoración comparativa del ítem 24.

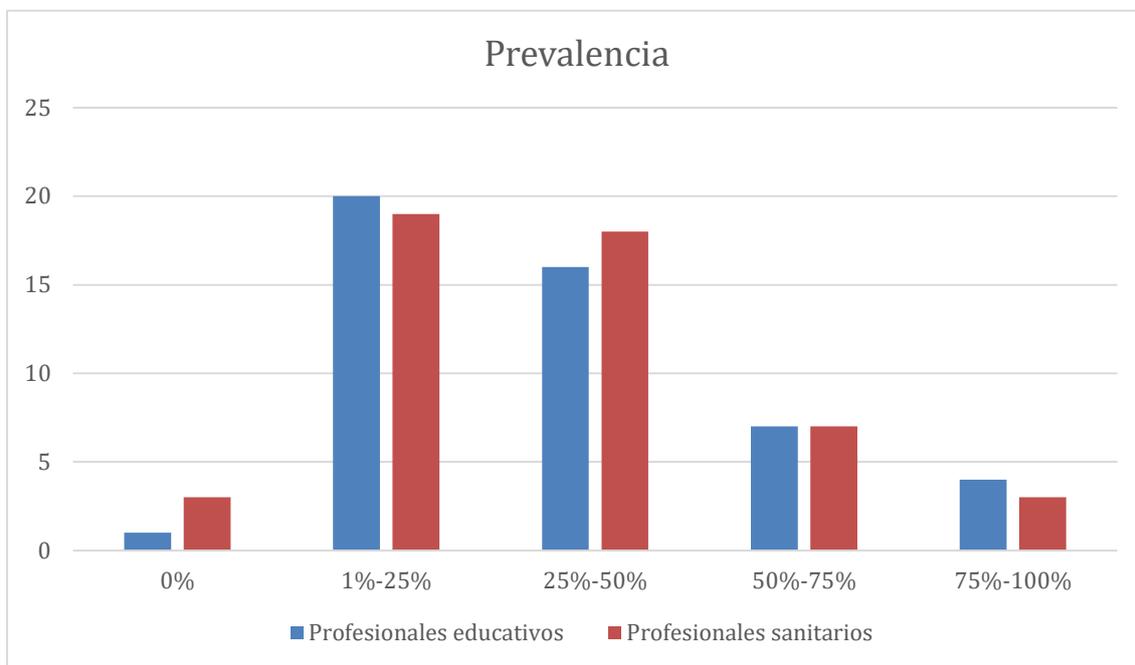


Tabla 132. Datos profesionales educativos/profesionales sanitarios, ítem 24.

	Prevalencia de TEA
0%	1/3
1%-25%	20/19
25%-50%	16/18
50%-75%	7/7
75%-100%	4/3

Analizando las respuestas de ambos grupos de profesionales observamos que las respuestas son muy semejantes en cuanto al porcentaje de prevalencia del TEA. Ambos grupos de profesionales señalan las franjas del 1%-25% (el 41.6% de profesionales educativos y el 38% de profesionales sanitarios) y del 25% al 50% (el 33.3% de profesionales educativos y el 36% de profesionales sanitarios).

En ambos contextos son conscientes los profesionales de que hay una mayor prevalencia de casos de este trastorno en la sociedad.

- Ítem 25. ¿Cuáles son las dificultades más habituales que se encuentra a la hora de realizar un diagnóstico de TEA?

En este ítem analizamos las dificultades más frecuentes con las que se encuentran los profesionales a la hora de realizar un diagnóstico de TEA. Entre las respuestas obtenidas (véase los anexos XV y XVIII) gran número de profesionales educativos señalan como las dificultades más frecuentes la falta de tiempo, la saturación de los equipos, las dificultades que encuentran para llevar a cabo un diagnóstico diferencial, la comorbilidad de los sujetos, la falta de pruebas en los centros así como la formación para utilizarlos; también señalan la falta de comunicación con los docentes así como la falta de colaboración por parte de algunos docentes en el establecimiento de las medidas propuestas. Un aspecto muy señalado son las dificultades que encuentran con las familias, por un lado, les cuesta aceptar el propio proceso, en bastantes casos se encuentran con disparidad familiar a la hora de transmitir la información y es muy frecuente que presenten reticencia familiar al recibir el diagnóstico.

Entre las respuestas obtenidas (véase los anexos XV y XVIII), gran número de profesionales sanitarios señalan como las dificultades más frecuentes la falta de rigor, de tiempo y de recursos. También señalan la comorbilidad con otros diagnósticos, la dificultad de llevar a cabo diagnósticos diferenciales, la negación de los padres, las dificultades para coordinarse y los diagnósticos tardíos que presentan diagnósticos erróneos previos.

Estas son las dificultades que señalan los profesionales y que como hemos podido observar son muy variadas, desde la falta de formación de ellos mismos, tanto en el uso de pruebas específicas como en la identificación de los rasgos (diagnóstico diferencial) a las dificultades con otros profesionales (docentes, médicos...) como con las familias.

- Ítem 26. De acuerdo con su experiencia, ¿qué elementos mejorarían el proceso diagnóstico?

En este ítem pedimos a los profesionales que señalaran, en función de su experiencia, aquellos elementos que mejorarían el proceso diagnóstico (véase los anexos XV y XVIII); entre las respuestas obtenidas de los profesionales educativos destaca que de manera mayoritaria señalan la falta de profesionales y de recursos, indicando como recursos las pruebas, debido a que en muchos casos no poseen pruebas específicas y/o carecen de formación para aplicarlas. Otros elementos señalados son la falta de tiempo para llevar a cabo coordinaciones, la necesidad de que las valoraciones sean realizadas en equipo multidisciplinar (coevaluación) y de que existan protocolos unificados y criterios unánimes en cuanto a las pruebas que se deben aplicar. Algunos profesionales también señalan la posibilidad de que se lleve a cabo un screening en seguimiento

por parte de los profesionales sanitarios (pediatras) en los primeros años y la necesidad de sensibilizar a nivel sociedad acerca del autismo.

Entre las respuestas obtenidas (véase los XV y XVIII) gran número de profesionales sanitarios señalan como elementos: aumentar los profesionales especializados, llevar a cabo un abordaje precoz, mejorar la coordinación con los centros educativos, mejorar/aumentar los tiempos de consulta de cada paciente, llevar a cabo valoraciones de situaciones naturales a través del visionado de grabaciones, realizar coordinaciones entre los diferentes especialistas y, protocolizar el proceso diagnóstico, creando unidades multidisciplinarias.

Analizando las respuestas observamos que casi todos los profesionales señalan elementos muy concretos en el proceso, en los recursos o en la propia formación que si se estableciera un protocolo y unas indicaciones de cómo proceder en las evaluaciones se unificarían criterios y se ayudaría a los profesionales a llevar a cabo su labor.

- Ítem 27. ¿Qué elementos disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico?

En este ítem analizamos los elementos que consideran los profesionales que disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico (véase los anexos XV y XVIII). Entre las respuestas obtenidas es generalizada la necesidad de incrementar la formación específica de los profesionales en todos los ámbitos (educativo y clínico) para mejorar los diagnósticos, también señalan la importancia de la coordinación entre los profesionales implicados, solicitando que el proceso diagnóstico sea llevado por dos profesionales para una mejor atención y que haya apoyo por parte de expertos; que no se demoren en el tiempo las citas médicas ante sospechas de TEA, que se empleen pruebas adecuadas, que se pueda trabajar la sensibilización con las familias y que no sea un impedimento poder acceder a determinados recursos por dificultades económicas (financiación).

Una vez analizadas las respuestas observamos que los profesionales creen que, con formación, dotación de recursos (más personal y pruebas) y elaborando un protocolo y creando unidades multidisciplinarias para valorar y realizar seguimientos, se solventarían muchas de las dificultades que hoy en día se encuentran.

- Ítem 28. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico?

En este ítem solicitamos a los profesionales que señalen en qué medida estiman que la información ofrecida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico (véase los anexos XV y XVIII). De las respuestas obtenidas extraemos que casi todos los profesionales señalan que es muy importante la información que aporta la familia, pero no debe ser determinante ya que en numerosos casos son una gran fuente de información, pero en ocasiones no perciben la realidad tal y como es y ofrecen información sesgada.

Los profesionales sanitarios señalan de manera mayoritaria (moda) que es muy tenida en cuenta la información obtenida por parte de la familia, aunque algunos casos señalan que, en ciertas situaciones al existir frecuentemente un proceso de negación, puede llegar a dificultar la valoración.

Habiendo analizado las respuestas, observamos que se trata de una visión global casi unificada por lo que se debe dar tratamiento a la información que reciben los profesionales para evitar caer en errores.

- Ítem 29. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia la tienen en cuenta?

En este ítem analizamos si los profesionales estiman que la información ofrecida por la familia la tienen en cuenta (véase los anexos XV y XVIII). Analizando las respuestas obtenidas observamos que casi todos los profesionales educativos afirman que siempre la tienen en cuenta, pero es necesario tomarla con cautela, contrastando y cotejando con registros de observación, con otras fuentes y con la propia observación. Esto es debido a que en ocasiones no reflejan la realidad, se percibe falta de asimilación de la situación y se disipan las conductas observables que se aprendían en otros contextos como es el escolar.

En el caso de los profesionales sanitarios, gran número de profesionales (moda) señalan que siempre tienen en cuenta la información que les proporciona la familia, pero deben ser cautelosos debido a que en ocasiones la información es sesgada o dirigida; esto es debido a que en ocasiones muchas de ellas están angustiadas ante este tipo de diagnósticos e interfiere en el proceso.

Como conclusión podemos afirmar que ambos grupos de profesionales tienen en cuenta la información que aporta la familia debiendo ser cautos para evitar errores por información sesgada o incompleta.

- Ítem 30. ¿Hay algo que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

En este último ítem preguntamos a los profesionales si quisieran compartir algo que no se haya contemplado a lo largo del cuestionario (véase los anexos XV y XVIII). De las respuestas obtenidas cabe destacar que un gran número de respuestas de los profesionales educativos es que no añaden ningún aspecto, entre las aportaciones realizadas destacamos que es necesario que se establezca un contacto directo entre familia, centro escolar y ámbito sanitario, que debería haber alguna titulación o acreditación oficial para los profesionales que trabajan con este colectivo con el fin de evitar mala praxis, consideran que son importantes las jornadas de apoyo y asesoramiento a las familias organizadas desde los EOEP's específicos, consideran que es necesario triangular el proceso diagnóstico, que no se lleve a cabo por un solo profesional, que se establezcan espacios de coordinación entre personal docente y los servicios sanitarios para realizar una intervención ajustada a las necesidades del alumno y por último señalan que no siempre los médicos (neuropediatras) realizan evaluaciones amplias con las que poder hacer un diagnóstico certero y que esto puede generar muchos conflictos entre los distintos especialistas que trabajan con el alumno y con las familias.

De las respuestas obtenidas por parte de los profesionales sanitarios cabe destacar que un gran número de respuestas es que no añaden ningún aspecto, entre las aportaciones realizadas destacamos que es necesario que exista una mayor formación específica, así como la creación de unidades/ equipos que trabajen de manera coordinada todas las áreas, luchando de este modo por diagnósticos más precoces.

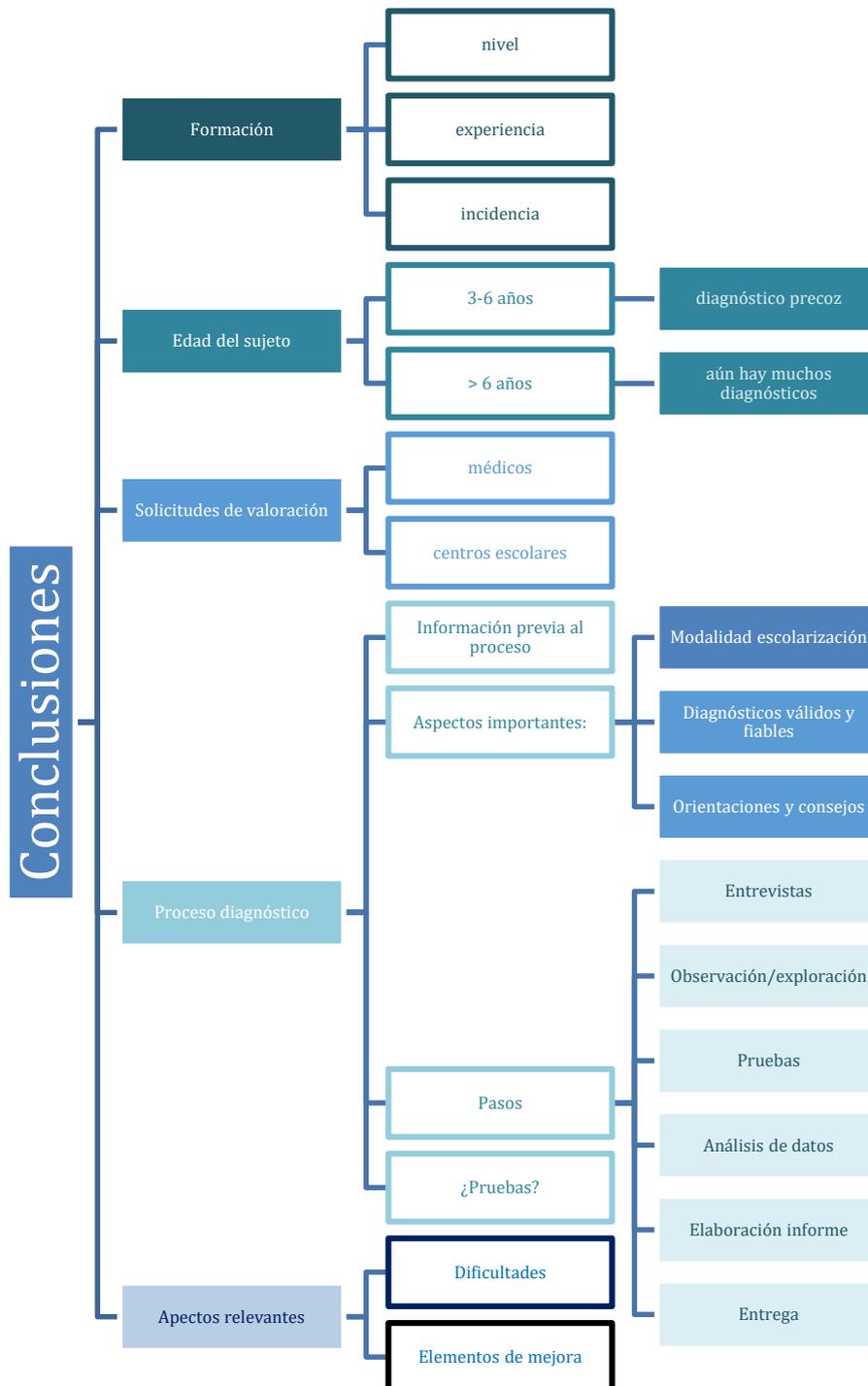
CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES

4. Conclusiones

Para dar respuesta a los objetivos planteados, podremos seguir el esquema de trabajo siguiente:

Figura 124. Conclusiones.



Fuente: elaboración propia.

Contábamos con dos objetivos fundamentales (apartado 3.1.1 de esta investigación): uno estudiar el procedimiento diagnóstico que se sigue ante la sospecha de TEA en un sujeto y otro, nos permitiría elaborar una alternativa de valoración/diagnóstico unificada, realizada por equipos multidisciplinares.

En cuanto al primero de los objetivos lo hemos concretado en 4 objetivos específicos:

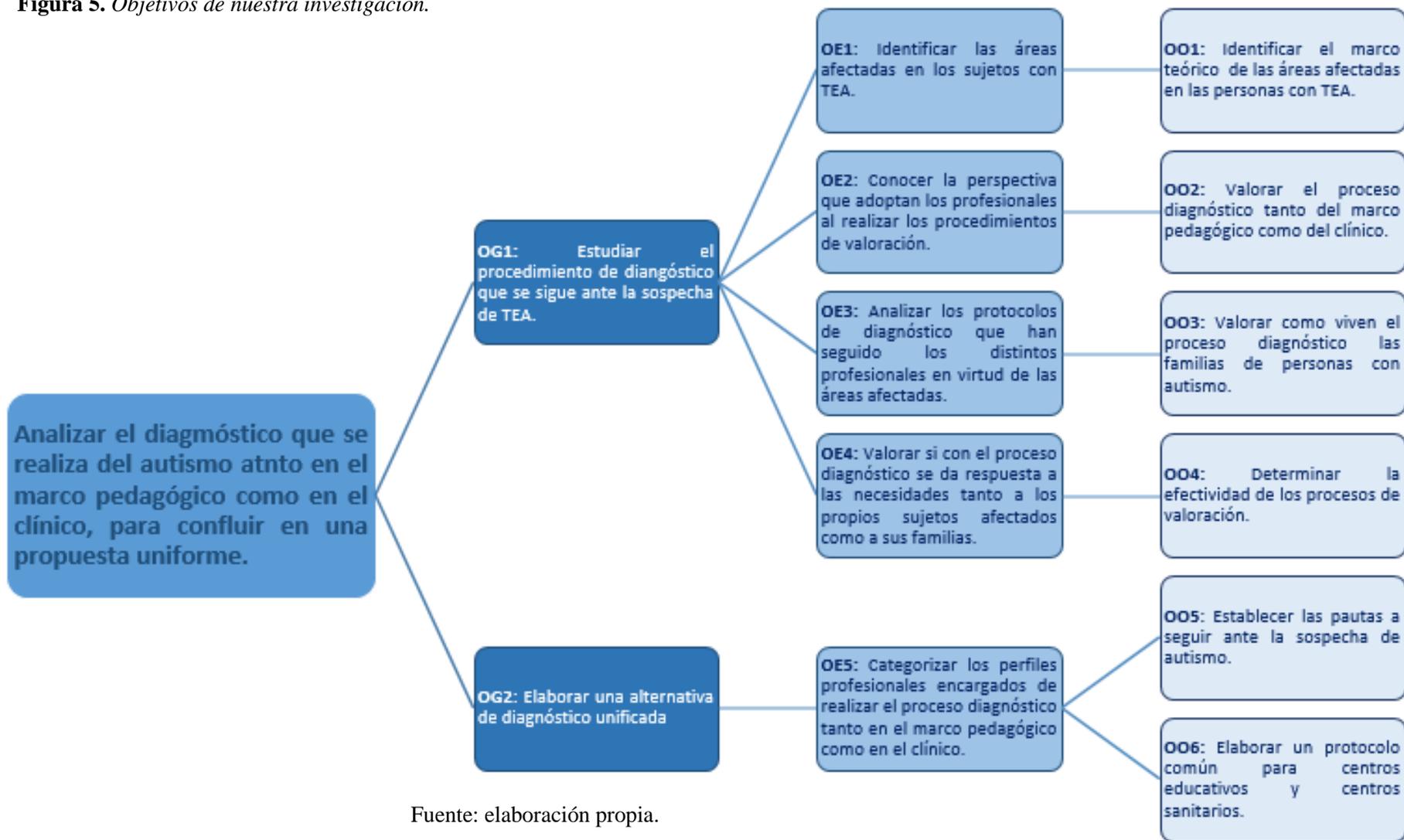
- Identificar las áreas afectadas en los sujetos con TEA.
- Conocer la perspectiva adoptada por los profesionales al realizar los procedimientos de valoración.
- Analizar los protocolos de diagnóstico que han seguido los distintos profesionales (equipos) en virtud de las áreas afectadas.
- Valorar si con el proceso diagnóstico se da respuesta a las necesidades tanto de los propios sujetos afectados como a sus familias.

Este último objetivo lo podemos operativizar a partir del análisis del cuestionario de Familias, donde abordamos aspectos como:

- La identificación del marco teórico de las áreas afectadas en las personas con Trastorno del Espectro del Autismo.
- La valoración del proceso diagnóstico tanto del marco pedagógico como del clínico.
- La valoración de las experiencias/vivencias de las familias de personas con autismo durante el proceso diagnóstico.
- El proceso de evaluación: valoración de la efectividad.
- La atención y terapia obtenidas

Todos ellos, criterios que nos permitirán valorar si se da respuesta a las necesidades que plantean las familias cuando llegan a un especialista en busca de solución a sus problemas.

Figura 5. *Objetivos de nuestra investigación.*



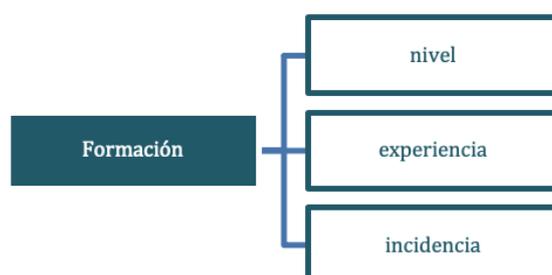
Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los tres primeros, en el esquema planteado tendremos información suficiente para valorar su logro:

El análisis del proceso de diagnóstico nos permitirá satisfacer los dos primeros objetivos planteados: identificar las áreas afectadas por TEA y conocer la perspectiva que se adopta en su satisfacción desde las dos perspectivas profesionales abordadas.

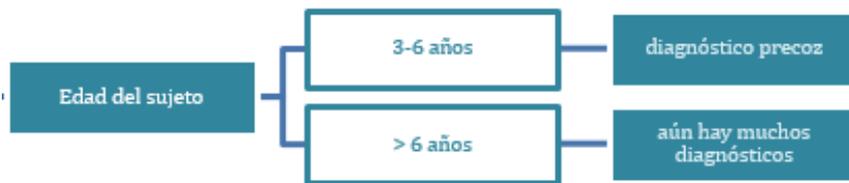
Y el tercero de los objetivos, analizar los protocolos, podremos hacerlo con el resto de elementos que figuran en nuestro esquema.

Así que vayamos con este análisis, comencemos con la formación:



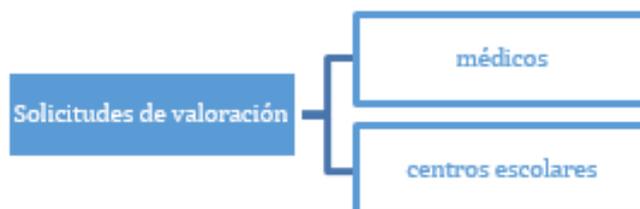
Tendremos que tener en cuenta el nivel de formación de los profesionales que llevan a cabo el diagnóstico, en este sentido observamos al menos tres aspectos que debemos tener en cuenta: lo primero, es que el nivel de formación de los profesionales de ambos sectores, es distinta. En el mundo educativo el nivel formativo es inferior al sanitario. Los primeros alcanzan un nivel formativo que toca techo en la licenciatura (el 45%) o el postgrado (un 50%) máster y en cambio, en el sector sanitario, pese a presentar un 48% este nivel formativo, también cuentan un 25% de ellos con el doctorado.

El análisis de estos datos nos permite considerar que la experiencia investigadora aportará a los profesionales un mejor bagaje profesional e incluso innovador, de modo que los procedimientos de diagnóstico aplicados en los sujetos con TEA por los profesionales sanitarios, a priori, cuentan con mejores posibilidades de renovación, actualización e innovación, de modo que se vayan progresivamente adaptando mejor a las necesidades de los sujetos.



En segundo lugar, tendremos en cuenta la edad del sujeto cuando se produce el diagnóstico de TEA, aspecto fundamental a la hora de realizar las valoraciones. Según los datos obtenidos observamos que ambos grupos de profesionales coinciden en las mismas franjas de edad, siendo la mayor entre los 3 y los 6 años (36 respuestas de profesionales educativos frente a 3 de sanitarios), seguida de la franja de 6 a 10 años (25 respuestas de profesionales educativos frente a 22 sanitarios) y de la franja de 0 a 3 años (17 respuestas de profesionales en ambos contextos).

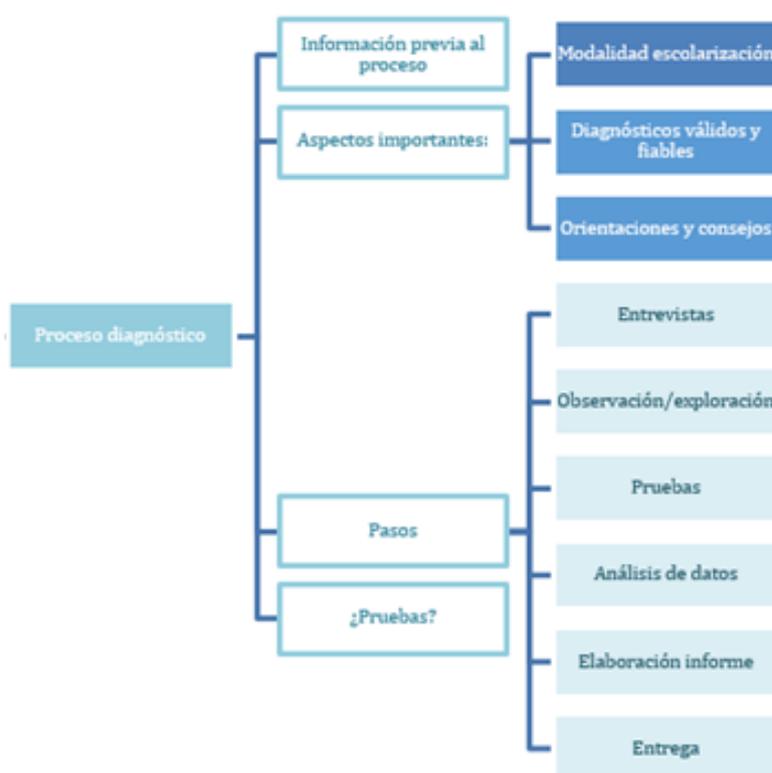
El análisis de estos datos demuestra que, gracias a los avances recientes en este campo, demostrando la importancia del diagnóstico precoz, los profesionales tratan de llevar a cabo valoraciones a edades tempranas, favoreciendo el dictamen precoz y el tratamiento, pero aún son muy elevados los casos que se diagnostican pasados los 6 años, iniciando la escolarización obligatoria sin un diagnóstico claro y mucho menos recibiendo la persona los apoyos y las terapias que necesita. Esto puede deberse en parte a la falta de especialización en el contexto educativo, a la gran comorbilidad del trastorno y a los diferentes niveles de afectación.



En tercer lugar, analizaremos las solicitudes de valoración recibidas por los profesionales en ambos contextos. Observamos, según los datos obtenidos, que las solicitudes de valoración recibidas por parte de los profesionales son significativamente muy distintas, haciendo especial mención a las solicitadas por los servicios médicos y por los centros escolares. Por parte de las familias reciben el mismo porcentaje, un 25% (18 respuestas de profesionales educativas y 15 de profesionales sanitarios). En cuanto a las recibidas por parte de los servicios médicos, los profesionales educativos señalan que obtienen de este servicio el 25% de solicitudes (21 respuestas), en cambio los sanitarios prácticamente obtienen el mismo número de respuestas en dos porcentajes, el 25 y el 75% (13 y 12 respectivamente). En cuanto a las solicitudes realizadas por parte de los centros escolares, los profesionales educativos reciben el 50% de solicitudes (16

respuestas), en cambio los profesionales sanitarios señalan que no reciben de este contexto solicitudes (20 respuestas) y en menor medida 25-50% (14 y 13 respuestas respectivamente).

El análisis de estos resultados refleja que, depende del contexto se recurre a un perfil profesional determinado, pese a que actualmente, es necesario poseer ambos dictámenes para que el alumno pueda recibir las adaptaciones o la modalidad de escolarización que necesite, atendiendo a sus necesidades particulares. Por ello consideramos indispensable que al menos exista un mínimo de comunicación entre ambos contextos.



En cuarto lugar, analizamos el proceso diagnóstico llevado a cabo. Los profesionales señalan que frecuentemente/siempre disponen de la información médica (21 respuestas de profesionales educativos en la categoría frecuentemente y 19 respuestas de profesionales sanitarios en la categoría siempre) /psicopedagógica (16 respuestas de profesionales educativos y 18 de profesionales sanitarios, ambos en la categoría frecuentemente) /escolar (20 respuestas de profesionales educativos en la categoría siempre y 17 respuestas de profesionales sanitarios en la categoría frecuentemente) y/o familiar (22 respuestas de profesionales educativos y 27 de profesionales sanitarios, ambos en la categoría siempre) antes de iniciar el proceso.

Analizando los datos obtenidos consideramos que este aspecto es sumamente importante, los profesionales que van a realizar las valoraciones deben poseer la información más relevante del

sujeto en todos los contextos, y según la información recogida determinar el modo de proceder. Este aspecto tiene gran importancia en todos los trastornos, pero en concreto, en el autismo, en ocasiones es bastante frecuente que los sujetos pueden presentar grandes dificultades para generalizar aprendizajes en distintos contextos, por lo que no es de extrañar que determinados procesos sean capaces de llevarlos a cabo en un contexto y no en otros.

Los profesionales consideran, según la información analizada, que en el proceso de diagnóstico son muy importantes los siguientes aspectos: determinar la modalidad de escolarización, establecer un diagnóstico válido y fiable, proponer orientaciones de intervención (solo contexto sanitario) y, proporcionar orientación y/o consejo a la familia.

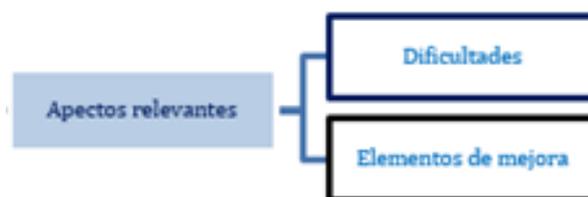
Según los datos recogidos, ambos grupos de profesionales inician el proceso de valoración llevando a cabo entrevistas para recoger toda la información, en el segundo paso es cuando comienzan las diferencias, los profesionales educativos en algunos casos llevan a cabo una fase de observación y posteriormente aplican pruebas estandarizadas, en cambio los profesionales sanitarios llevan a cabo una fase de exploración y aplicación de pruebas, incluyendo pruebas complementarias clínicas. Posteriormente llevan a cabo ambos grupos el análisis de los resultados, la elaboración del informe y la entrega del mismo.

Cada profesional otorga una importancia subjetiva a las áreas de exploración que considera más importantes (ver valoración del ítem 14), al igual que ocurre con los procedimientos de recogida (ítem 15), las pruebas empleadas (ítems 16, 17 y 18) y las estrategias utilizadas (ítems 19 y 20). Por ello, consideramos muy importante que exista, como ya hay en algunas comunidades, una selección de pruebas estandarizadas específicas tanto de detección como de evaluación, las cuales deban suministrar los profesionales y no que quede a libre elección del profesional las pruebas que va a utilizar.

Según la información recogida creemos que sería muy positivo que ambos tipos de procedimientos pudieran enriquecerse y complementarse, de tal modo que se llevara a cabo una valoración médico-educativa en la que se valoraran todos los aspectos y, en el mismo proceso se obtenga una valoración completa de todo el sujeto. De este modo todos los profesionales seguirían unas pautas comunes, optimizando el rigor y creando grupos de expertos multidisciplinares que ayudasen a enriquecer y optimizar el proceso diagnóstico.

Nos ha resultado muy significativo el hecho de que los profesionales de ambos sectores no utilicen ni siquiera un mismo referente para establecer la categoría diagnóstica en el informe de valoración, los profesionales educativos utilizan mayoritariamente el DSM-V (APA, 2013) y los profesionales sanitarios el CIE-10 (OMS, 1992).

De nuevo, encontramos razones suficientes para establecer/crear unidades de expertos multidisciplinares para realizar los diagnósticos.



En quinto y último lugar, nos gustaría hacer mención a varios aspectos que han señalado los profesionales y que nos resultan llamativos: en primer lugar, señalan como dificultades más habituales a la hora de realizar el diagnóstico la falta de tiempo, la saturación de los profesionales y la falta de comunicación entre los mismos. En segundo lugar, establecen como elementos de mejora las pruebas, debido a que en numerosas ocasiones no poseen pruebas específicas o carecen de formación para aplicarlas, la coevaluación llevada a cabo por equipos multidisciplinares, la creación de protocolos y criterios unificados. Otro aspecto de mejora muy llamativo, es la propuesta de elaborar un screening que puedan suministrar los pediatras para poder llegar a más población. Y, en tercer lugar, los profesionales señalan que la información ofrecida por la familia es muy importante, pero deben ser cautos a la hora de tratarla con el objetivo prioritario de evitar sesgos y, contrastando y cotejando con registros de observación directa y de otras fuentes.

Como hemos podido observar analizando las propuestas de mejora realizadas por los profesionales de ambos contextos, son numerosos los argumentos y las estrategias expuestas con el objetivo prioritario de subsanar los numerosos errores que actualmente se llevan a cabo, todos ellos recaen en primera instancia en el propio sujeto que padece el trastorno y de manera indirecta afecta a las familias. Si en unos años, como dicen la educación especial será integrada en la escuela ordinaria que hoy en día conocemos, debemos dotar de recursos y realizar valoraciones más óptimas, favoreciendo el desarrollo íntegro de la persona atendiendo a sus necesidades, por tanto, se debieran establecer redes de comunicación que nos vayan aproximando a un modelo más colaborativo.

Para finalizar, nos gustaría hacer una mención especial a la permeabilidad de los diferentes grupos muestrales. Las familias han demostrado una total permeabilidad y accesibilidad, mostrando una predisposición e interés por el tema, evidentemente es entendible su interés, dado que no es una motivación de conocimiento o laboral, sino que es personal. Los profesionales educativos, han mostrado una mayor permeabilidad que los profesionales sanitarios, pero teniendo en cuenta el número de profesionales solo de centros educativos preferentes, la respuesta debiera haber sido

mayor, aunque creemos que la saturación del volumen de trabajo presente los cursos pasados a raíz de la pandemia mundial acaecida ha impedido lograr una mayor respuesta de este sector.

Los profesionales sanitarios han mostrado una gran impermeabilidad, nos ha resultado muy complejo contactar con ellos ya no solo por la sobrecarga de trabajo existente, sino porque ha sido muy difícil hacerles llegar nuestra propuesta.

Por todo ello, consideramos que es sumamente importante que ambos mundos, educativo y sanitario se unan para mejorar el proceso diagnóstico, y en definitiva la calidad de vida de estas personas, ya que optimizaríamos recursos y agilizaríamos trámites que afectan a todos los contextos de su vida: familiar, escolar...

En cuanto al segundo de los objetivos (elaborar una alternativa de valoración/diagnóstico unificada, realizada por equipos multidisciplinares) lo hemos concretado en un objetivo específico:

- Categorizar los perfiles profesionales encargados de realizar el proceso diagnóstico tanto en el marco pedagógico como en el clínico.

A su vez, este objetivo específico lo podemos operativizar, por un lado, podremos establecer las pautas a seguir ante la sospecha de autismo y por otro, elaboraremos un protocolo común para centros educativos y centros sanitarios; ambos aspectos los desarrollaremos en el siguiente apartado.

CAPÍTULO 5

PROSPECTIVA Y PROPUESTA

5. Prospectiva y propuesta

El estudio que se presenta ha contado con una muestra escogida al azar dentro de los tres grupos muestrales: familias, profesionales sanitarios y profesionales educativos. Como hemos comprobado en la recogida de datos, existen aspectos muy reseñables como es el nivel de formación de los profesionales, la edad de los sujetos cuando se lleva a cabo el diagnóstico, la procedencia de las solicitudes de valoración, el proceso diagnóstico y diversos aspectos (dificultades y elementos de mejora) que han querido reseñar los distintos profesionales.

Creemos que una posible consideración para investigaciones futuras pudiera ser analizar el funcionamiento tras la creación de unidades específicas multidisciplinarias, en las cuales se atendieran todas las necesidades del sujeto, empezando por un diagnóstico completo y continuando con la modalidad de escolarización más apropiada o las diferentes necesidades que vayan surgiendo médicas, educativas, sociales, ... Los profesionales deben ser accesibles y atender a las familias en todo el proceso.

Puesto que somos conscientes que modificar por completo el sistema actual de valoraciones es muy complejo, proponemos en un primer nivel que el servicio que reciba en primera instancia la solicitud de valoración, comunique al otro servicio dicha demanda y que ambos realicen el proceso diagnóstico en coordinación, suministrando en cada ámbito las pruebas pertinentes, evitando duplicidades y poniendo en común los resultados obtenidos. De este modo elaborarían de manera conjunta las conclusiones y se emitiría un único informe. Lograríamos unificar los criterios y procesos de diagnóstico que se dilatan en el tiempo como se enuncia en la estrategia española en Trastornos del Espectro del Autismo (2015), “los procesos de derivación hacia un diagnóstico fiable y de calidad también son heterogéneos” comprometiéndose la Administración General del Estado a coordinar entre las administraciones para lograr hacer efectivas las actividades de detección, diagnóstico e intervención temprana. Para ello se establecen cuatro objetivos en esta línea estratégica de acción:

Objetivo 1: Favorecer la detección temprana de los TEA en los diferentes contextos vinculados al desarrollo infantil (sanitario, educativo, social), promoviendo la capacitación de los profesionales relacionados con estos contextos.

Objetivo 2: Favorecer la incorporación de herramientas de detección precoz de los TEA en la vigilancia rutinaria del desarrollo infantil, realizando un especial seguimiento de los niños/as en situación de riesgo (por ejemplo, hermanos de niños ya diagnosticados de TEA o personas con discapacidad intelectual).

Objetivo 3: Fomentar el acceso a una valoración diagnóstica especializada realizada por un equipo interdisciplinar, gratuita y en el menor tiempo posible, a todas las personas que presenten una sospecha de TEA, con independencia de la etapa de la vida en la que se produzca la identificación de sus características.

Objetivo 4: Promover un adecuado sistema de asesoramiento tras la confirmación del diagnóstico, así como la derivación a los servicios apropiados de intervención o apoyo en función de las necesidades individuales y/o familiares en el menor tiempo posible.

Para ello, como enuncia el objetivo 1, es necesario que el personal encargado de hacer las valoraciones esté formado en las pruebas específicas y que se unifiquen los criterios y pruebas a emplear. Del mismo modo sería necesario establecer redes de comunicación entre los profesionales sanitarios y los centros educativos para que esas coordinaciones puedan llevarse a cabo. Un aspecto positivo que nos ha dejado la situación vivida a consecuencia de la pandemia mundial han sido las llamadas y/o videollamadas con el personal sanitario. Proponemos que se unifiquen los sectores en los cuales están divididos las comunidades autónomas a nivel sanitario y las áreas de actuación de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica autonómicos, de este modo por ejemplo la Comunidad de Madrid disponía hasta el año 2009 de un total de 11 áreas sanitarias, pero tras la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de libertad de elección en la Sanidad de Madrid, se organizó el territorio en un área sanitaria única con siete Direcciones Asistenciales y 286 zonas básicas de salud. A continuación, se puede consultar como quedan a nivel organizativo las diferentes Comunidades Autónomas a partir del año 2015.

Tabla 133. Nivel organizativo por Comunidades Autónomas a partir del año 2015.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NIVEL ORGANIZATIVO	2015	2016-2019
Andalucía	Distritos de Atención Primaria	31	33
Aragón	Área de Salud-Sector	8	8
Principado de Asturias	Área Sanitaria	8	8
Illes Balears	Área de Salud	3	3
Canarias	Área de Salud	7	7
Cantabria	Área de Salud	4	4
Castilla y León	Área de Salud	11	11
Castilla-La Mancha	Gerencia de Atención Primaria/Gerencia Integrada	14	14
Cataluña	Región Sanitaria	7	7
Comunidad Valenciana	Departamento de Salud	24	24
Extremadura	Área de Salud	8	8
Galicia	Gerencia de Atención Primaria	7	7
Comunidad de Madrid	Dirección asistencial	7	7
Región de Murcia	Área de Salud	9	9
C. Foral de Navarra	Área de Salud/Gestión Integrada de Área de Salud	3	3
Pais vasco	Comarca Sanitaria/Organización Sanitaria Integrada	12	13
La Rioja	Área de Salud	1	1
Ceuta y Melilla	Área de Salud	2	2
TOTAL	ÁREA DE SALUD SIAP	166	169

Fuente: ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas (www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_sanitaria_2021.pdf).

Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica son recursos del sector, vinculados a los servicios de la zona. Atienden directamente a los centros educativos de su sector geográfico de referencia y actúan en coordinación con otros servicios. La adecuación de los servicios a las necesidades de la población con la que trabajan, determina la existencia de una red especializada que incluye:

- Equipos de Orientación Educativa y psicopedagógica de Atención Temprana.
- Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica Generales.
- Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específicos.

Estos tres tipos de equipos se encuentran presentes en las 5 áreas de atención: Madrid capital, Madrid Norte, Madrid Sur, Madrid Este y Madrid Oeste.

Lo que proponemos es que se establezcan redes de comunicación a través de plataformas digitales para poder llevar a cabo las coordinaciones. De manera específica el Consejo de Ministros, el 6 de noviembre de 2015 aprobó la estrategia española en Trastornos del Espectro del Autismo.

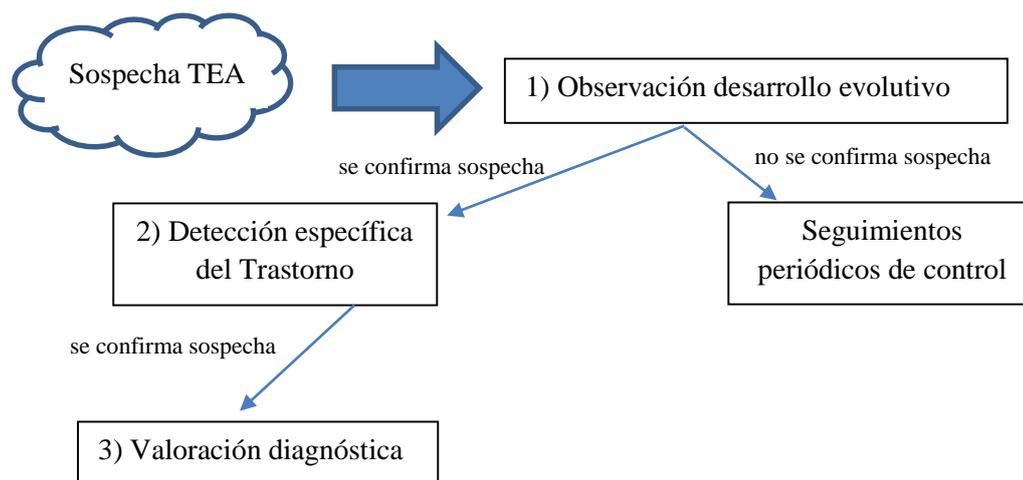
Según la Confederación Autismo España (2019), esta estrategia *constituye el marco de referencia en la definición de acciones estatales, autonómicas y locales para contribuir a ofrecer en todos en todos los territorios una orientación común que garantice la igualdad de oportunidades y el disfrute efectivo de los derechos del colectivo de personas con TEA y sus familias.*

Creemos que algo está cambiando, porque ya en el curso 2020-2021, se incluyeron modificaciones en el procedimiento de valoración en el ámbito educativo en la Comunidad de Madrid. De nuevo en el curso 2021-2022, el Equipo de Orientación Educativa Específico de Alteraciones graves del desarrollo (EOEE TEA) ha vuelto a modificar el proceso de derivación de demandas, estableciéndose dos tipos: actuaciones en relación con un alumno/a concretos o actuaciones de asesoramiento profesional. De igual modo se establece la documentación que se debe aportar y justificar los motivos de dicha demanda y, han hecho llegar a los centros un documento titulado "pruebas evaluación psicopedagógica EOEE TEA" (ver anexo XX) en el cual se incluyen, según los diferentes ámbitos de valoración diversas pruebas incluyendo una breve descripción de cada una de ellas. Actualmente es necesario contar con un informe médico para que el equipo específico lleve a cabo la valoración, pero ¿con quién cuentan los médicos? Como hemos podido comprobar, es muy difícil acceder a ellos, pero el autismo no es una enfermedad, no es una patología que a fecha de hoy exista una cura, es un trastorno y como tal afecta a todos los ámbitos y contextos en los que el sujeto se desarrolle, por lo tanto, una vez más reiteramos la necesidad de comunicación entre ambos grupos de profesionales.

Por todo ello nuestra propuesta global va encaminada a la creación de unidades específicas multidisciplinares (unidades que se compongan de profesionales de diversas disciplinas: sanitarias y educativas) e interdisciplinares (equipos de especialistas de diferentes disciplinas que trabajan en colaboración, cooperación y comunicación) en cada una de las siete Direcciones asistenciales, pero hasta alcanzar la creación de dichas unidades, un primer logro será llevar a cabo diagnósticos coordinados por profesionales educativos- médicos pudiéndose realizar una investigación longitudinal de la evolución de los diagnósticos y de los propios sujetos. Para ello se deberá crear una red de vinculación centros educativos- centros médicos con el fin de que los profesionales tengan momentos para poder llevar dichas coordinaciones. Además, sería muy positivo y enriquecedor que se desarrollen campañas de concienciación a la sociedad en general y mejorar los recursos de apoyo tanto a los sujetos como a las familias, ya que actualmente dependiendo de la Comunidad Autónoma en que residas recibe la persona mayor o menor números de horas de terapia financiada en la etapa de Educación Infantil, etapa de escolarización no obligatoria, pero al pasar a la etapa obligatoria de escolarización, la Educación Primaria, las familias deben abonar las terapias de modo privado y si cumplen los requisitos establecidos por renta, que no por afectación/necesidad de recibir dichos tratamientos, se les abona un porcentaje de dicho importe.

Retomando los objetivos operativos de nuestra investigación, nos planteábamos establecer las pautas a seguir ante la sospecha de autismo y por otro, elaborar un protocolo común para centros educativos y centros sanitarios. Comencemos con el protocolo a seguir (figura 124):

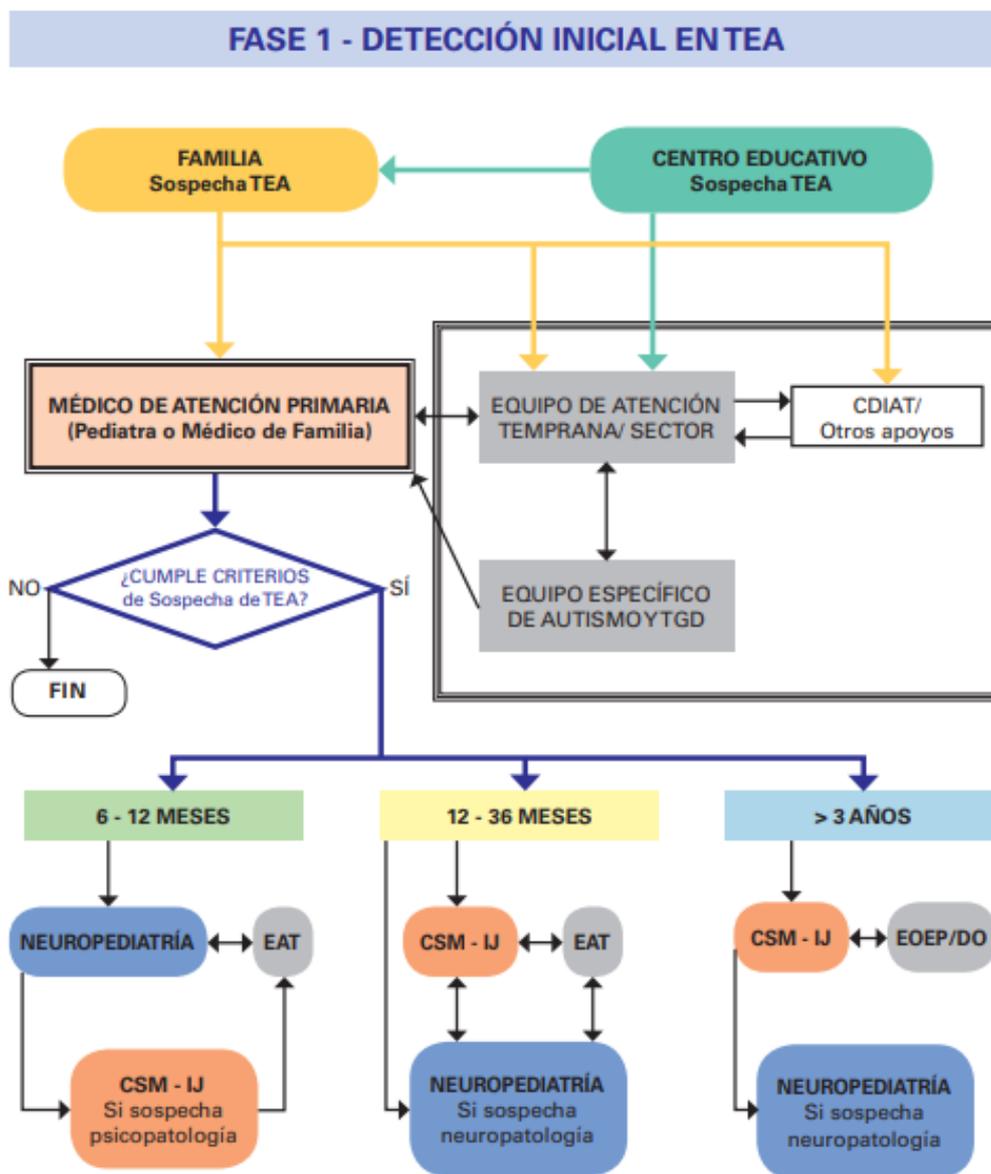
Figura 125. *Propuesta de protocolo.*



Fuente: elaboración propia.

- 1) Ante la sospecha de que un sujeto pueda presentar TEA, se solicitará cita con el pediatra para que en función de la observación realizada en el primer nivel del **desarrollo evolutivo** del niño determinen la necesidad o no de llevar a cabo la **detección específica del Trastorno** (segundo nivel) en una unidad médica específica (psicología clínica, psiquiatría o neurología). Como podemos comprobar en la figura 125, ya en el 2012 quedaba recogido en el protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los Trastornos del Espectro Autista de la región de Murcia.

Figura 126: Fase 1- Detección inicial en TEA.



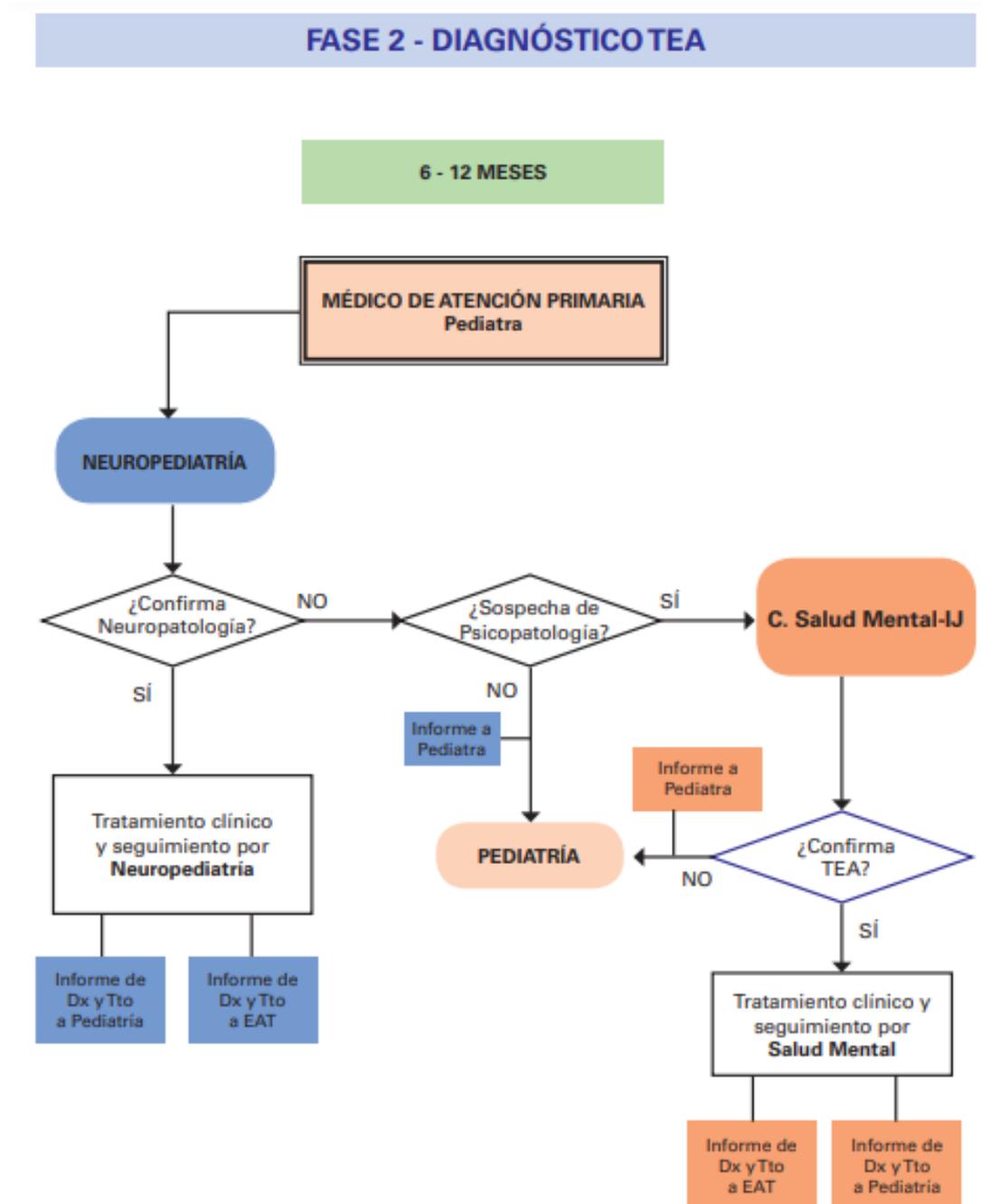
Fuente: de Salud, S. M., de Sanidad, C., Social, P., y de Educación, C. (2012).

Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en trastornos del espectro autista (TEA).

- 2) En el segundo nivel ya es común utilizar el cuestionario para el autismo en niños pequeños (M-CHAT) y el test infantil del síndrome de Asperger (CAST), además de incluir pruebas clínicas, como la audiometría o analíticas específicas.
- 3) En el tercer nivel, nos encontramos la **valoración diagnóstica de TEA**, los aspectos fundamentales incluidos en una evaluación diagnóstica de TEA son los siguientes:

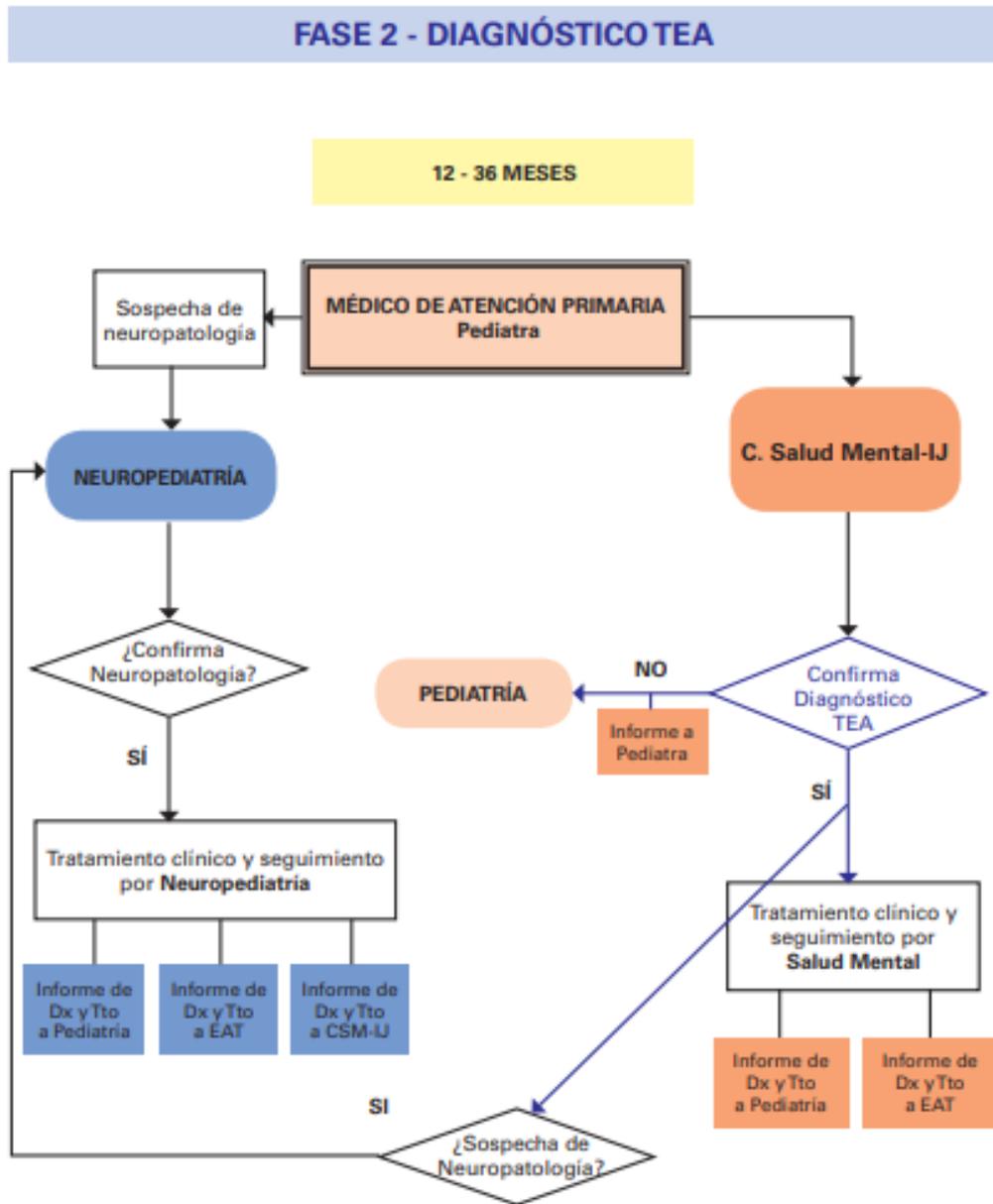
Evaluación médica y neurológica amplia. Se debe buscar la existencia de alteraciones en el desarrollo o regresiones evolutivas a cualquier edad, identificar cualquier encefalopatía, crisis epilépticas, problemas con el sueño o la comida. Historia familiar, examen físico y neurológico, incluyendo el perímetro cefálico, examen general de salud, un examen del estado mental, el cual incluye *la evaluación de las interacciones sociales, del juego, del lenguaje, de la función comunicativa y de su conducta*; un examen de la motricidad (fina y gruesa); pruebas específicas para el autismo entre las que destacan ADI-R y ADOS; estudios metabólicos, genéticos, electrofisiológicos y neuroimagen. Además de todo lo señalado insiste Hervás (2012) en que es necesario llevar a cabo evaluaciones específicas para determinar el perfil evolutivo entre las que se encuentran: evaluaciones del habla, el lenguaje y la comunicación (test Peabody, Escala Reynell y el instrumento de evaluación de capacidades comunicativas ACACIA), evaluación cognitiva (WISC, WAIS, WIPSSI, K-ABC), teoría de la mente (Historias Sociales de F. Happe 1994, TOM Test Muris 1999, Test de los Ojos Baron-Cohen 1999), teoría de la coherencia central, funciones ejecutivas (Wisconsin Card Sorting Test WCST-64, Tower of London), el juego (Costello Symbolic Playtest), evaluación de la conducta adaptativa (escalas de conducta adaptativa de Vineland), evaluación síntomas psicopatología general (escalas de Achenbach Child Behaviour Check list para padres y Teacher Report Form). Nuestra propuesta es que, en este tercer nivel, las pruebas referentes al desarrollo evolutivo (motricidad, lenguaje-comunicación, cognición...) sean llevadas a cabo por profesionales médicos y educativos complementándose y estableciendo conclusiones comunes (ver tabla 133). Para ello al plantearse la evaluación del tercer nivel, serán los profesionales sanitarios quienes se pongan en contacto con los profesionales educativos del centro educativo del paciente para establecer las líneas de actuación en el proceso. Una vez iniciado, pautarán reuniones periódicas para ir compartiendo los avances-resultados y llegar a conclusiones comunes. Como podemos comprobar en las figuras 126, 127 y 128 en el protocolo de la región de Murcia (2012), se establecieron tres posibles situaciones según la edad del sujeto. Además, este protocolo incluye una tercera fase en la cual recogen la intervención de tratamiento clínico, educativo y seguimiento de TEA, en el cual apreciamos que establecen que profesionales realizarán los seguimientos, pero no queda recogida la intervención educativa (modalidades de escolarización u otros recursos).

Figura 127. Fase 2- Diagnóstico TEA 6-12 meses.



Fuente: de Salud, S. M., de Sanidad, C., Social, P., y de Educación, C. (2012).
 Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e
 intervención temprana en trastornos del espectro autista (TEA).

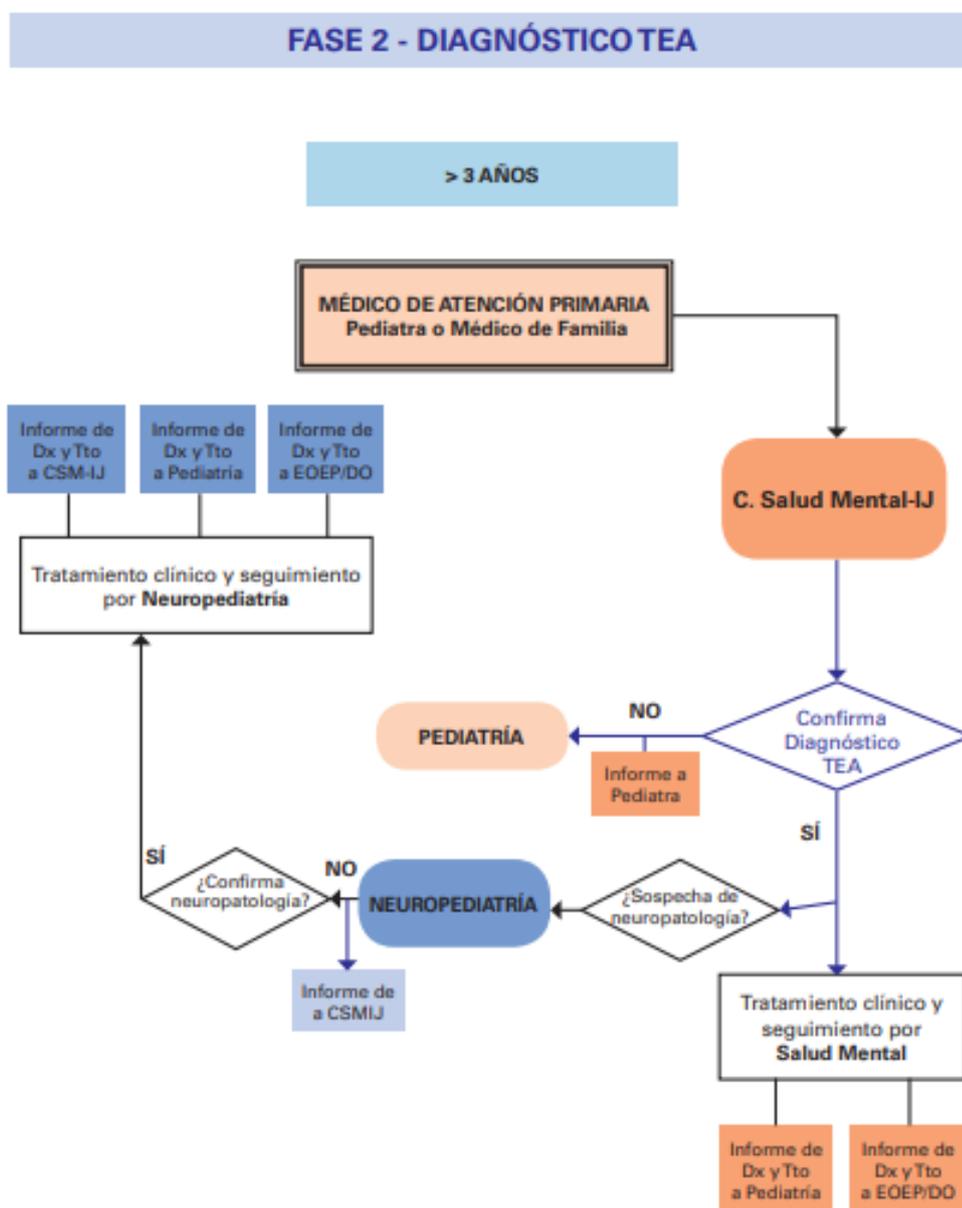
Figura 128. Fase 2- Diagnóstico TEA 12-36 meses.



Fuente: de Salud, S. M., de Sanidad, C., Social, P., y de Educación, C. (2012).

Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en trastornos del espectro autista (TEA).

Figura 129. Fase 2- Diagnóstico TEA >3 años.



Fuente: de Salud, S. M., de Sanidad, C., Social, P., y de Educación, C. (2012).

Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en trastornos del espectro autista (TEA).

Las pautas a seguir en el ámbito educativo según las necesidades detectadas podrían ser:

- 1) **A nivel de centro:** se ofrecerán apoyos visuales, se creará un ambiente relajado en todas las dependencias, así como la implicación de todos los profesionales del centro hacia la

totalidad del alumnado, conociendo las características de los ACNEE y en concreto de los alumnos que presenten TEA (ver anexo XXI).

- 2) **A nivel de aula:** organización de espacios (siguiendo la metodología Teacch, rincones de trabajo, estaciones de aprendizaje...) y uso de apoyos/claves visuales, eliminando elementos distractores; uso de la anticipación no solo de las actividades de aula sino también de actividades grupales que rompen la rutina diaria (ver anexo XXII). En él podremos observar ejemplos de diferentes estructuraciones del espacio-aula, así como diversos recursos de apoyo visual (agendas diarias, secuencias de actividades...).
- 3) También es importante anticipar los criterios de evaluación, llevando a cabo las adaptaciones necesarias (curriculares y/o metodológicas), el uso de materiales manipulativos y la coordinación entre todos los docentes (ver anexo XXIII).

Las pautas a seguir en el ámbito sanitario según las necesidades detectadas podrían ser:

- 1) El pediatra llevará a cabo la observación realizada en el primer nivel del **desarrollo evolutivo** del niño determinando la necesidad o no de llevar a cabo la **detección específica del Trastorno** en una unidad médica específica (psicología clínica, psiquiatría o neurología). Para ello es necesario que los pediatras reciban una formación específica sobre ello.
- 2) Realizada la derivación a una unidad médica específica, se realizará el cuestionario para el autismo en niños pequeños (M-CHAT) y el test infantil del síndrome de Asperger (CAST), además de incluir pruebas clínicas, como la audiometría o analíticas específicas.
- 3) Según los resultados anteriores, se procederá a realizar la **valoración diagnóstica de TEA**, en colaboración con los agentes educativos siguiendo un procedimiento establecido. Basándonos en el modelo del ETPOEP de Málaga (tabla 133) establecemos que se llevarán a cabo pruebas cualitativas y se utilizarán instrumentos estandarizados de elección según el alumno este escolarizado en la etapa de Educación Infantil/Primaria o Educación Secundaria.

Tabla 134. Evaluación psicopedagógica; instrumentos de evaluación para alumnado con TEA.



ETPOEP Málaga
EOE E TEA y Red de Orientación de Málaga

EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA ALUMNADO CON T.E.A.

Estos instrumentos de detección y evaluación son una selección de los que presentan un uso generalizado dentro de la red de orientación.
Se puede consultar **la guía de evaluación para el alumnado con TEA** publicada por el EOOE de TEA en la [web de la Red de Orientación de Málaga](#).

NEE	Pruebas cualitativas. ¹	Instrumentos estandarizados de elección:	
		EDUC. INFANTIL / E.PRIMARIA	EDUC.SECUNDARIA
TEA	Criterios del DSM-5 Observación en el aula y otros espacios del centro. Observación y/o entrevista con el alumno, cuadernos, dibujos, etc. Entrevista familiar Entrevista a los profesionales del centro. Explicación de todos los aspectos que están asociados (información recogida). Cuestionarios de detección. Valoración de los datos del desarrollo. Valoración de las capacidades cognitivas. Valoración de las competencias de relación y comunicación. Valoración de los aspectos emocionales y de la personalidad. Valoración de los aspectos curriculares. Valoración de las habilidades adaptativas. Valoración de las conductas desafiantes. Informes externos. Intercambio de información con servicios externos.	<ul style="list-style-type: none"> - Escala M-CHAT de Detección Temprana Revisada (M-CHAT-R) de Robins, Fein y Barton. - CSBS-DP Escalas de Comunicación y Conducta Simbólica de Wetherby y Prizant. - CAST Test Infantil del Síndrome de Asperger de Scott y otros. - CARS Escala de Valoración del Autismo Infantil de Schopler et al. - IDEA Inventario de Espectro Autista de Rivière. - ASAS Escala Australiana para el Síndrome de Asperger de T. Attwood. - ASSQ Cuestionario de Exploración del Espectro del Autismo de AF de Ehlers, Gillberg y Wing. - Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (EA) de Belinchón et al. - ADI-R Entrevista para el Diagnóstico del Autismo. Revisada de C. Lord et al. - GARS-2 Escala de Evaluación de Autistas de Gilliam. - GADS Escala Gilliam para evaluar Trastorno Asperger. - SCQ Cuestionario de Comunicación Social de Lord et al. - ADOS-2 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo 2 de C. Lord et al. - PEP-3 Perfil Psicoeducativo. Instrumento de Evaluación Funcional del TEA. Schopler - ASDI Entrevista Diagnóstica para el Síndrome de Asperger de Gillberg et al. 	<ul style="list-style-type: none"> - CARS Escala de Valoración del Autismo Infantil de Schopler y otros. - IDEA Inventario de Espectro Autista de Rivière. - ASSQ Cuestionario de Exploración del Espectro del Autismo de AF de Ehlers, Gillberg y Wing. - Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (EA) de Belinchón y otros. - ADI-R Entrevista para el Diagnóstico del Autismo. Revisada de C. Lord y otros. - GARS-2 Escala de Evaluación de Autistas de Gilliam. - GADS Escala Gilliam para evaluar Trastorno de Asperger. - ADOS-2 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo 2 de C. Lord y otros. - ASDI Entrevista Diagnóstica para el Síndrome de Asperger de Gillberg y otros.

¹ INDICAR O.A.: Observación en el aula. O.E.: Observación en otros espacios (recreo, actividades complementarias, Escuelas Infantiles...); E.F. Entrevista familiar; E.T. Entrevista tutor/ a. R.T.: registros de tutoría; E.P.E: Entrevista profesionales externos (salud, igualdad (SSCC, ETF,SPM, ONGs...); E.D. Acta Equipo docente; I.E. Informes externos; I.M. Informes médicos.

Fuente: ETPOEP Málaga

CAPÍTULO 6

BIBLIOGRAFÍA

6. Bibliografía/webgrafía

- Abreu, J. (2012). Hipótesis, método y diseño de investigación (hypothesis, method & research design). *Daena: International Journal of Good Conscience*, 7(2), 187-197.
- Adarraga Morales, P. (1992). DAI: sistema basado en conocimiento para diagnóstico de autismo. Tesis leída el 1 de enero de 1992, en la Universidad Autónoma de Madrid, bajo la dirección de Zaccagnini Sancho, J.L.
- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial (2012). Formación del profesorado para la educación inclusiva. Perfil profesional del docente en la educación inclusiva. Agencia Europea.
- Aguilar-Valera, J. A. (2017). Trastornos de la comunicación desde el DSM-V: la necesidad de diagnósticos diferenciales. *Cuadernos de neuropsicología*, vol. 11, número 1, 143-156.
- Aiello, A. L. R., & Williams, L. C. D. A. (2021). Inventário Portage Operacionalizado (IPO): Revisão Sistemática. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37.
- Ainscow, M.; Booth, T. & Dyson, A. (2006). *Improving schools developing inclusion*. London: Routledge.
- Álvarez, P. y Rivière, Á. (1988). Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil (No. 16). Ministerio de Educación.
- Allison, C., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Charman, T., Richler, J., Pasco, G. & Brayne, C. (2008). The Q-CHAT (Quantitative CHECKlist for Autism in Toddlers): a normally distributed quantitative measure of autistic traits at 18–24 months of age: preliminary report. *Journal of autism and developmental disorders* 2008; 38(8):1414–1425.
- Amate, A., y Vazquez, A. (2006). Evolución del concepto de discapacidad. Amate EA, Vásquez AJ. *Discapacidad: Lo que todos debemos saber*. Washington DC: Salud, Organización Panamericana de la, 3-7.
- Amate, E. A. (Ed.). (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber* (No. 616). Pan American Health Org.

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed.). Editorial Medical Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1992): Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM III R). Versión castellana. Massson, S.A.Barcelona.
- American Psychiatric Publishing. (2013). DSM-5: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Editorial Medical Panamericana.Las diferentes ediciones del DSM son: I-1952; II-1968; III-1980; III R-1987; IV-1994; IV R-1998; IV TR-2000; V-2013.
- American Psychiatric Publishing. (2022). DSM-5 TR: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 TR. Editorial Medical Panamericana.
- Anguita, J. C., Labrador, J. R., Campos, J. D., Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención primaria, 31(8), 527-538.
- Arnaiz, S. P. y Guirao, L. J. M. (2015). La autoevaluación de centros en España para la atención a la diversidad desde una perspectiva inclusiva: ACADI. Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado, 18(1), 45-101.
- Arriaga, RI, Fenton, L., Cronan, T. y Pethick, SJ (1998). Puntajes en el Inventario de Desarrollo Comunicativo de MacArthur de niños de familias de ingresos bajos y medios. Psicolingüística aplicada , 19 , 209-224.
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. Matronas profesión, 5(17), 23-29.
- Artigas, J. (1999). El lenguaje en los trastornos autistas. Revista de neurología, 28(2), 118-123.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Actualización de la codificación del DSM-5. Suplemento del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Editorial Medical Panamericana.
- Atwood, T. (2010). El Síndrome de Asperger: Una guía para la familia. Paidós.
- Autismo España (2019). El estudio sociodemográfico desarrollado por Autismo España cuenta ya con 2.116 registros de personas con TEA. Revisado: 6/7/2021

<http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/el-estudio-sociodemografico-desarrollado-por-autismo-espana-cuenta-ya-con-2116>

- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Allison, C. (2007). The autism spectrum quotient: Children's version (AQ-Child). *Journal of autism and developmental disorders* 2008; 38(7):1230–1240.
- Auyeung, B.; Wheelwright, S.; Allison, C.; Atkinson, M.; Samarawickrema, N.; Baron-Cohen, S. (2009) The Children's Empathy Quotient and Systemizing Quotient: Sex Differences in Typical Development and in Autism Spectrum Conditions. *Journal of autism and developmental disorders* 39(11):1509–1521
- Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S. & Drew, A. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. *Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000; 39(6):694–702.
- Baird, S. M., & Folsom, J. (1993). Concurrent validity of the Kent Scoring Adaptation of the Bayley Scales of Infant Development. *Diagnostic*, 18(2), 135-143.
- Baña Castro, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336.
- Barba Téllez, M. N., Cuenca Díaz, M. y Rosa Gómez, A. (2007). Piaget y L. S. Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo. *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 45/7.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2003): The Friendship Questionnaire: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2003; 33(5):509–517
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34(2):163–175
- Baron-Cohen, S., Allen, J. & Gillberg, C. (1992): Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry* 1992; 161(6):839–843

- Baron-Cohen, S., Hoekstra, R. A., Knickmeyer, R. & Wheelwright, S. (2006): The Autism-Spectrum Quotient (AQ) - Adolescent Version. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006; 36(3):343–350
- Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N. & Wheelwright, S. (2003): The systemizing quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical transactions-Royal Society of London. Biological sciences* 2003; 358(1430):361–374
- Baron-Cohen, S., Ring, HA, Wheelwright, S., Bullmore, ET, Brammer, MJ, Simmons, A. y Williams, SC (1999). Inteligencia social en el cerebro normal y autista: un estudio de fMRI. *Revista europea de neurociencia* , 11 (6), 1891-1898.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Cox, A., Baird, G., Charman, T. & Swettenham, J. (2000); Drew, A.; Doehring, P.: Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine* 2000; 93(10):521–525
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J. & Woodbury-Smith, M. R. (2005): The Adult Asperger Assessment (AAA): A Diagnostic Method. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2005; 35(6):807–819
- Barthélèmy, K., Fuentes, F. J., Howlin, P. y Van der Gaag, R. (2019). Personas con Trastorno del Espectro. Identificación, comprensión e intervención. Documento Oficial de Autismo Europa.
- Bateson, M. C., & Bouchier, I. (1975). Prevalence of gall stones in Dundee: study. *British Medical Journal*, 22, 427.
- Bayés, M., Ramos, J. A., Cormand, B., Hervás-Zúñiga, A., Del Campo, M., Duran-Tauleria, E., y Estivill, X. (2005). Genotipado a gran escala en la investigación del trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40(1), 187-190.
- Belinchón Carmona, M., Hernández, J. M. y Sotillo, M. (2008). Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades. Centro de Psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE.
- Bettelheim, B. (1967). *Empty Fortress: infantile autism and the birth of the self*. Free Press. New York, en español: (1967) *La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del yo*. Barcelona: Paidós.

- Biggi, J. F., Arroyo, M. F., Muñoz, L. B., Aguilera, E. T., Pallarés, J. A., Carmona, M. B., Muñoz Yunta, J.A., Idiazábal Alecha, M.A., Mulas, F., Palacios, S., Tamarit Cuadrado, J., Martos Pérez, J. y de la Paz, M. P. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de neurología*, 43(7), 425-438.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Nueva York, Internat. Univ. Press, 1950.
- Bliss, L. S. (1992). A comparison of tactful messages by children with and without language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 23, 343-347.
- Bonilla, M., y Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. Programa de Educación continua en Pediatría. *Sociedad Colombiana de Pediatría*, 15(1), 19-29.
- Bradley-Johnson, S. (1997). Mullen scales of early learning. *Psychology in the Schools*, Vol.34 (4).
- Bruner, J. S., Wood, D., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*.
- Bryant, B., Taylor, R., & Rivera, D. P. (1996). *Assessment of adaptive areas*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Bryson, S. E., Clark, B. S., & Smith, I. M. (1988). First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(4), 433-445.
- Buey, M. L. D. (2010). Educación inclusiva. *REOP-Revista española de orientación y psicopedagogía*, 21(2), 358-366.
- Bybee, J. L., & Slobin, D. I. (1982). Why small children cannot change language on their own: Suggestions from the English past tense (pp. 29-37). na.
- Caballero García, C. M., y Escarbajal Frutos, A. (2020, March). Autoevaluación docente en centros de Educación Primaria para una educación inclusiva. En *Congreso Internacional de Investigación e innovación en educación infantil y primaria*.
- Cabanyes-Truffino, J., y García-Villamisar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 39(1), 81-90.

- Cacho Hernández, M. (2014). Estudio comparativo del sistema educativo de la etapa de Educación Primaria del Reino Unido y España. Recuperado el 17 de diciembre de 20121 de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/8222>
- Calderón, R. S. (2001). La evaluación de las personas con autismo. *Revista educación*, 25(1), 103-110.
- Calderón, R. S. (2002). El síndrome autista: un acercamiento a sus características y generalidades. *Revista Educación*, 26(1), 47-61.
- Canal Bedia, R., Santos Borbujo, J., Rey Sánchez, F., Franco Martín, M., Martínez Velarte, M. J., Ferrari Arroyo, M. J., & Posada de la Paz, M. (2007). Detección y diagnóstico de trastornos del espectro autista. Ministerio de trabajo y asuntos sociales- Real patronato sobre discapacidad. Recuperado el 12 de junio de 2020 de: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/2983>.
- Canal Bedia, R., Santos Borbujo, J., Rey Sánchez, F., Franco Martín, M., Martínez Velarte, M. J., Ferrari Arroyo, M. J., y Posada de la Paz, M. (2011). Detección y diagnóstico de trastornos del espectro autista. Recuperado el 12 de marzo de 2019 de: <http://hdl.handle.net/11181/2983>
- Candel et al. (2012). Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). Consejería de Sanidad y Política Social, servicio murciano de salud, subdirección general de salud mental. <https://www.escoladesaludmurcia.es/ServletDocument?document=1340>
- Carmines, E. & Zeller, R. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. SAGE Publications (USA).
- Carmona, M. B., Muñoz, L. B., De Andrés, E. G., Biggi, J. F., & De La Paz, M. P. (2010). Evolución de los estudios sobre autismo en España: publicaciones y redes de coautoría entre 1974 y 2007. *Psicothema*, 22(2), 242-249.
- Castañeda, P. F. (1999) *El lenguaje verbal del niño: ¿cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien?* UNMSM. Lima.
- Černiauskaitė, M., Vago, C., Meucci, P., Bulgheroni, S., Riva, D., Leonardi, M., & Giovannetti, A. M. (2016). Traduzione italiana della Parent Interview for Autism-Clinical Version (PIA-CV). *Psicologia clinica dello sviluppo*, 20(2), 233-256.

- Cervera Chulvi, A. et al. (2015). Diagnóstico en Educación de los Trastornos del Espectro Autista. *Información Psicológica*, 110, 51-55.
- Cervera Chulvi, M.A. (2016). Diagnóstico de los trastornos de espectro autista en educación, un análisis de la práctica diagnóstica. Tesis bajo la dirección de Suárez Rodríguez, J., Marí i Mollá, R y Martínez Sanchís, S. en la Universidad de Valencia.
- Coba Arango, E., y Grañeras Pastrana, M. (2009). Informe del sistema educativo español 2009. Ministerio de Educación.
- Conde Gómez, F. (2014). Enfermedad mental y rehabilitación psicosocial. El "recovery" un nuevo propósito de intervención. El papel de la Educación Social. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/6767>.
- Confederación Autismo España (2019). Resumen. Estrategia española en Trastorno del espectro del autismo. Recuperado el 14 de mayo de 2022 de: <http://www.autismo.org.es/quehacemos/incidencia-politica/estrategia-espanola-en-tea>.
- Confederación de Autismo España (2004). Empleo: guía de empleo con apoyo para personas con autismo. Recuperado el 14 de mayo de 2022 de: <http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/guiaecacae.pdf>
- Confederación de Autismo España (2020). La atención temprana que reciben los niños y las niñas con trastorno del espectro del autismo en España. Recuperado el 8 de febrero de 2021 de: <http://hdl.handle.net/11181/6454>.
- Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Cornago, A., Navarro, M. y Collado, F. (2012) Manual de teoría de la mente para niños con autismo: ejercicios, materiales y estrategias. Valencia: Psylicom ediciones.
- Corral Corral, Y. (2010). Diseño de cuestionarios para la recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 20 (36), 152-168.
- Cortez Bellotti de Oliveira, M., y Contreras, M. M. (2007). Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses). *Archivos argentinos de pediatría*, 105(5), 418-426.
- Crespo, M., Maribel, C., y Verdugo Alonso, M. Á. (2012). Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): Un largo camino recorrido. Recuperado el 7 de junio de 2018 de: <http://hdl.handle.net/11181/3051>

- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334
- Cunningham, C., y Davis, H. (1988). Trabajar con los padres. Marcos de colaboración. Madrid: Siglo XXI y Ministerio de Educación y Ciencia.
- Cuxart, F., y Fina, L. (2001). El autismo: Aspectos familiares. Project On-line trainautism. Recuperado el 2 de mayo de 2020 de: [http://www. autisme.com](http://www.autisme.com).
- Chulvi, A. C., Martínez-Sanchis, S., y Molla, R. M. (2016). Diagnóstico en educación de los trastornos de espectro autista. *Informacio Psicológica*, (110), 51-65.
- de Derechos Humanos, D. U. (1948). Declaración Universal de los Derechos humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, 10.
- de la Discapacidad, O. E. (2022). Plan de acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020. Informe sobre Evaluación final del Plan de Acción 2014-2020 de la Estrategia Española sobre la Discapacidad. Recuperado el 12 de mayo de 2022 de: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/discapacidad/docs/Estrategia_Espanola_en_TEA.pdf.
- de la Unión Europea, D. O. (2016). Versiones consolidadas del Tratado de la Unión Europea y del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.
- De Rozental, M. C. L. (1983). El autismo: enfoque fonoaudiológico: el síndrome de autismo infantil con especial referencia a los problemas perceptuales de comunicación, habla y lenguaje. Argentina: Editorial Medica Panamericana.
- Declaración de los Derechos de las Personas con Discapacidad (1975), Asamblea General de la ONU, de 9 de diciembre de 1975. Recuperado el 12 de febrero de 2022 de: https://politicasocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/archivos/normativa/declaracion_de_los_derechos_de_las_personas_con_discapacidad-1975.pdf
- UNESCO (1994), Declaración de Salamanca y Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales. Recuperado el 11 de enero de 2022 de: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098427_spa
- Declaración sobre los Derechos de las Personas con Retraso Mental (1971), proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2856 (VVVI), de 20 de diciembre de 1971. Recuperado el 12 de febrero de 2022 de:

<https://www.trastornosmentalesyjusticiapenal.es/portfolio-item/1971-declaracion-derechos-retrasado-mental/>

- Decreto 147/2002, de 14 de mayo, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a sus capacidades personales. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 58, de 18 de mayo de 2002, 8110-8116. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/58/3>.
- Decreto 228/2014, de 14 de octubre, por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Diario Oficial de Extremadura*, núm. 202, de 21 de octubre de 2014, 31554-31588. <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2014/2020o/14040257.pdf>.
- Decreto 229/2011, de 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia en los que se imparten las enseñanzas establecidas en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Diario Oficial de Galicia*, núm. 242, de 21 de diciembre de 2011, 37487-37515. https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2011/20111221/AnuncioC3F1-151211-9847_es.html
- Decreto 25/2018, de 26 de febrero, por el que se regula la atención a la diversidad en el ámbito de las enseñanzas no universitarias de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Boletín Oficial de Canarias*, núm. 46, de 6 de marzo de 2018, 7805-7820. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2018/046/001.html>
- Decreto 66/2013, de 3 de septiembre, por el que se regula la atención especializada y la orientación educativa y profesional del alumnado en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. *Diario Oficial de Castilla-La Mancha*, núm.173, de 6 de septiembre de 2013, 24535-24664. <http://www.educa.jccm.es/es/normativa/decreto-66-2013-03-09-2013>.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de la historia de la psicología*, vol. 30, número 2-3, 81-90.
- Del Niño, D. D. L. D. (1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. Ginebra: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Demarco, S. y Bolen, LM (1990). Rendimiento diferencial en la prueba de vocabulario expresivo de imágenes de una palabra. *Psicología en las escuelas*, 27 (3), 196-203.

- Díaz, S. R., & Ferreira, M. A. (2010). Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de dis-normalización. *Revista internacional de sociología*, 68(2), 289-309.
- Díaz-Aguado, M. J., y García, P. R. La evaluación de la competencia socio-emocional a través de entrevistas semiestructuradas (CEIC,CEICA). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Díez-Cuervo, Á. et al. (2005). Guía de Buena Práctica para el Diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41(5), 299-310.
- Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre de 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y ocupación. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, núm. 43, de 2 de diciembre de 2000, L303/16-L303/22. <http://data.europa.eu/eli/dir/2000/78/oj>.
- Dreyfus, C. (2006). Recuerdo de Bruno Bettelheim. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(2), 121-125.
- Dueñas Buey, M. L. (2010). Educación inclusiva. *Revista española de orientación y psicopedagogía*.
- Echeita, G. et al. (2009). Paradojas y dilemas en el proceso de inclusión educativa en España. *Revista de educación*, 349 (2009): 153-178
- Ehlers, S., Gillberg, C. & Wing, L. (1999). A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999; 29(2):129–141.
- EOEP Alteraciones Graves del Desarrollo de la Comunidad de Madrid (2020). Procedimiento derivado de la carta del Director General de Educación Infantil y Educación Primaria.
- Ervin-Tripp, S., y Gordon, D. (1986). The development of requests. *Language competence: Assessment and intervention*, 61-95.
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6 (1), 27-36.
- Federación Autismo Castilla y León (2021). Estudio descriptivo situación del alumnado con TEA en Castilla y León. Recuperado el 2 de agosto de 2019 de:

<https://autismocastillayleon.com/que-hacemos/iniciativas/educacion/estudio-descriptivo-situacion-del-alumnado-con-tea-en-castilla-y-leon/>

- Federación Autismo Madrid (2017). La persona que habló por primera vez del Autismo, fue mujer. Recuperado el 20 de abril de 2019 de: <http://autismomadrid.es/diagnostico/la-mujer-hablo-primera-vez-del-autismo/>
- Federación Autismo Madrid y Comunidad de Madrid (2017). Guía informativa para las familias de personas con Trastorno del Espectro del Autismo. Recuperado el 30/05/2020 de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM014017.pdf>.
- Fernández Sarmiento, C. (2015). La logopedia en la escuela: propuesta desde la práctica para una educación más inclusiva. Gran Canarias: Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Servicio de publicaciones y disfunción científica.
- Ferrante, L., Panerai, S., Caputo, V., y Impellizzeri, C. (1998). Primeras experiencias sobre la puesta en práctica de los principios y estrategias del programa Teacch en Sicilia. En V Congreso Internacional Autismo-Europa, La esperanza no es un sueño (917-925).
- Forsyth, J. B., Johnson, C. E., & Brown, P. J. (1964). The magnetic structure and hyperfine field of FeGe₂. *The Philosophical Magazine: A Journal of Theoretical Experimental and Applied Physics*, 10(106), 713-721.
- Francesa, A. C. (1789). Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789. Francia: Asamblea Nacional Francesa.
- Gallardo Ruiz, J. R. y Gallego Ortega, J.L. (2003). Manual de logopedia escolar. Málaga: ediciones Aljibe.
- García Llamas, J. L. (1998). La formación permanente del profesorado: motivaciones, realizaciones y necesidades. *Educación XX1*, 1.
- García Llamas, J. L. (2008). Aulas inclusivas. *Bordón: Revista de Pedagogía*.
- García, E. G. (2009). Evolución de la Educación Especial: del modelo del déficit al modelo de la Escuela Inclusiva. In *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación*, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009 (pp. 429-440). Universidad Pública de Navarra.
- Gento Palacios, S. (2010) Integración educativa e inclusión de calidad en el tratamiento educativo de la diversidad. UNED. Madrid.

- George, D. and Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference*. Allyn & Bacon.
- Giangaspro, E. C., y Pertejo, M. A. (2007). Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista. *Pediatría Atención Primaria*, 9 (34), 301-315.
- Gil Pascual, J.A. (2015). *Metodología cuantitativa en educación*. Editorial UNED.
- Gillberg, C., Gillberg, C. I., Rastam, M. & Wentz, E. (2001). The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism* 2001; 5(1):57–66.
- Gómez, S. L., y Torres, R. M. R. (2014). El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades. *Informes psicológicos*, 14(2), 13-31.
- González, A. M. R. (2018). Funciones Desarrolladas por los Docentes especialistas en Pedagogía Terapéutica de Apoyo a la Integración en la Comunidad Autónoma de Andalucía. *Revista de Educación Inclusiva*, 11(2), 179-196.
- González, M. C., Vásquez, M., y Hernández-Chávez, M. (2019). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 485-491.
- González, O. H., Spencer, R., & Luciano, J. F. L. (2021). Instrumentos para detectar el Trastorno del Espectros Autista: revisión sistemática de la literatura. *Integración Académica en Psicología.*, 9(25).
- Granada Azcárraga, M., Pomés Correa, M. P., y Sanhueza Henríquez, S. (2013). Actitud de los profesores hacia la inclusión educativa. *Papeles de Trabajo N° 25 - Julio 2013*.
- Gutiérrez Ruiz, K.P. (2015). Adaptación y validación en Colombia del Q-CHAT (Cuestionario cuantitativo para la detección del autismo en niños pequeños). Tesis leída el 16 de enero del 2015, en la Universidad de Salamanca, bajo la dirección de Prieto Adanez, G.A. y Delgado González, A.R
- Heath, S. (1986). *Ways with words: language, life and work in communities and classrooms*. Cambridge: Cambridge University Press. Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., & Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatr Integral*, 16(10), 780-94.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M.P. (2010). Metodología de la investigación (5ª edición). México DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, J. et al. (2005). Guía de Buena Práctica para la Detección de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41(4), 237-245.
- Hernández, J. M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., & Posada, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 41(4), 237-245.
- Hervás, A., Balmaña, N. y Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 21(2), 92-108.
- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., y Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 16(10), 78-94.
- Hervás, A., y Santos, L. S. (2014). Autismo. Espectro autista. Del Curso de psiquiatría infantil, Sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria.
- Hess, P. (2022). La revisión del DSM-5 modifica la entrada del autismo para mayor claridad. <https://doi.org/10.53053/JALY5388>
- Hoekstra, R. A., Vinkhuyzen, A. A. E., Wheelwright, S., Bartels, M., Boomsma, D. I., Baron-Cohen, S., Posthuma, D. & Van der Sluis, S. (2010). The Construction and Validation of an Abridged Version of the Autism-Spectrum Quotient (AQ-Short). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010; 1–8.
- Holguín, J. A. (2003). El autismo de etiología desconocida, *Revista de neurología*; 37(3); 259-266. Infante, M. (2010). Desafíos a la formación docente: inclusión educativa. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 36(1), 287-297.
- Howlin, P. (1998). Psychological and educational treatments for autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(3), 307-322.
- Huete, J. C. S. (2016). Educar para la igualdad (profundizando). En la calle: revista sobre situaciones de riesgo social, (33), 11-15.
- Hurley, R. S. E., Losh, M.; Parlier, M., Reznick, J. S. & Piven, J. (2006). The broad autism phenotype questionnaire. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2007; 37(9):1679–1690.

- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., and Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies*, 40(6), 619-625.
- Infante, M. (2010). Desafíos a la formación docente: inclusión educativa. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 36(1), 287-297.
- Instrucción de 19 de marzo de 2020, del Ministerio de Sanidad, por la que se establecen criterios interpretativos para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid- 19. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 76, de 20 de marzo de 2020, 26311-26312. [https://www.boe.es/eli/es/ins/2020/03/19/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ins/2020/03/19/(1)).
- Ishikawa, K. (1985). *What Is Total Quality Control? The Japanese Way*. Prentice-Hall.
- Jiménez Lara, A. y García, A. H. (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España. *Hacia una perspectiva basada en los derechos. Política y sociedad*, 47(1), 137-152.
- Jiménez Lara, A., y Huete García, A. (2020). Políticas públicas sobre discapacidad en España. *Hacia una perspectiva basada en los derechos*. <http://hdl.handle.net/11181/6138>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. (1971). *En defensa de las madres*. Ed. Buenos Aires.
- Kopp, S. (2010). *Girls with social and/or attention impairments*. Institute of Neuroscience at Sahlgrenska Academy. Göteborg, Intellecta Infolog AB.
- Krenek, P. (1948). It's Merrill-Palmer. *The Iowa Homemaker*, 28(8), 5.
- Le Couteur, A. (2003). National Autism Plan for Children (NAPC): Plan for the identification, assessment, diagnosis and access to early interventions for pre-school and primary school aged children with autism spectrum disorders. National Autistic Society.
- Lenneberg, E. H. (1967). The biological foundations of language. *Hospital Practice*, 2(12), 59-67.
- Ley 17/2017, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 20, de 23 de enero de 2008, 4467-4501. <https://www.boe.es/eli/es-an/l/2007/12/10/17>
- Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 70, de 23 de marzo de 2011, 30994-31060. <https://www.boe.es/eli/es-ex/l/2011/03/07/4>.

- Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla- La Mancha. *Boletín Oficial del Estado*, núm.248, de 13 de octubre de 2010, 86359-86415. <https://www.boe.es/eli/es-cm/1/2010/07/20/7>
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 238, de 4 de octubre de 1990, 28927-28942. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1990/10/03/1>.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 307, de 24 de diciembre de 2002, 45188-45220. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2002/12/23/10>.
- Ley Orgánica 13/1982, de 7 de abril, integración social de los minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 103, de 30 de abril de 1982, 11106-11112. <https://www.boe.es/eli/es/1/1982/04/07/13>.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 106, de 4 de mayo de 2006, 17158-17207. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/05/03/2>.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 340, de 30 de diciembre de 2020, 122868 a 122953. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>
- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 89, de 13 de abril de 2007, 16241-16260. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/04/12/4>
- Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 307, de 24 de diciembre de 2001, 49400-49425. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2001/12/21/6>
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, de reguladora del Derecho a la Educación. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 159, de 4 de julio de 1985, 21015- 21022. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/03/8>.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 295, de 10 de diciembre de 2013, 97858-97921. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2013/12/09/8>
- Leyva, I. G. (2006). El entorno familiar y comunitario del niño con autismo. *VARONA*, (43), 45-50.

- Lobato, S. (2019). Acoso y ciberacoso escolar en alumnado con discapacidad. Fundación ONCE y Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
- MacNeilage, P. (1970). Motor control of serial ordering in speech. *Psychological Review*, 77, 182-196.
- Marchesi, A. et al. (2002). *Desarrollo psicológico y educación*. Vol. III. Madrid: Alianza.
- Marchesi, A., Palacios, J. y Coll, J. (comp.) (2005). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Alianza.
- Marchesi, Á., Palacios, J., & Coll, C. (2017). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Alianza.
- Martín Arribas M.C. (2004) Diseño y validación de cuestionarios [serial online] 5:23–9. Disponible en: http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios
- Martínez García, M. D. M., García Domingo, B., y Quintanal Díaz, J. (2006). El perfil del profesor universitario de calidad desde la perspectiva del alumnado. *Educación XX1: revista de la Facultad de Educación*.
- Martínez Martín, M., y Bilbao León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215-230.
- Martínez, F. M., Granados, M. S., y Hernández, J. Á. (2001). *Psicología de la educación y del desarrollo en la edad escolar*. Grupo Editorial Universitario.
- McCarthy, D. (2009). *MSCA. Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños*. Madrid, TEA Ediciones.
- Melguizo, R. C. (2014). Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: de cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. *Praxis sociológica*, (18), 155-175.
- Miras, F., Salvador, M. y Álvarez, J. (2001) *Psicología de la educación y el desarrollo en la edad escolar*. Granada: Grupo editorial universitario.
- Monjas Casares, M.I., González Moreno, B. P., de Benito Pascual, M. P., Casado Mozo, M. L., Francia Conde, M. D. V., Peinado Sánchez, L., y Rodríguez Martínez, M.I. (1998). *Las habilidades sociales en el currículo*. España: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes.

- Montero Centeno, D. y Fernández-Pinto, I. (2003). Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa. Madrid: TEA Ediciones.
- Morales Vallejo, P. (2006). Medición de actitudes en psicología y educación. Universidad Pontificia Comillas.
- Morreau, L. E., Bruininks, R. H., y Montero, D. (2002). Inventario de destrezas adaptativas (CALS). Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Mounoud, P. (2001). El desarrollo cognitivo del niño: desde los descubrimientos de Piaget hasta las investigaciones actuales. *Contextos educativos*, 4, 53-77.
- Mulas, F. et al. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología* 50(3), 77-84.
- Muñoz, J. M. E. (2012). La educación inclusiva, una cuestión de derecho. *Educatio siglo XXI*, 30(2), 109-128.
- Muñoz, T. G. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. Centro Universitario Santa Ana. Recuperado de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Maestria/MTE/Gen02/seminario_de_tesis/Unidad_4_anterior/Lect_El_Cuestionario.pdf
- Naglieri, J.A. (1981). Validez concurrente de la prueba revisada de vocabulario en imágenes de Peabody. *Psicología en las escuelas*, 18 (3), 286-289.
- Navarro, J. J., Valero-García, M., Sanchez, F., y Tubella, J. (2000). Formulación de los objetivos de una asignatura en tres niveles jerárquicos. *Memorias de las VI Jornadas sobre la Enseñanza Universitaria de la Informática JENUi*, 457-462.
- OMS (1992): CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. MEDITOR, Madrid.
- Orden 547/2019 de 24 de febrero, de la Consejería de Educación e Investigación, por la que se regulan los criterios para la organización y funcionamiento de la orientación en Educación Primaria en centros privados concertados de la Comunidad de Madrid, así como las líneas generales para su financiación. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid* n° 50, 148-154. https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2019/02/28/BOCM-20190228-19.PDF

- Orden 8 de septiembre de 2021, por la que se desarrolla el Decreto 229/2011, de 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia en los que se imparten las enseñanzas establecidas de septiembre en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Diario Oficial de Galicia*, núm. 206, 52272-52379. http://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/anunciog0598-211021-0005_es.pdf
- Orden de 11/04/2014, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se crean, regula y ordena el funcionamiento de las Aulas Abiertas Especializadas, para el alumnado con trastorno de espectro autista, en centros sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. *Diario Oficial de Castilla-La Mancha*, núm. 78, de 25 de abril de 2014, 10701-10704. [https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2014/04/11/\(1\)](https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2014/04/11/(1))
- Orden de 20 de agosto de 2010, por la que se regula la organización y el funcionamiento de las escuelas infantiles de segundo ciclo, de los colegios de educación primaria, de los colegios de educación infantil y primaria y de los centros públicos específicos de educación especial, así como el horario de los centros, del alumnado y del profesorado. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 169, de 30 de agosto de 2010, 9-14. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/169/2>.
- Orden de 20 de agosto de 2010, por la que se regula la organización y el funcionamiento de los institutos de educación secundaria, así como el horario de los centros, del alumnado y del profesorado. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 169, de 30 de agosto de 2010, 4-9. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/169/1>.
- Orden del 12 de febrero de 2015, por la que se regula la organización y funcionamiento de las aulas especializadas para el alumnado con trastornos del espectro del autismo en centros educativos sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Diario Oficial de Extremadura*, núm. 42, de 3 de marzo de 2015, 6255-6266.
- Orden ECD/445/2017, de 11 de abril, por la que se modifica la Orden de 9 de octubre de 2013, de la Consejera de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, por la que se regulan los centros de atención preferente a alumnos con trastorno del espectro autista. *Boletín Oficial de Aragón*, núm. 71, 7759-7760.
- Orden ECI/3857/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la

- profesión de Maestro de Educación Primaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 312, de 29 de diciembre de 2007, 53747-53750. <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/12/27/eci3857>.
- Orden Foral 133/1998, de 8 de mayo, del Consejero de Educación y Cultura, por la que se dan instrucciones para la escolarización y atención educativa del alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad psíquica, sensorial y motórica en centros ordinarios de secundaria para continuar la enseñanza básica. *Boletín Oficial de Navarra*, núm. 71, de 15 de junio de 1998. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=28928>
 - Orden Foral 93/2008, de 13 de junio, del Consejero de Educación por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra. *Boletín Oficial de Navarra*, núm. 93, de 30 de julio de 2008, 8706-8717. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29678>
 - Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas, Ministerio de Sanidad (2022) https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_sanitaria_2021.pdf
 - Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_sanitaria_2019.pdf (11/04/2022)
 - Oviedo, H. C., y Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
 - Paella S. y Martins. F. (2003). Metodología de la investigación cuantitativa. Caracas: Fedupel.
 - Páez, A. C. (2011). Piaget: lenguaje, conocimiento y educación. *Revista colombiana de educación*, (60), 71-91.
 - Palomo Seldas, R. (2014). DSM-5: la nueva clasificación de los TEA. Recuperado el 2 de febrero de 2019 de: DSM-5: la nueva clasificación de los TEA (apacu.info)
 - Palomo Seldas, R., Velayos Amo, L., Garrido Fernández, M. J., Tamarit Cuadrado, J., y Muñoz De La Fuente, A. Evaluación y diagnóstico en Trastornos del Espectro de Autismo: el modelo Iridia. Recuperado el 7 de abril de 2020 de: <https://www.researchgate.net/profile/Ruben-Palomo->

Seldas/publication/265934286_EVALUACION_Y_DIAGNOSTICO_EN_TRASTORNOS_DEL_ESPECTRO_DE_AUTISMO_EL_MODELO_IRIDIA/links/55a4f03c08ae00cf99c934b1/EVALUACION-Y-DIAGNOSTICO-EN-TRASTORNOS-DEL-ESPECTRO-DE-AUTISMO-EL-MODELO-IRIDIA.pdf

- Pérez, J. M. (2005). Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica. *Revista de neurología*, 40 (1), 177.
- Piaget, J. (1964, 1971, trad. 1984). *Seis estudios de psicología*. Barcelona. Barral-Labor.
- Pillado, C. M., Tabuyo, M. G., Ortiz, C. Á., Sanz, M. G., Cebrián, R. P., Cabrero, Ó. P., & de la Torre, M. (2015). *Guía de intervención clínica infantil*. Centro de psicología aplicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Preece, A. (1987). The range of narrative forms conversationally produced by Young children. *Journal of Child Language*, 14, 353-373.
- Provecho, M. L. G., Gómez, M. M. A., y Fernández, E. F. (2004). Actitudes hacia el alumnado de magisterio de la Universidad de León hacia las personas con discapacidad y hacia la educación multicultural. *Educación, desarrollo y diversidad*, 7(1), 39-48.
- Real Decreto 1002/2010, de 5 de agosto, sobre expedición de títulos universitarios oficiales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 190, de 6 de agosto de 2010, 68574-68609. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/08/05/1002>.
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 260, de 30 de octubre de 2007, 44037-44048. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/10/29/1393/con>.
- Real Decreto 22/2015, de 23 de enero, por el que se establecen los requisitos de expedición del Suplemento Europeo a los títulos regulados en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y se modifica el Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 33, de 7 de febrero de 2015, 10325-10336. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/01/23/22>.
- Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 65, de 16 de marzo de 1985, 6917-6920. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1985/03/06/334>.

- Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. *Boletín Oficial del Estado*, núm.29, de 3 de febrero de 2015, 8088-8091. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/02/02/43>.
- Real Decreto 476/2013, de 21 de junio, por el que se regulan las condiciones de cualificación y formación que deben poseer los maestros de los centros privados de Educación Infantil y de Educación Primaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 167, de 13 de julio de 2013, 52150-52155. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2013/06/21/476/con>.
- Real Decreto 861/2010, de 2 de julio de 2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado*, núm.161, de 3 de julio de 2010, 58454-58468. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/07/02/861>.
- Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 35, de 10 de febrero de 2011, 13909-13926. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/01/28/99/con>.
- Resolución de 17 de julio de 2018, de la Dirección General de Educación, por la que se dictan instrucciones para el establecimiento y funcionamiento de las aulas especializadas para el alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a Trastorno de Espectro Autista "AULAS TEA" escolarizado en Segundo Ciclo de Educación Infantil y en Educación Primaria y en Educación Secundaria Obligatoria en centros sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Boletín Oficial de La Rioja*, núm. 90, de 1 de agosto de 2018, 11063-11066. https://ias1.larioja.org/boletin/Bor_Boletin_visor_Servlet?referencia=8149817-1-PDF-518748-X.
- Resolución de 21 de junio de 2018, de la Secretaría de Estado de Educación y Formación Profesional, por la que se amplían el número de Aulas Abiertas Especializadas para el alumnado con trastorno del espectro autista en centros sostenidos con fondos públicos de las ciudades de Ceuta y Melilla. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 166, de 10 de julio de 2018, 68946-68947. https://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-9625.
- Resolución de 21 de marzo de 2019, de la Dirección General de Becas y Ayudas al Estudio, por la que se establece el número de horas semanales de orientación autorizadas en Educación Primaria en centros concertados que inician la implantación del servicio de orientación educativa en el curso 2018-2019. BOCM 29/03/2019.

- Resolución de 30 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se crean, regulan y ordenan las Aulas Abiertas Especializadas para el alumnado con TEA en centros sostenidos con fondos públicos. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 178, de 25 de julio de 2016, 52075-52078. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-7180.
- Resolución de 31 de julio de 2020, de la directora general de Inclusión Educativa, por la cual se regula, con carácter experimental, la organización de los centros específicos de Educación Especial de titularidad de la Generalitat como centros de recursos. *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana*, núm. 8873, de 4 de agosto de 2020, 30712-30724. Recuperado de: [https://dogv.gva.es/es/eli/es-vc/res/2020/07/31/\(3\)/](https://dogv.gva.es/es/eli/es-vc/res/2020/07/31/(3)/)
- Rey, A. (2018). Acoso escolar y Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Guía de actuación para profesorado y familias Juana M. Hernández Rodríguez (2017) Madrid: Confederación Autismo España. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 6(1), 327-329.
- Reyna, C., & Brussino, S. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de comportamiento preescolar y jardín infantil en una muestra de niños argentinos de 3 a 7 años. *Psyche (Santiago)*, 18(2), 127-140.
- Rivero Mamposo, M. (2018). Revisión histórica sobre el Autismo. Recuperado el 11 de enero de 2022 de: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15422>
- Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y autismo (1/2): definición, etiología, familia, papel psicopedagógico en el autismo. Curso de desarrollo normal y autismo celebrado en Santa Cruz de Tenerife.
- Rivière, A. (1998). Inventario de espectro autista (IDEA). Tratamiento y definición del espectro autista I y II.
- Riviere, A. (2002). Inventario de espectro autista (IDEA). [Inventory of autism spectrum disorders (IDEA)]. Serie autismo [Autism series]. Buenos Aires: Fundación para el Desarrollo de Estudios Cognitivos (FUNDEC).
- Rivière, A. (2007). Autismo, orientaciones para la intervención educativa. Madrid: Ed. Trotta.
- Rivière, A. y Martos, J.(comp.). El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Robert E. Owens, Jr. (2003) *Desarrollo del lenguaje*. Madrid: Ed. Pearson educación.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L. & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2001; 31(2):131–144.
- Rodríguez-Barrionuevo, A.C. y Rodríguez-Vives, M.A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de neurología*; 34(Supl1); S72-S77.
- Roid, G. H., & Pomplun, M. (2012). *The stanford-binet intelligence scales*. The Guilford Press.
- Roid, G., & Leiter-Revised, M. L. (1997). Wood Dale. IL: Steolting.
- Romero, F. (2009). El Autismo. *Temas para la Educación*, nº 13. Recuperado el 8 de febrero de 2018 de: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_13/LUCIA_ORTEGA_1.pdf
- Rossetti, LM (1990). *Evaluación de bebés y niños pequeños: un enfoque interdisciplinario*. Pro-Ed.
- Ruíz Bolívar, C. (2002). *Instrumentos de investigación educativa. Procedimiento para su diseño y validación*. CIDEDEC (Venezuela).
- Ruiz Olabuénaga, José Ignacio, Iratxe Aristegui y Leire Melgosa.(2002) *Cómo Elaborar Un Proyecto De Investigación Social*. Bilbao: Universidad De Deusto. Cuadernos Monográficos Del ICE ; 7.
- Russell, J. (2000). *El autismo como trastorno de la función ejecutiva*. Ed. Médica Panamericana.
- Rutter, M. y Schopler, E. (1987). Autism and pervasive developmental Disorders: concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 159-186.
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *ADI-R. Autism diagnostic interview revised. Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rutter, M., Le Couteur, A., y Lord, C. (1994). *Entrevista para el diagnóstico del autismo “ADI-R”(adaptación)*. Madrid: TEA Ediciones.

- Rutter, M., Le Couteur, A., y Lord, C. (2006). ADI-R: Entrevista para el diagnóstico del autismo- revisada. TEA.
- Sainz Martínez, A. (1998). Orientaciones para el funcionamiento de aulas estables para el alumnado con trastornos generalizados del desarrollo. Instituto para el desarrollo curricular y la formación del profesorado. Gobierno Vasco.
- Saldarriaga-Zambrano, P. J., Bravo-Cedeño, G. D. R., y Loor-Rivadeneira, M. R. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las Ciencias*, 2 (3 Especial), 127-137.
- Sampedro-Tobón, M. E., González-González, M., Vélez-Vieira, S., y Lemos-Hoyos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(6), 456-466.
- Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). DF. DF México: McGraw Hill.
- Sánchez Escobedo, P. (2014). Discapacidad, familia y logro escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 40/2, pp. 1-10.
- Sánchez-Ventura, J. G., PrevInfad, G., & Infancia, P. A. P. P. S. (2006). Atención orientada al desarrollo, supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista. *Pediatría Atención Primaria*, 8(29), 101-126.
- Sarriá, E. y Rivière, A. (1986). Análisis comparativo de la conducta de niños autistas, deficientes y normales en una situación de interacción. *Infancia y aprendizaje*, 33, 77-98.
- Sarter, M., Bodewitz, G., & Stephens, D. N. (1988). Attenuation of scopolamine-induced impairment of spontaneous alternation behaviour by antagonist but not inverse agonist and agonist β -carbolines. *Psychopharmacology*, 94(4), 491-495.
- Scott, F. J., Baron-Cohen, S., Bolton, P. & Brayne, C. (2002). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children. *Autism* 2002; 6(1):9–31.
- Schaeffer, B., Raphael, A., y Kollinzas, G. (2005). *Habla signada para alumnos no verbales* (Vol. 262). Madrid: Anaya.

- Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (2010). *The childhood autism rating scale (CARS)*. Los Angeles: WPS.
- Serra, F. (2000). Proceso de inclusión de un niño con autismo en una actividad de vacaciones normalizada. *Siglo Cero*, julio-agosto, vol.31 (4), nº 190, pp. 27-3.
- Severgnin, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro autista. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(2), 168-170.
- Sierra Pizarro, A. (coord.). (2007). *Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de Trastornos Generalizados del Desarrollo en los Centros Preferentes de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid. Consejería de Educación. Dirección General de Centros Docentes.
- Sigman, M., y Capps, L. (2000). *Niños y niñas autistas: una perspectiva evolutiva* (Vol. 25). Ediciones Morata.
- Soto Calderón, R. (2002). El síndrome autista: un acercamiento a sus características y generalidades. *Revista Educación*, 26 (1), 47-61.
- Soto, R. (1994). *Un sistema alternativo en la enseñanza del lenguaje a niños con autismo: Comunicación Total*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Educación Primaria. San Pedro: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.
- Soto, R. (1999). Aspectos generales sobre el Síndrome de Autismo. Manuscrito no publicado.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., Cicchetti, D. V., & Harrison, P. L. (1984). *Vineland adaptive behavior scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Sparrow, S., Cichetti, D. & Balla, D. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales* (2th ed.) Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Stein, H. et al. (1982). The normal and malignant germinal centre. *Clinics in haematology*, 11(3), 531-559.
- Subdirección general de centros de Educación Infantil, Primaria y Especial (2012). *Procedimientos y criterios de escolarización de alumnos con NEE derivadas de trastornos generalizados del desarrollo en centros preferentes de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid. <https://www.educa2.madrid.org/web/educamadrid/principal/files/db2b52b5-a65e-4301-a74d->

9d59a8b42b93/_DOCUMENTO%20CRITERIOS_ESCOLARIZACION_ALUMNOS_TGD_C_PREF%5B1%5D.pdf?t=1448467164871

- Sukhareva, (1925), Trastornos de la personalidad esquizoide de la infancia. En Cuestiones de pedología y psiconeurología infantil 2: 157-187 y (1959) «Conferencias clínicas en psiquiatría infantil». Vol. II. Moscú.
- Téllez, M. N. B., Díaz, M. C., & Gómez, A. R. (2007). Piaget y LS Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo. *Revista iberoamericana de educación*, 42(7).
- Temple, G. (2006). *Pensar en imágenes: Mi vida con el autismo*. Barcelona: Ed. Alba.
- Torío López, S. (2004). Familia, escuela y sociedad. *Aula Abierta* (Universidad de Oviedo), 83, 35-52.
- Torras Mañá, M. (2015). Evaluación cognitiva y del lenguaje en el diagnóstico precoz de los trastornos de la comunicación y del espectro del autismo. Tesis leída el 3 de diciembre del 2015, en la Universidad Autónoma de Barcelona, bajo la dirección de Brun Gasca, M.C.
- UDS Atención de Día FEAPS Madrid (2007). Las personas con necesidades de apoyo generalizado: Guía de envejecimiento y orientaciones para la determinación de apoyos. Recuperado el 12/07/2021 de: Las personas con necesidades de apoyo generalizado: Guía de indentificación de indicios de envejecimiento y orientaciones para la determinación de apoyos - Plena Inclusión Madrid (plenainclusionmadrid.org).
- UNESCO (2007). Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación
- Unión Europea (1997). Resolución sobre la Comunicación de la Comisión sobre la igualdad de oportunidades de las personas con minusvalía. *Diario Oficial*, nº C 132 de 28/04(1997, p. 0313. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A51997IP0044>.
- Van Kleeck, A. y Schuele, C. M. (1987). Precursors to literacy: Normal development. *Topics in Language Disorders*, 7, 13-31.
- Vázquez-Villagrán, L. L., Moo-Rivas, C. D., Meléndez-Bautista, E., Magriñá-Lizama, J. S., y Méndez-Domínguez, N. I. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de neurociencia*, 18(5), 31-45.

- Warnock, M.H. (1978). Special educational needs. Report of the committee of enquiry into the education of handicapped children and Young people. HMSO, London.
- Wetherby, AM y Prizant, BM (1993). Perfilar la comunicación y las habilidades simbólicas en niños pequeños. Revista de trastornos de la comunicación en la escuela infantil , 15 (1), 23-32.
- Wheelwright, S., Baron-Cohen, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R., Weil, L. & Wakabayashi, A. (2006). Predicting Autism Spectrum Quotient (AQ) from the Systemizing Quotient-Revised (SQ-R) and Empathy Quotient (EQ). Brain Research 2006; 1079(1):47–56.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group, & de Onis, M. (2006). Reliability of anthropometric measurements in the WHO Multicentre Growth Reference Study. Acta Paediatrica, 95, 38-46.
- Whyatt, C. y Torres, E. (2018). Autism research: An objective quantitative review of progress and focus between 1994 and 2015. Frontiers in Psychology, vol 9 (artíc 1526), 1-18.
- Wing, L. (1998). El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia. España: Paidós.
- Wing, L., y Everard, M.P. (Ed.). (1989). Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos. Madrid, España: Santillana.
- Witmer, L. (1920). Don: a curable case of arrested development due to a fear psychosis the result of shock in a three-year-old infant. The Psychological Clinic, 13(4-7), 97.
- World Health Organization (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. Las diferentes ediciones del ICD son: 1-1990; 2-1910; 3-1920; 4-1929; 5-1938; 6-1948; 7-1955; 8-1967; 9-1975; 9 CM-1978; 10-1992; 10-1996.
- Yunta, J. A. M., Palau, M., Salvadó, B., & Valls, A. (2006). Autismo: identificación e intervención temprana. Acta Neurol Colomb, 22(2), 97-105.
- Zúñiga, A. H., Balmaña, N., y Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). Pediatría integral, 21(2), 92-108.

SERIES:

- Shore, D., Dae Kim, D., Kim, D., Lee, S. y Gordon, S. (productores ejecutivos). (2017-actualidad). *The Good Doctor* [serie]. EnterMedia Content; Shore Z Productions; ABC Signature; Sony Pictures Television.
- Levinson, B. (1988). *Rain Man* [película]. The Guter-Peters Company.

Webgrafía

- Artículo sobre la psicoterapia en niños con autismo (2020). <https://www.medicalpress.es/la-mayoria-de-los-ninos-autistas-en-francia-reciben-psicoterapia/>, revisado el 07/02/2020.
- Autismo Europa (2005). Autismo y jurisprudencia. La protección del Derecho a la Educación de niños con Trastorno del Espectro Autista. <https://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/08/caselaw-sp.pdf>, revisado el 11/06/2020.
- Autismo: testimonio sobre la inclusión en EE.UU. (2020). <https://www.bloghoptoys.es/autismo-testimonio-sobre-la-inclusion-en-eeuu/>, revisado el 27/05/2020.
- Centros para el control y la prevención de enfermedades (2021). Indicadores de desarrollo. <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/actearly/milestones/index.html>, revisado 28/02/2021.
- El Alemania la Educación Especial depende de cada estado con ocho tipos de discapacidad (2020). https://www.niusdiario.es/internacional/europa/alemania-la-educacion-especial-depende-de-cada-estado_18_2844195028.html, revisado el 05/06/2020.
- Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo de la Comunidad de Madrid (2020). Protocolo. <https://www.educa2.madrid.org/web/centro.eoep.alteracionesdesarrollo.madrid/profesionales-deteccion-cuestionarios>, revisado el 14/05/2020.
- Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo de la Comunidad de Madrid (2021). Señales de alarma.

<https://www.educa2.madrid.org/web/centro.eoep.alteracionesdesarrollo.madrid/senales-de-alarma>, revisado 28/02/2021

- Fundación italiana de Autismo (2020). <http://www.fondazione-autismo.it/>, revisado el 11/06/2020.
- Historia de Educación Especial (2020). <https://alepaoluci.blogspot.com/p/historia-de-la-educacion-especial.html>, revisado el 10/04/2020.
- Italia: inclusión en colegios normales y atención personalizada (2020). https://www.niusdiario.es/internacional/europa/italia-inclusion-colegios-atencion-especializada_18_2843670314.html, revisado el 09/06/2020.
- Los autistas como especialistas (2020). <https://www.dw.com/es/los-autistas-como-especialistas/av-48552199>, revisado el 06/06/2020.
- Ministerio de Educación y formación profesional (2019). Organigrama del Sistema Educativo Español. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:2167e690-49c6-4bd8-80eb-ed0cadf7b58e/grafico1415.pdf>, revisado el 06/10/2020.
- Ministerio de Educación y formación profesional (2019). Sistema educativo. <http://www.educacionyfp.gob.es/educacion-mecd/in/sistema-educativo/portada.html>, revisada el 24/03/2019.
- Ministerio de Educación y formación profesional (2021). Calendario de implantación de la LOMLOE. <https://educagob.educacionyfp.gob.es/lomloe/calendario-implantacion.html>
- Ministerio de Salud italiano (2020). http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=62&area=Disturbi_psicici, revisado el 09/06/2020.
- National Autistic Society (2020). <https://www.autism.org.uk/>, revisado el 01/02/2020.
- Netquest (2021). Cálculo de la muestra. <https://www.netquest.com/es/calculadora-tamano-muestra?hsCtaTracking=65584ab8-63f1-475a-b3a4-cebab42a8dca%7Cd38f94ed-3e7e-4292-83e3-dcea5f61389e>.

- Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_sanitaria_2021.pdf, revisado el 08/10/2021.
- Portal del Autismo en Italia (2020). <https://www.portale-autismo.it/>, revisado el 11/06/2020.
- Recursos en línea para los Trastornos del Espectro Autista (2021). EspectroAutista.Info – Espectro autista, revisado 30/1/2021.
- Una empresa alemana incorpora a su plantilla a jóvenes con autismo (2020). <http://www.youthemploymentdecade.org/es/repot/the-german-company-that-hires-young-people-with-autism/>, revisado el 06/06/2020.
- Web oficial de la Unión Europea (2019). Descripción del sistema educativo. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/spain_es, revisada el 14/03/2019.
- Web oficial de la Unión Europea (2020). Educación Infantil y atención a la infancia. https://ec.europa.eu/education/policies/early-childhood-education-and-care_es, revisado el 02/05/2020.

CAPÍTULO 7

ANEXOS

7. Anexos

Anexo I: solicitud de validación

Madrid, 23 de febrero de 2021

Estimado/a señor/a:

Me dirijo a usted para solicitar su valiosa colaboración en la revisión y validación del cuestionario que se aplicará para la recogida de información en la Tesis Doctoral titulada *ANÁLISIS DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y EDUCATIVA DEL ALUMNADO TEA*. Para ello hemos elaborado las instrucciones para la cumplimentación del cuestionario de validación.

Nuestro propósito es analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico, para confluir ambos en una propuesta uniforme, debidamente estructurada, con carácter eminentemente práctico.

El propósito del instrumento destinado a los profesionales es: conocer la perspectiva que adoptan al realizar los procedimientos de valoración y valorar el proceso diagnóstico tanto del marco pedagógico como del clínico. En el instrumento destinado a los familiares, el propósito es valorar como viven el proceso diagnóstico y si en él se da respuesta a las necesidades tanto de los propios sujetos afectados como de sus familias.

Número de ítems cuestionario profesionales (sanitarios y educativos):

- Sección 1. Datos personales: 4 ítems
- Sección 2. Proceso diagnóstico: 22 ítems

Número de ítems cuestionario familiares:

- Sección 1. Datos personales: 3 ítems
- Sección 2. Proceso diagnóstico: 14 ítems

Acudo a usted debido a sus conocimientos y experiencia en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Le pedimos nos haga llegar este documento cumplimentado vía correo electrónico.

Agradecemos el apoyo que ha realizado en la investigación y le haremos sabedor de los avances que podamos alcanzar.

Atentamente,

Alma M^a Iñigo Martínez

almam.inigo@gmail.com

Doctoranda

Este instrumento de validación consta de las siguientes partes:

- 1.- Resumen informativo sobre los objetivos que se persiguen con el trabajo de investigación.
- 2.- Datos identificativos de la persona que hace la validación.
- 3.- Instrucciones para la cumplimentación del cuestionario de validación.
- 4.- Instrumento de recogida de información que se pretende validar.

RESUMEN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Hace ya siete años empecé a trabajar con chicos con autismo, tanto a nivel escolar como en tiempo de ocio (campamentos urbanos), tanto me gustaron estas experiencias que seguí formándome y logré cambiar mi puesto como docente ordinario a profesor especialista de un aula TEA, iniciando el proyecto de centro preferente en un colegio concertado de la Comunidad de Madrid. No puedo decir que todo haya sido fácil, evidentemente ha habido y seguirá habiendo momentos difíciles, crisis de los alumnos, cambios de modalidad de escolarización a Educación Especial, ... pero aún con todo eso me encanta mi trabajo y por ello quería aportar mi granito de arena a este colectivo.

Analizando la situación actual veo necesario estudiar el diagnóstico clínico y el educativo con el fin de mejorar el proceso diagnóstico, abogando por una evaluación multifactorial, incluyendo pruebas clínicas y evaluaciones estandarizadas, como muchos de los autores señalan en sus estudios, realizada por equipos multidisciplinares, formados por profesionales del mundo sanitario y del mundo educativo. También hemos visto la necesidad de mejorar las revisiones periódicas de los niños, para que no solo se tengan en cuenta aspectos como el peso o la altura, sino que también se valoren los hitos del desarrollo, ya que como hemos podido apreciar son numerosos los casos en los que son los padres los primeros que detectan esos primeros indicadores, ya que no se trata de aspectos de crecimiento físico, sino de aspectos del desarrollo los que dan la voz de alarma en el trastorno que estamos estudiando.

La razón principal de mi investigación, es que trato de aportar mi granito de arena al sistema educativo, tratando de lograr que exista un proceso diagnóstico que garantice la igualdad de oportunidades y en el que se garantice una valoración real, adaptada a las características y necesidades de cada alumno. En el que se utilicen procedimientos definidos y concretos, dadas sus peculiaridades y pruebas específicas.

PROPÓSITO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Dada la diversidad funcional que se ha observado en este tema, nuestro propósito será analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico, para confluir ambos en una propuesta uniforme, debidamente estructurada, con un carácter eminentemente práctico.

Para ello, estos serán nuestros objetivos:

- **Objetivo general 1 (OG1):**

Estudiar el procedimiento de diagnóstico que se sigue ante la sospecha de TEA en un sujeto.

- **Objetivos específicos (OE):**
 - **OE1:** Identificar las áreas afectadas en los sujetos con TEA.
 - **OE2:** Conocer la perspectiva que adoptan los profesionales al realizar los procedimientos de valoración.
 - **OE3:** Analizar los protocolos de diagnóstico que han seguido los distintos profesionales (equipos) en virtud de las áreas afectadas.
 - **OE4:** Valorar si con el proceso diagnóstico se da respuesta a las necesidades tanto a los propios sujetos afectados como a sus familias.
 - **Objetivos operativos (OO):**
 - **OO1:** Identificar el marco teórico de las áreas afectadas en las personas con Trastorno del Espectro del Autismo.
 - **OO2:** Valorar el proceso diagnóstico tanto del marco pedagógico como del clínico.
 - **OO3:** Valorar como viven el proceso diagnóstico las familias de personas con autismo.
 - **OO4:** Determinar la efectividad de los procesos de valoración.

- **Objetivo general 2 (OB2):**
Elaborar una alternativa de diagnóstico unificada, realizada por equipos multidisciplinares.
 - **Objetivos específicos:**
 - **OE5:** Categorizar los perfiles profesionales encargados de realizar el proceso diagnóstico tanto en el marco pedagógico como en el clínico.
 - **Objetivos operativos:**
 - **OO5:** Establecer las pautas a seguir ante la sospecha de autismo.
 - **OO6:** Elaborar un protocolo común para centros educativos y centros sanitarios (pruebas, pautas de coordinación, elaboración de los informes diagnósticos...).

DATOS IDENTIFICATIVOS

NOMBRE Y APELLIDOS:

FORMACIÓN ACADÉMICA:

CENTRO DE TRABAJO:

CARGO ACTUAL:

ÁREAS DE EXPERIENCIA PERSONAL:

AÑOS DE EXPERIENCIA:

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN:

1. Revise por favor cada uno de los ítems del instrumento de acuerdo con los siguientes indicadores, califique cada uno de los ítems del cuestionario:

RELEVANCIA	El ítem es esencial.
PERTINENCIA	El ítem tiene una relación lógica.
REDACCIÓN	La expresión del ítem se comprende fácilmente.

2. Una vez revise cada ítem, por favor califique de acuerdo con la siguiente escala:

EXCELENTE	El ítem se califica de forma muy positiva, y debe ser incluido.
ACEPTABLE	El ítem se califica de forma suficiente, y debe ser incluido.
MEJORABLE	El ítem se califica de forma deficiente, y debe ser mejorado.
ELIMINAR	El ítem se califica de forma muy deficiente, y debe ser eliminado.

**CUESTIONARIO
DE
VALIDACIÓN
PROFESIONALES**

Datos personales:

<i>Ítem 1</i>	Formación			
<i>VALORACIÓN</i>	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

<i>Ítem 2</i>	Años de experiencia			
<i>VALORACIÓN</i>	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

<i>Ítem 3</i>	¿Cuál es su perfil profesional?			
<i>VALORACIÓN</i>	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 4	Lugar actual de trabajo			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Procedimiento diagnóstico:

Ítem 5	En su ámbito de actuación, ¿tiene pacientes con TEA?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 6	¿Cuántos pacientes tiene con autismo?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 7	Sus pacientes, ¿en qué tipo de centro están escolarizados?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 8	¿Qué edad tienen los sujetos en la mayoría de los diagnósticos que realiza?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 9	¿De qué agente recibe mayor número de solicitudes de diagnóstico?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 10	Señale en qué porcentaje de casos dispone de la siguiente información antes de iniciar el proceso diagnóstico			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 11	¿Qué importancia asigna a los siguientes objetivos al comenzar el proceso diagnóstico?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 12	Por favor describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar un proceso de diagnóstico de TEA, desde la adopción del marco teórico hasta la entrega del informe:			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 13	Señale la importancia que otorga a las siguientes áreas de exploración en el proceso diagnóstico de TEA:			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 14	Señale la frecuencia con la que utiliza los siguientes procedimientos de recogida de información:			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 15	Especifique que pruebas estandarizadas del amplio espectro suele emplear (pruebas de screening, inventarios de desarrollo, nivel de inteligencia...):			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 16	Especifique que pruebas estandarizadas específicas: suele emplear (funciones cognitivas específicas, conducta de tipo clínico, ...):			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 17	Especifique que pruebas estandarizadas específicas de TEA suele emplear:			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 18	¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias de análisis de información?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 19	¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 20	¿Qué referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico? Marque la que proceda:			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 21	En el caso de existir un diagnóstico previo emitido por otro servicio, ¿con qué frecuencia está de acuerdo con éste?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 22	En el caso de que sus pacientes ya hubieran sido diagnosticados previamente, ¿qué servicio les diagnosticó?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 23	De acuerdo con su experiencia, señale el porcentaje en el que cree que se ha incrementado la prevalencia del TEA en los últimos años:			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 24	¿Cuáles son las dificultades más habituales que se encuentra a la hora de realizar un diagnóstico en general y de TEA en particular?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 25	De acuerdo con su experiencia, ¿qué elementos considera que mejorarían el proceso diagnóstico y/o disminuirían las dificultades con que se encuentra?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 26	¿Hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

CUESTIONARIO
DE
VALIDACIÓN
FAMILIAS

Datos personales

Ítem 1	¿Quién tiene autismo en su familia?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 2	¿Qué modalidad de escolarización tiene su familiar?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 3	¿En qué etapa educativa está escolarizado?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Proceso diagnóstico

Ítem 4	¿Les citaron para realizar una entrevista			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 5	Describa brevemente el proceso			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 6	¿El proceso diagnóstico ha cubierto sus necesidades? ¿Porqué?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 7	¿El proceso diagnóstico ha cubierto las necesidades de su hijo/a?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 8	¿A qué edad le diagnosticaron TEA?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 9	¿Cuánto tiempo tardaron los servicios especializados desde que su hijo/a mostraba los primeros síntomas hasta la emisión del diagnóstico?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 10	¿Cuánto tiempo duró el proceso de diagnóstico?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 11	¿Qué profesional realizó el diagnóstico?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 12	¿Qué tipo de participación tuvieron los distintos especialistas durante el proceso diagnóstico?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 13	¿Cuánto tiempo pasó desde que les entregaron el diagnóstico hasta la incorporación al aula TEA, centro de Educación Especial o CET?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 14	¿Con qué frecuencia acude su hijo/a a alguno de estos especialistas?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 15	Por favor detallen a qué tipo de terapia acude en caso de que asista:			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 16	¿Qué mejoraría en el proceso diagnóstico?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Ítem 17	¿Hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?			
VALORACIÓN	<i>Excelente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Eliminar</i>
<i>Relevancia</i>				
<i>Pertinencia</i>				
<i>Redacción</i>				
Observaciones:				

Anexo II: solicitud de colaboración

Estimado/a señor/a:

Soy Alma M^a Iñigo Martínez, doctoranda en Ciencias de la Educación por la UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia) y actualmente desempeño mi labor docente como especialista AL/PT en un aula TEA de un colegio de la Comunidad de Madrid. Me dirijo a usted para solicitar su valiosa colaboración en la cumplimentación del cuestionario de mi Tesis Doctoral titulada *ANÁLISIS DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y EDUCATIVA DEL ALUMNADO TEA*.

Nuestro propósito es analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico.

En el documento adjunto encontrará la información más detallada de la investigación, así como los enlaces de los cuestionarios. Le ruego los haga llegar tanto al Departamento de Orientación como a las familias de los alumnos diagnosticados con TEA, tanto en modalidad ordinaria como en las aulas TEA.

Agradeciendo su inestimable ayuda.

Atentamente

Alma M^a Iñigo Martínez

Doctoranda UNED

Madrid, 6 de mayo de 2021

Estimado/a señor/a:

Me dirijo a usted para solicitar su valiosa colaboración en la cumplimentación del cuestionario de mi Tesis Doctoral titulada ***ANÁLISIS DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y EDUCATIVA DEL ALUMNADO TEA.***

Nuestro propósito es analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico, para confluir ambos en una propuesta uniforme, debidamente estructurada, con carácter eminentemente práctico.

El propósito del instrumento destinado a los profesionales es: conocer la perspectiva que adoptan al realizar los procedimientos de evaluación y valorar el proceso diagnóstico tanto del marco pedagógico como del clínico. En el instrumento destinado a los familiares, el propósito es valorar como viven el proceso diagnóstico y si en él se da respuesta a las necesidades tanto de los propios sujetos afectados como de sus familias.

Acudo a su centro, dadas las características que presentan. Sería de gran utilidad contar con su colaboración para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Le pedimos haga llegar este documento tanto al personal de orientación como a las familias para que cumplimenten el cuestionario (ver enlaces adjuntos).

Agradecemos el apoyo que ha realizado en la investigación y le haremos sabedor de los avances que podamos alcanzar.

Atentamente,

Alma M^a Iñigo Martínez

almam.inigo@gmail.com

Doctoranda

RESUMEN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Hace ya siete años empecé a trabajar con chicos con autismo, tanto a nivel escolar como en tiempo de ocio (campamentos urbanos), tanto me gustaron estas experiencias que seguí formándome y logré cambiar mi puesto como docente ordinario a profesor especialista de un aula TEA, iniciando el proyecto de centro preferente en un colegio concertado de la Comunidad de Madrid. No puedo decir que todo haya sido fácil, evidentemente ha habido y seguirá habiendo momentos difíciles, crisis de los alumnos, cambios de modalidad de escolarización a Educación Especial, ... pero aún con todo eso me encanta mi trabajo y por ello quería aportar mi granito de arena a este colectivo.

Analizando la situación actual veo necesario estudiar el diagnóstico clínico y el educativo con el fin de mejorar el proceso diagnóstico, abogando por una evaluación multifactorial, incluyendo pruebas clínicas y evaluaciones estandarizadas, como muchos de los autores señalan en sus estudios, realizada por equipos multidisciplinares, formados por profesionales del mundo sanitario y del mundo educativo. También hemos visto la necesidad de mejorar las revisiones periódicas de los niños, para que no solo se tengan en cuenta aspectos como el peso o la altura, sino que también se valoren los hitos del desarrollo, ya que como hemos podido apreciar son numerosos los casos en los que son los padres los primeros que detectan esos primeros indicadores, ya que no se trata de aspectos de crecimiento físico, sino de aspectos del desarrollo los que dan la voz de alarma en el trastorno que estamos estudiando.

La razón principal de mi investigación, es que trato de aportar mi granito de arena al sistema educativo, tratando de lograr que exista un proceso diagnóstico que garantice la igualdad de oportunidades y en el que se garantice una valoración real, adaptada a las características y necesidades de cada alumno. En el que se utilicen procedimientos definidos y concretos, dadas sus peculiaridades y pruebas específicas.

PROPÓSITO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Dada la diversidad funcional que se ha observado en este tema, nuestro propósito será analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico, para confluir ambos en una propuesta uniforme, debidamente estructurada, con un carácter eminentemente práctico.

Para ello, estos serán nuestros objetivos:

- **Objetivo general 1 (OG1):**

Estudiar el procedimiento de diagnóstico que se sigue ante la sospecha de TEA en un sujeto.

○ **Objetivos específicos (OE):**

- **OE1:** Identificar las áreas afectadas en los sujetos con TEA.
- **OE2:** Conocer la perspectiva que adoptan los profesionales al realizar los procedimientos de valoración.
- **OE3:** Analizar los protocolos de diagnóstico que han seguido los distintos profesionales (equipos) en virtud de las áreas afectadas.
- **OE4:** Valorar si con el proceso diagnóstico se da respuesta a las necesidades tanto a los propios sujetos afectados como a sus familias.

• **Objetivos operativos (OO):**

- **OO1:** Identificar el marco teórico de las áreas afectadas en las personas con Trastorno del Espectro del Autismo.
- **OO2:** Valorar el proceso diagnóstico tanto del marco pedagógico como del clínico.
- **OO3:** Valorar como viven el proceso diagnóstico las familias de personas con autismo.
- **OO4:** Determinar la efectividad de los procesos de valoración.

- **Objetivo general 2 (OB2):**

Elaborar una alternativa de diagnóstico unificada, realizada por equipos multidisciplinares.

○ **Objetivos específicos:**

- **OE5:** Categorizar los perfiles profesionales encargados de realizar el proceso diagnóstico tanto en el marco pedagógico como en el clínico.

• **Objetivos operativos:**

- **OO5:** Establecer las pautas a seguir ante la sospecha de autismo.
- **OO6:** Elaborar un protocolo común para centros educativos y centros sanitarios (pruebas, pautas de coordinación, elaboración de los informes diagnósticos...).

INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Enlace del instrumento:

- Cuestionarios profesionales educativos:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGEY1INwWvJr-LxBFCC6Vcc0Djabt-K-6JjTUgJ-8vScysgA/viewform?usp=sf_link

- Cuestionario profesionales sanitarios:

<https://forms.gle/1EQhf7kWKpmoy1Ss7>

- Cuestionario familiares:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfGxeSO9FBuStVR_MGIX5kW1sRIo5Az_G05ehVIC5Vt0jecFg/viewform?usp=sf_link

Anexo III: cuestionario de los profesionales

Datos personales

Este cuestionario tiene como finalidad analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico. Se les solicita el correo electrónico para poder informarles de la evolución de esta investigación. La recogida de datos es anónima.

1. Dirección de correo electrónico:
2. Indicar el máximo nivel educativo alcanzado:
Marca solo un óvalo
 - Licenciado
 - Diplomado o graduado
 - Máster
 - Doctorado
 - Otro: _____
3. Años de experiencia
Marca solo un óvalo
 - 0-5 años
 - 6-10 años
 - 11-15 años
 - Más de 15 años
4. ¿Cuál es su perfil profesional?
Selecciona todos los que corresponda
 - Psicólogo
 - Psicopedagogo
 - Pedagogo
 - Maestro
 - Otro: _____
5. Ámbitos de trabajo en los que tiene experiencia:
 - Clínico
 - Educativo
 - Sociosanitario
 - Psicosocial
 - Otra: _____
6. Servicios en los que tiene experiencia:
 - Gabinete municipal/gabinete psicopedagógico dependiente de la administración municipal/local
 - Gabinete privado especializado
 - Gabinete psicopedagógico homologado por la administración educativa
 - Servicio Psicopedagógico escolar
 - Departamento de Orientación en IES
 - Departamento de Orientación en Centro Privado-concertado
 - Unidad específica en Hospital
 - Departamento de Orientación en colegio preferente TEA
 - Otra: _____

Procedimiento diagnóstico

7. En su ámbito de actuación, ¿tiene pacientes con TEA?
- Sí
 No
8. ¿Cuántas personas con TEA ha tratado?
- 0-25
 25-50
 50-75
 75-100
 Más de 100
9. Las personas con TEA que trató, ¿qué modalidad de escolarización tienen?
- Colegio ordinario
 Colegio preferente TEA, en modalidad ordinaria
 Colegio preferente TEA, modalidad aula TEA
 Colegio de Educación Especial
 Centro Educativo Terapéutico
10. ¿Qué edad tienen los sujetos cuando se produce el diagnóstico de TEA?
- 0-3 años
 3-6 años
 6-10 años
 10-14 años
 14-18 años
 Mayor de 18 años
11. Señale el porcentaje de solicitudes procedentes de los siguientes servicios o agentes:

	0%	25%	50%	75%	100%
Servicios médicos					
Centros escolares					
Administración educativa					
Familia					
Otros					

12. Antes de iniciar el proceso diagnóstico he recibido información:

	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Casi nunca	Nunca
Médica					
Psicopedagógica					
Escolar					
Familiar					

13. ¿Qué importancia asigna a los siguientes objetivos al comenzar el proceso?

	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
Determinar la modalidad de escolarización					
Establecer un diagnóstico válido y fiable					
Proponer orientaciones de intervención					
Proporcionar orientación y/o consejo a la familia					
Otros					

14. Por favor describa brevemente las fases que sigue a la hora de realizar un proceso de diagnóstico de TEA:

15. Señale la importancia que otorga a las siguientes áreas de exploración en el proceso de diagnóstico de TEA:

	No importante	Poco importante	Bastante importante	Importante	Muy importante
HABILIDADES MOTORAS: gruesa					
Fina					
Perceptivomotoras					
CONDUCTA: presencia de conductas desafiantes, hiperkinesia, comportamientos repetitivos, intereses restringidos, respuestas inusuales a estímulos, hiper/hiposensibilidad,...					
HÁBITOS SOCIALES: interacción con iguales, con adultos,...					
ASPECTOS AMBIENTALES: institucional (clima del aula, organización del colegio,...)					
ASPECTOS SOCIOFAMILIARES (patrones de interacción, estilo educativo, variables socioculturales,..)					
HABILIDADES ACADÉMICAS ESPECÍFICAS: lectura, escritura, cálculo,..					
ASPECTOS EMOCIONALES Y DE PERSONALIDAD					

16. Señale la frecuencia con la que utiliza los siguientes procedimientos de recogida de información:

	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Entrevista familiar					
Entrevista a profesores					
Entrevista a profesionales del marco clínico					
Otros					
Observación del contexto escolar					
Observación del contexto familiar					
Visionado de grabaciones					
Revisión de documentación: tareas escolares, informes de diferentes especialistas,...					
Pruebas proyectivas					
Pruebas estandarizadas del amplio espectro: pruebas de screening, inventarios de desarrollo, nivel de inteligencia,...					
Pruebas estandarizadas específicas: funciones cognitivas específicas, conducta de tipo clínico, ...					
Pruebas estandarizadas específicas de TEA					
Otras					

17. Especifique que pruebas estandarizadas del amplio espectro suele emplear

	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Pruebas de screening					
Inventarios de desarrollo					
Nivel de inteligencia					

18. Especifique que pruebas estandarizadas específicas suele emplear:

	Nunca	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Funciones cognitivas específicas					
Conducta de tipo clínico					
Otras					

19. Especifique que pruebas estandarizadas específicas de TEA suele emplear:

20. ¿Qué estrategias de análisis de información considera más adecuadas?

	Nunca	Pocas veces	Habitualmente	Con mucha frecuencia/casi siempre	Siempre
Análisis de las puntuaciones, respuestas, tipos de error del alumno					
Organización y sistematización de la información obtenida					
Análisis de la relevancia de la información, contextualización, triangulación					

21. ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias para establecer criterios de rigor del proceso diagnóstico realizado?

	Nunca	Pocas veces	Habitualmente	Con mucha frecuencia/casi siempre	Siempre
Recogida de información abundante y complementaria					
Triangulación de la información recogida de diferentes fuentes y/o procedimientos					
Auditoría o juicio externo de expertos					

22. ¿Qué referente utiliza para establecer la categoría diagnóstica en el informe diagnóstico? Marque la que proceda:

- DSM-IV-TR
- DSM-V
- CIE-10
- Clasificación Administrativa Educativa

23. En el caso de existir un diagnóstico previo emitido por otro servicio, ¿con qué frecuencia coincide?

- Nunca
- Pocas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre
- Siempre

24. En el caso de que sus pacientes ya hubieran sido diagnosticados previamente, ¿qué servicio les diagnosticó?

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Neurólogo
- Equipo de orientación
- Gabinete

25. ¿En qué medida ha incrementado en su centro la prevalencia del TEA (en los últimos 10 años)?
- 0%
 - 1%-25%
 - 25%-50%
 - 50%-75%
 - 75%-100%
26. ¿Cuáles son las dificultades más habituales que se encuentra a la hora de realizar un diagnóstico de TEA?
27. De acuerdo con su experiencia, ¿qué elementos mejorarían el proceso diagnóstico?
28. ¿Qué elementos disminuirían las dificultades existentes en el proceso diagnóstico?
29. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia facilita su procedimiento diagnóstico?
30. ¿En qué medida estima que la información ofrecida por la familia la tienen en cuenta?
31. ¿Hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

Anexo IV: cuestionario de los familiares

Datos personales

Este cuestionario tiene como finalidad analizar el diagnóstico que se realiza del autismo tanto en el marco pedagógico como en el clínico. Se les solicita el correo electrónico para poder informarles de la evolución de esta investigación. La recogida de datos es anónima.

Dirección de correo electrónico:

1. ¿Qué miembro de la familia tiene TEA? En el caso de haber dos o más se pide que se rellene un cuestionario por cada persona:
 - Hijo
 - Hija
 - Esposa
 - Marido
 - Tío/tía
 - Sobrino
 - Sobrina
 - Primo/a
 - Nieto/a
 - Nadie

2. ¿En qué franja de edad se encuentra su familiar?
 - 0-3 años
 - 3-6 años
 - 6-10 años
 - 14-18 años
 - 18-21 años
 - Mayor de 21 años

3. ¿En qué servicio educativo/laboral o residencial acude su familiar?
 - Aún no está escolarizado
 - Colegio ordinario
 - Colegio preferente TEA, en modalidad ordinaria
 - Colegio preferente TEA, en modalidad de aula TEA
 - Colegio de Educación Especial
 - Centro Educativo Terapéutico
 - Es mayor de 21 y ha finalizado su etapa de escolarización en colegio ordinario
 - Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en colegio preferente TEA
 - Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en colegio de Educación Especial
 - Es mayor de 21 años y ha finalizado su etapa de escolarización en un Centro Educativo Terapéutico
 - Piso tutelado

Proceso diagnóstico

4. ¿Quién detectó los primeros síntomas?
- Familia
 - Escuela
 - Médico
5. ¿Podría indicarnos que pasos siguió, con quién contactó y cómo evaluaron a su familiar desde que aparecieron las primeras sospechas hasta que recibió el diagnóstico?
6. ¿El proceso diagnóstico ha cubierto sus expectativas?
- En absoluto
 - Poco
 - Bastante
 - Completamente

¿Por qué?

7. ¿El proceso diagnóstico ha cubierto o ha ayudado a cubrir las necesidades de su familiar (habilidades sociales, autonomía, comunicación, ...)?
8. ¿Qué edad tenía su familiar cuando le diagnosticaron TEA?
9. Desde que contactó con los servicios especializados hasta que recibieron el diagnóstico, ¿cuánto tiempo transcurrió?
- 1 mes
 - 2 meses
 - 3 meses
 - 6 meses
 - 1 año
10. ¿Cuánto tiempo tardaron en evaluar a su familiar?
- 1 día
 - 2-3 días
 - 1 semana
 - 15 días
 - 1 mes
11. ¿Qué servicio realizó el diagnóstico?
- Psicólogo
 - Psiquiatra
 - Neurólogo
 - Equipo de orientación del centro
 - Equipo de atención temprana/Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica / Equipo específico de la Comunidad de Madrid
 - Gabinete Psicopedagógico privado

12. ¿Qué profesional fue el que más importancia tuvo o el que les entregó el diagnóstico?
- Neurólogo
 - Psiquiatra
 - Psicólogo
 - Miembro del Departamento de Orientación de la Comunidad de Madrid (EOEP/EAT/Equipo Específico)
 - Miembro del Departamento de Orientación del centro concertado
 - Miembro del Gabinete Privado

13. ¿Qué mejoraría del proceso diagnóstico?

14. ¿Cuánto tiempo pasó desde que les entregaron el diagnóstico hasta la incorporación a la nueva modalidad de escolarización (aula TEA, centro de Educación Especial, ¿Centro Educativo Terapéutico, piso tutelado, ...)?

15. ¿Con qué frecuencia acude su hijo/a a alguno de estos especialistas?

	Nunca	1 vez al año	1 vez cada 6 meses	1 vez cada 3 meses	Semanalmente
Psiquiatra					
Neurólogo/a					
Psicólogo/a					
Terapia externa especializada					

16. Por favor detallen a qué tipo de terapia externa acude en caso de que asista y su participación como miembro familiar:

17. ¿Hay algo más que quisiera compartir y que no se haya contemplado en las preguntas anteriores?

Anexo V: información a los padres/tutores legales para la derivación del expediente a la comisión técnica interterritorial



INFORMACIÓN A LOS PADRES/TUTORES LEGALES PARA LA DERIVACIÓN DEL EXPEDIENTE A LA COMISIÓN TÉCNICA INTERTERRITORIAL

D/D^a....., con DNI/NIE/pasaporte.....
D/D^a....., con DNI/NIE/pasaporte.....
Como padres/tutores legales del alumno/a.....
escolarizado en el centro.....
de la localidad

HAN SIDO INFORMADOS

El expediente de su hijo/hija es derivado a la Comisión Técnica Interterritorial con el fin de recabar, si procede, **el informe favorable** para realizar la propuesta de escolarización en un centro preferente para el alumnado con TGD.

En el supuesto, que se precise complementar la información, podrá ser derivado el expediente al Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo

En..... a, de de 202....

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

Anexo VI: protocolo de derivación del expediente del alumno a la comisión interterritorial (Ed. Infantil)

**PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DEL EXPEDIENTE DEL ALUMNO A LA COMISIÓN INTERTERRITORIAL
SOLICITUD DE INFORME FAVORABLE PARA ESCOLARIZACIÓN DE ALUMNOS CON TGD EN CENTRO PREFERENTE**

EDUCACIÓN INFANTIL

DATOS DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN

NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO QUE REALIZA LA DEMANDA⁵:

PROFESIONAL QUE REALIZA LA DEMANDA:

FECHA DE SOLICITUD:

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:..... N.I.A.

ETAPA Y NIVEL: MODALIDAD EDUCATIVA:

FECHA 1ª ESCOLARIZACIÓN:

FECHA 1ª RESOLUCIÓN ESCOLARIZACIÓN EN MODALIDAD ORDINARIA CON APOYOS:

DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO

DIRECCIÓN DE ÁREA TERRITORIAL: MADRID-.....

CENTRO ESCOLAR Y CÓDIGO:.....

LOCALIDAD/DISTRITO:.....

INFORMACIÓN DE APOYOS

APOYOS EDUCATIVOS	Profesor/a especialista en Pedagogía Terapéutica	Nº sesiones	
	Profesor/a especialista en Audición y Lenguaje	Nº sesiones	
	Otros apoyos educativos (indicar cuáles):	Nº sesiones	
	Situaciones en las que recibe apoyo (dentro/fuera del aula, otros contextos):		
APOYOS EXTERNOS	Indicar entidad, tipo y frecuencia del apoyo externo:		

DOCUMENTACIÓN APORTADA

ÁMBITO	SERVICIO	TIPO DE DOCUMENTO	CONCLUSIONES	FECHA
EDUCATIVO				
SANITARIO				
SOCIAL				

⁵ Señalar: EOEP General, EOEP de Atención Temprana, EOEP Específico de AGD, Departamento de Orientación en IES, Orientador en centro de Educación Especial, Orientador en centro privado-concertado

SERVICIOS EXTERNOS				
--------------------	--	--	--	--

FECHA AUTORIZACIÓN FAMILIAR	
-----------------------------	--

DESCRIPCIÓN DEL ALUMNO/A

1. GRADO DE AFECTACIÓN DEL TRASTORNO	
* Si se ha utilizado el DSM 5 (APA, 2013), indicar nivel de gravedad respecto al grado de ayuda que necesita para cada uno de los dominios: 1 (necesita ayuda); 2 (necesita ayuda notable); 3 (necesita ayuda muy notable)	
• Grado de afectación en comunicación social	
• Grado de afectación en patrones de comportamiento restringido y repetitivo	
• DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS DE DETECCIÓN (ESCALA AUSTRALIANA, ASSQ, CARS, ESCALA AUTÓNOMA, OTRAS), PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ADI-R, ADOS/2), ESCALAS DE VALORACIÓN DE INTENSIDAD (IDEA, GILLIAM, OTRAS) *Indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información	
DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN	
• Interacción social:	
• Lenguaje y comunicación:	
• Patrones de comportamientos restringidos y repetitivos:	
• Alteraciones sensoriales:	

2. NIVEL DE DESARROLLO/CAPACIDAD COGNITIVA	
• Capacidad cognitiva media o alta /Nivel de desarrollo adecuado a su edad	
• Retraso cognitivo / Retraso global de desarrollo (indicar el grado):	
DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS EMPLEADOS Y RESULTADOS *Indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información	
DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE DESARROLLO/CAPACIDAD COGNITIVA	
• Atención:	
• Memoria:	
• Percepción:	
• Imitación:	
• Simbolización:	
• Nivel de juego:	

<p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> Otros aspectos: <p>.....</p>

3. ÁREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	SI	NO
Inicio de funciones comunicativas y conductas instrumentales		
Inicio de verbalizaciones y/o lenguaje gestual		
Tendencia a ignorar el lenguaje (falta de respuesta al nombre, a órdenes sencillas)		

DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS Y PUNTUACIONES ESPECÍFICAS EN EL ÁREA DEL LENGUAJE *indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información

DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA-LINGÜÍSTICA

- Funciones comunicativas básicas:
- Gestos y/o signos:
- Emisión de palabras:
- Frases sencillas:
- Compresión verbal:
- Otras competencias:

4. ÁREA SOCIAL Y DE AUTONOMÍA	SI	NO
El alumno inicia el desarrollo de habilidades de autonomía personal		
El alumno manifiesta falta de interés o limitaciones significativas en las interacciones sociales		
El alumno presenta conductas disruptivas en los contextos de aprendizaje		

DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS Y PUNTUACIONES ESPECÍFICAS EN EL ÁREA SOCIAL Y DE AUTONOMÍA *indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información

DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA SOCIO EMOCIONAL Y DE AUTONOMÍA PERSONAL

- Nivel de competencia en habilidades de autonomía:
- Aspectos de interacción con adultos e iguales en el contexto escolar (contacto visual, atención conjunta, interés social...):
- Limitaciones en la comprensión y expresión socio-emocional (ajuste comportamental, regulación emocional...):

.....
.....
.....

5. ADAPTACIONES DEL CURRÍCULO QUE SE APLICAN
Nivel de competencia curricular en distintos ámbitos/ áreas:
Ámbitos/ Áreas con adaptación curricular significativa:
Adaptaciones de acceso y metodológicas, organizativas y tipo de ayudas que recibe:

6. FUNCIONAMIENTO DEL ALUMNO EN EL CONTEXTO EDUCATIVO
Indicar el nivel de participación del alumno en actividades habituales:
<ul style="list-style-type: none"> • Aula de referencia: • Patio: • Comedor: • Aseo: • Otros entornos escolares:

SE HA REALIZADO PRÓRROGA/PERMANENCIA EN ESTA ETAPA	SI	NO
ACTUALMENTE SE CONTEMPLA LA POSIBILIDAD DE ADOPTAR ESTA MEDIDA	SI	NO

Profesional que realiza la demanda

Vº Bº Director ⁽¹⁾

Fdo. :

Fdo.:

⁽¹⁾ Vº Bº del director del EOEP General, EOEP de Atención Temprana, EOEP específico de Alteraciones Graves del Desarrollo o del director del centro si la demanda se realiza desde el Departamento de Orientación o desde un centro privado concertado

Anexo VII: protocolo de derivación del expediente del alumno a la comisión interterritorial (Ed. Primaria)

**PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DEL EXPEDIENTE DEL ALUMNO A LA COMISIÓN INTERTERRITORIAL
SOLICITUD DE INFORME FAVORABLE PARA ESCOLARIZACIÓN DE ALUMNOS CON TGD EN CENTRO PREFERENTE**

EDUCACIÓN PRIMARIA

DATOS DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN

NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO QUE REALIZA LA DEMANDA⁶:

PROFESIONAL QUE REALIZA LA DEMANDA:

FECHA DE SOLICITUD:

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:..... N.I.A.

ETAPA Y NIVEL: MODALIDAD EDUCATIVA:

FECHA 1ª ESCOLARIZACIÓN:

FECHA 1ª RESOLUCIÓN ESCOLARIZACIÓN EN MODALIDAD ORDINARIA CON APOYOS:

DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO

DIRECCIÓN DE ÁREA TERRITORIAL: MADRID-.....

CENTRO ESCOLAR Y CÓDIGO:.....

LOCALIDAD/DISTRITO:.....

INFORMACIÓN DE APOYOS

APOYOS EDUCATIVOS	Profesor/a especialista en Pedagogía Terapéutica	Nº sesiones	
	Profesor/a especialista en Audición y Lenguaje	Nº sesiones	
	Otros apoyos educativos (indicar cuáles):	Nº sesiones	
	Situaciones en las que recibe apoyo (dentro/fuera del aula, otros contextos):		
APOYOS EXTERNOS	Indicar entidad, tipo y frecuencia del apoyo externo:		

DOCUMENTACIÓN APORTADA

ÁMBITO	SERVICIO	TIPO DE DOCUMENTO	CONCLUSIONES	FECHA
EDUCATIVO				
SANITARIO				
SOCIAL				
SERVICIOS EXTERNOS				

FECHA AUTORIZACIÓN FAMILIAR

⁶ Señalar: EOEP General, EOEP de Atención Temprana, EOEP Específico de AGD, Departamento de Orientación en IES, Orientador en centro de Educación Especial, Orientador en centro privado-concertado

DESCRIPCIÓN DEL ALUMNO/A

7. GRADO DE AFECTACIÓN DEL TRASTORNO	
* Si se ha utilizado el DSM 5 (APA, 2013), indicar nivel de gravedad respecto al grado de ayuda que necesita para cada uno de los dominios: 1 (necesita ayuda); 2 (necesita ayuda notable); 3 (necesita ayuda muy notable)	
• Grado de afectación en comunicación social	
• Grado de afectación en patrones de comportamiento restringido y repetitivo	
• DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS DE DETECCIÓN (ESCALA AUSTRALIANA, ASSQ, CARS, ESCALA AUTÓNOMA, OTRAS), PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ADI-R, ADOS/2), ESCALAS DE VALORACIÓN DE INTENSIDAD (IDEA, GILLIAM, OTRAS) *Indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información	
DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN	
• Interacción social:	
.....	
• Lenguaje y comunicación:	
.....	
• Patrones de comportamientos restringidos y repetitivos:	
.....	
• Alteraciones sensoriales:	
.....	
.....	

8. NIVEL DE DESARROLLO/CAPACIDAD COGNITIVA	
• Capacidad cognitiva media o alta	
• Retraso mental (indicar el grado):	
DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS EMPLEADOS Y RESULTADOS *Indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información	
DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE DESARROLLO/CAPACIDAD COGNITIVA	
• Atención:	
.....	
• Memoria:	
.....	
• Percepción:	
.....	
• Imitación:	
.....	
• Simbolización:	
.....	
• Nivel de juego:	
.....	
• Otros aspectos:	
.....	

9. ÁREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	SI	NO
Funciones comunicativas básicas En 1º, 2º y 3º, presencia de conductas instrumentales como pauta de comunicación En 4º, 5º y 6º, inicio o desarrollo de necesidades básicas de petición, negación...		
Lenguaje expresivo En 1º, 2º y 3º, lenguaje formado por palabras/gestos sueltos y/o expresiones ecológicas, En 4º, 5º y 6º, lenguaje formado por combinación de 2 o 3 elementos		
Lenguaje receptivo. Comprensión de enunciados verbales limitada a conductas propias, palabras-gestos o frases sencillas		
DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS Y PUNTUACIONES ESPECÍFICAS EN EL ÁREA DEL LENGUAJE *indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información		
DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA-LINGÜÍSTICA		
<ul style="list-style-type: none"> Limitaciones en el componente pragmático del lenguaje (bromas, lenguaje figurado, comprensión de la intención comunicativa, lenguaje estereotipado, descontextualizado, ajuste a normas conversaciones, etc.): Nivel expresivo del lenguaje: (utiliza signos, palabras aisladas, combinación de palabras, frases sencillas, lenguaje fluido): 		

10. ÁREA SOCIAL Y DE AUTONOMÍA	SI	NO
Habilidades de autonomía personal (aseo, comida, control de esfínteres, uso del WC...) <ul style="list-style-type: none"> En 1º, 2º y 3º, el alumno requiere supervisión constante En 4º, 5º y 6º, el alumno requiere una mínima supervisión 		
El alumno presenta limitaciones significativas en la regulación emocional y en la toma de decisiones		
El desarrollo de habilidades de interacción social en el alumno está limitado a sus necesidades básicas e intereses personales		
El alumno presenta conductas desajustadas/disruptivas, que son poco frecuentes y no aparecen en todos los contextos de interacción		
DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS Y PUNTUACIONES ESPECÍFICAS EN EL ÁREA SOCIAL Y DE AUTONOMÍA *indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información		
DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA SOCIO EMOCIONAL Y DE AUTONOMÍA PERSONAL		
<ul style="list-style-type: none"> interacción con adultos e iguales en el contexto escolar (contacto visual, atención conjunta, interés compartido...): Comprensión socio-emocional y autorregulación (habilidades mentalistas, expresión de emociones, ajuste comportamental...): Si procede, información relevante del desarrollo motor (nivel de actividad motora por exceso o defecto, conciencia del peligro, coordinación gruesa o fina, etc.): 		

11. ADAPTACIONES DEL CURRÍCULO QUE SE APLICAN
Nivel de competencia curricular en distintas áreas
Áreas con adaptación curricular significativa, especialmente en lo referente al desarrollo social y comunicativo-lingüístico
Adaptaciones de acceso y metodológicas, organizativas y tipo de ayudas que recibe

12. FUNCIONAMIENTO DEL ALUMNO EN EL CONTEXTO EDUCATIVO
Indicar el nivel de participación del alumno en actividades habituales:
<ul style="list-style-type: none"> • Aula de referencia: • Patio: • Comedor: • Aseo: • Otros entornos escolares:

SE HA REALIZADO REPETICIÓN ORDINARIA EN ESTA ETAPA	SI	NO
ACTUALMENTE SE CONTEMPLA LA REPETICIÓN ORDINARIA Y/O EXTRAORDINARIA EN ESTA ETAPA	SI	NO

Profesional que realiza la demanda

Vº Bº Director ⁽¹⁾

Fdo. :

Fdo.:

(1) Vº Bº del director del EOEP General, EOEP de Atención Temprana, EOEP específico de Alteraciones Graves del Desarrollo o del director del centro si la demanda se realiza desde el Departamento de Orientación o desde un centro privado concertado

Anexo VIII: protocolo de derivación del expediente del alumno a la comisión interterritorial (Ed. Secundaria)

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DEL EXPEDIENTE DEL ALUMNO A LA COMISIÓN INTERTERRITORIAL

SOLICITUD DE INFORME FAVORABLE PARA ESCOLARIZACIÓN DE ALUMNOS CON TGD EN CENTRO PREFERENTE

EDUCACIÓN SECUNDARIA

DATOS DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN

NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO QUE REALIZA LA DEMANDA⁷:

PROFESIONAL QUE REALIZA LA DEMANDA:

FECHA DE SOLICITUD:

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: N.I.A.

ETAPA Y NIVEL: MODALIDAD EDUCATIVA:

FECHA 1ª ESCOLARIZACIÓN:

FECHA 1ª RESOLUCIÓN DE ESCOLARIZACIÓN EN MODALIDAD ORDINARIA CON APOYOS:

DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO

DIRECCIÓN DE ÁREA TERRITORIAL: MADRID-.....

CENTRO ESCOLAR:.....

LOCALIDAD/DISTRITO:.....

INFORMACIÓN DE LOS APOYOS

APOYOS EDUCATIVOS	Profesor/a especialista en Pedagogía Terapéutica	Nº sesiones	
	Profesor/a especialista en Audición y Lenguaje	Nº sesiones	
	Otros apoyos educativos (indicar cuáles):	Nº sesiones	
	Situaciones en las que recibe apoyo (dentro/fuera del aula, otros contextos)		
APOYOS EXTERNOS	Indicar entidad, tipo y frecuencia del apoyo externo		

DOCUMENTACIÓN APORTADA

ÁMBITO	SERVICIO	TIPO DE DOCUMENTO	CONCLUSIONES	FECHA
EDUCATIVO				

⁷ Señalar: EOEP General, EOEP de Atención Temprana, EOEP Específico de AGD, Departamento de Orientación en IES, Orientador en centro de Educación Especial, Orientador en centro privado-concertado

SANITARIO				
SOCIAL				
OTROS				

FECHA AUTORIZACIÓN FAMILIAR	
------------------------------------	--

DESCRIPCIÓN DEL ALUMNO/A

1. GRADO DE AFECTACIÓN DEL TRASTORNO	
*Si se ha utilizado el DSM 5 (APA, 2013), indicar nivel de gravedad respecto al grado de ayuda que necesita para cada uno de los dominios: 1 (necesita ayuda); 2 (necesita ayuda notable); 3 (necesita ayuda muy notable)	
● Grado de afectación en comunicación social	
● Grado de afectación en patrones de comportamiento restringido y repetitivo	
DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICAS Y DE VALORACIÓN DE INTENSIDAD RELACIONADAS CON EL TRASTORNO *indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información	
DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN	
● Interacción social:
● Lenguaje y comunicación:
● Patrones de comportamientos restringidos y repetitivos:
● Alteraciones sensoriales:

2. NIVEL DE DESARROLLO/CAPACIDAD COGNITIVA	
Capacidad cognitiva media o alta	
Retraso mental (indicar el grado):	
DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS EMPLEADOS Y RESULTADOS *indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información	

<p>DESCRIPCIÓN DE LA CAPACIDAD COGNITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atención: ● Memoria: ● Percepción: ● Imitación: ● Simbolización:
--

3. ÁREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	SI	NO
Presencia de funciones y conductas comunicativas no ligadas exclusivamente a la expresión de necesidades básicas		
Lenguaje expresivo oracional (oral/SAAC) limitado en estructura y contenidos		
Comprensión de enunciados verbales cotidianos con dificultades en la integración de ideas complejas		
DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS Y PUNTUACIONES ESPECÍFICAS <i>(indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información)</i>		
<p>DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA-LINGÜÍSTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Limitaciones que afectan al componente pragmático del lenguaje:..... ● Limitaciones en la comprensión de la intención comunicativa y/o en el lenguaje figurado o abstracto: ● Competencia expresiva: 		

4. ÁREA SOCIAL Y DE AUTONOMÍA	SI	NO
El alumno puede presentar posibles limitaciones en la regulación emocional y en la toma de decisiones		
El alumno muestra rigidez y presenta un uso estereotipado de habilidades sociales en la interacción social		
El alumno puede presentar episodios esporádicos de conductas disruptivas		
DATOS COMPLEMENTARIOS PROCEDENTES DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS: INSTRUMENTOS Y PUNTUACIONES ESPECÍFICAS <i>*indicar la fecha y el documento en el que se recoge esta información</i>		
<p>DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA SOCIO EMOCIONAL Y DE AUTONOMÍA PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nivel de competencia en habilidades de autonomía: 		

.....

 • Aspectos de interacción con adultos e iguales en el contexto escolar:

 • Limitaciones en la comprensión y expresión socio-emocional y autodirección:.....

5. ADAPTACIONES DEL CURRÍCULO QUE SE APLICAN
Nivel de competencia curricular en distintas áreas
Áreas con adaptación curricular significativa
Adaptaciones de acceso, metodológicas y organizativas

6. FUNCIONAMIENTO EN EL CONTEXTO EDUCATIVO
Descripción del nivel de participación en actividades habituales
<ul style="list-style-type: none"> • Aula de referencia: • Recreo: • Cafetería: • Aseo: • Otros entornos:

SE HA REALIZADO REPETICIÓN ORDINARIA?	SI	NO
ACTUALMENTE SE CONTEMPLA LA REPETICIÓN EXTRAORDINARIA EN ESTA ETAPA?	SI	NO

Profesional que realiza la demanda

Vº Bº Director ⁽¹⁾

Fdo. :

Fdo.:

⁽¹⁾ **Vº Bº del director del EOEP General, EOEP de Atención Temprana, EOEP específico de Alteraciones Graves del Desarrollo o del director del centro si la demanda se realiza desde el Departamento de Orientación o desde un centro privado concertado**

Anexo IX: anexo I- ficha de derivación del alumno/a al equipo específico de alteraciones graves del desarrollo

ANEXO I

FICHA DE DERIVACIÓN DE ALUMNO/A AL EQUIPO ESPECIFICO DE ALTERACIONES GRAVES DEL DESARROLLO

Fecha:

EOEP/EAT/DO de IES/DO de CEE:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

Tfno: FAX..... E-mail.....

PERSONA QUE HACE LA DEMANDA

DERIVACIÓN AL EQUIPO ESPECÍFICO DE ALTERACIONES GRAVES DEL DESARROLLO

DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio: Tfno:

Localidad

Centro Escolar y Localidad

Teléfono:..... Fax..... E-mail.....

Curso: Modalidad Educativa.....

Motivo de la Demanda:

- Complementar la evaluación de algún aspecto del desarrollo (**anotar cual/es y por qué**)

.....

-
- Confirmación de diagnóstico de TGD.
 - Orientaciones educativas para la integración (Metodología, ACI...).
 - Colaborar en la determinación de Modalidad educativa.
 - VºBº para escolarización en un Centro Preferente de TGD.
 - Revisión de casos ya atendidos por el equipo específico:
 - Revisión del diagnóstico existente (Justificar motivo)
 - Reajustar respuesta educativa

SINTESIS DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA:

ACTUACIONES REALIZADAS:

OTRA DOCUMENTACIÓN EXISTENTE:

- Evaluaciones psicopedagógicas (Entidad, fecha y conclusiones):
-
-
- Informes médicos y sociales si hubiera (Entidad, fecha y datos relevantes):
-
-

Firma

Anexo X: anexo II- ficha de derivación para asesoramiento a profesionales de alteraciones graves del desarrollo

ANEXO II

FICHA DE DERIVACIÓN PARA ASESORAMIENTO A PROFESIONALES DE ALTERACIONES GRAVES DEL DESARROLLO

Fecha:

EOEP/EAT/DO de IES/DO de C.E.E.

DOMICILIO

LOCALIDAD

Tfno: FAX E-mail

PERSONA QUE HACE LA DEMANDA

DERIVACIÓN AL EQUIPO ESPECÍFICO DE ALTERACIONES GRAVES DEL DESARROLLO.

DESTINATARIOS: (Anotar número de interesados y función que desempeñan)

JUSTIFICACIÓN/MOTIVO DE LA DEMANDA)

CONTENIDO A ELEGIR:

- Indicadores de detección del trastorno
- Instrumentos y/o procedimientos de evaluación específica
- Aspectos/s concreto/s del desarrollo
- Respuesta educativa en aspectos concretos del Currículo: metodología y materiales específicos
- Información sobre recursos específicos.

Aspectos concretos que se solicitan acerca del tema elegido:

Documentación de la que se dispone respecto al tema solicitado:

1.

2.

POSIBLE DÍA DE LA SEMANA Y HORARIO PARA EL ASESORAMIENTO:

Firma

Anexo XI: registro de los familiares que han contestado

Correo electrónico	
dessiree982@hotmail.com	sondoar89@gmail.com
malena.l.lechuga@gmail.com	sondoar89@gmail.com (1)
bucdjose@yahoo.es	beatrizfos007@gmail.com
348622846@qq.com	pepeorcera11@gmail.com
pilarhg1975@gmail.com	mpilar.vidal85@gmail.com
anlopezcollado@gmail.com	yanira.rondonaltuve@gmail.com
mbpinera@hotmail.com	ismaelcastineira@gmail.com
rogermarba@hotmail.com	maria.lahigueratome@gmail.com
pilar.robas@gmail.com	rejanybarbosa10@gmail.com
joterifer@gmail.com	lauravalderasgarcia@gmail.com
arrogui@gmail.com	lauravalderasgarcia@gmail.com (1)
anaisvadillo_79@hotmail.com	moralesmarta5@yahoo.es
pcmi@live.com	aisabelvalencia11@gmail.com
sjp118@hotmail.com	sanlolla@hotmail.com
nuriamatasdiaz@gmail.com	rmrodriguez@bakertilly.es
jdgail@hotmail.com	esther_84@hotmail.com
trabanca78@gmail.com	kanula21@hotmail.com
helenahzsz@yahoo.es	carmencontreras687@gmail.com
pilitayalberto@gmail.com	fdo.balmaseda@gmail.com
mariasholeares@gmail.com	sondoar89@gmail.com
luisaiglesias@gmail.com	sondoar89@gmail.com (1)
karlisplas@hotmail.com	beatrizfos007@gmail.com
malagavirgen08@gmail.com	pepeorcera11@gmail.com
diego.lumbreras.basagoiti@gmail.com	mpilar.vidal85@gmail.com
robertogomez11@hotmail.com	yanira.rondonaltuve@gmail.com
silviagarzoncano@gmail.com	ismaelcastineira@gmail.com
isabel@campillos.net	maria.lahigueratome@gmail.com
monicacuencaponce@gmail.com	rejanybarbosa10@gmail.com
tojaju@gmail.com	lauravalderasgarcia@gmail.com
glezcuestaisabel@gmail.com	hola@mihijocontea.com
jcastellot@xop.es	txemabr@hotmail.com
albarebate@gmail.com	
TOTAL: 53	

Anexo XII: respuestas obtenidas a los ítems de respuesta abierta por parte de los familiares

Respuestas de los familiares en el ítem 5:

Nosotros los padres notamos que algo pasaba. En guardería, la profesora solicitó al equipo específico valoración que tardó 6 meses en dar diagnóstico, el niño tenía 2 años y medio. En atención primaria, desidia de nuestra primera pediatra; solicitamos cambio y el pediatra nos solicitó consulta con Neuropediatría, prueba de potenciales evocados, genética, electro, etc...diagnóstico aprox. con 3 años.

Primero contactamos con el pediatra, y acto seguido con su tutora de la guardería

Pues al ver cosas raras, en el colegio también detectaron q con ellos no hablaba, no se relacionaba hasta q pedimos valoración x parte del Colegio y ya en sicóloga hospital más diagnóstico en Amiga.

Centro de terapia de atención temprana, atención temprana, crecovi, equipo de orientación de la comunidad de Madrid.

Su pediatra lo derivó a atención temprana y de ahí al cole con logopeda. En el primer ciclo de infantil la orientadora del cole activo el protocolo TEA y desde ahí, neurólogo, psiquiatra y demás.

Fue evaluado por el EEAGD en su guardería y por un psiquiatra privado

La pediatra en una de las revisiones nos comentó que sospechaba de cierto retraso el lenguaje y nos dio un cuestionario que rellenamos. Lo comentamos en la Escuela Infantil y nos facilitó el teléfono del E.A.T y la valoraron: diagnóstico de retraso madurativo, pero no fue hasta 2 años más tarde cuando nos dieron el diagnóstico de TEA

Fue una dura "pelea" con la pediatra porque no veía nada raro en la niña. Tengo una hija mayor sin alteraciones del desarrollo y eran tan llamativas las conductas y forma de proceder de mi hija con autismo que no era preciso comparar. De hecho, no se trata de comparar. Se trata de que hay una serie de cosas que absolutamente todos los niños del mundo realizan en algún momento de su desarrollo y que mi hija no hacía. Por decirlo de un modo coloquial, mi hija parecía un poco "extraterrestre". Fue un suplente de la pediatra cuando esta estaba de vacaciones quien, finalmente, observó que efectivamente algo no iba bien en el desarrollo de mi hija Rebeca y derivó a la niña a Neuropediatría. Pruebas, pruebas, pruebas...perrerías, para finalmente decir que tenía autismo y que eso no tenía ni solución ni tratamiento (tal cual). Todo este proceso duró desde los 16 meses, momento en que empecé a observar cosas raras en la niña, hasta los dos años y medio largos. Tuve mucha suerte después pues contacté con un grupo de psicoterapeutas estupendo que nos orientaron y ayudaron mucho en el desarrollo, conocimiento y aprendizaje tanto de mi hija como en la adaptación nuestra (la familia) a la

nueva situación. Fue el Equipo Iridia con quien tuvimos la suerte de dar (gracias a un compañero mío de trabajo, Luis, que me veía desolada y se acercó con mucha prudencia y cautela a mí para recomendármelos, pues él tenía un sobrino con autismo) y recuerdo perfectamente la atención recibida por los psicólogos que, en aquel entonces, nos atendieron, Rubén Palomo, Laura Velayos y Javier Tamarit. Nunca les estaré lo suficientemente agradecida por cómo consiguieron hacernos "ver el mundo con otras gafas" como me decía. Pediatra (me dijo, es completamente normal) Una asociación me dijo que exigiera derivación a atención temprana (nunca antes había escuchado el nombre)

En guardería, ya avisados por retraso en lenguaje, vieron que no evolucionaba al escolarizarla. Avisaron al equipo de atención temprana. Ellos hicieron primera evaluación y la petición de colegio (segundo ciclo de EI) y nos aconsejaron iniciar terapias con plaza privada. Desde el centro ALTEA nos explicaron resto de procesos a iniciar, diagnóstico por parte del CRECOVI y solicitud de necesidades de atención temprana. Tras varios nuevos diagnósticos, retraso del lenguaje, retraso global, desde el colegio se contactó con el equipo específico el cual acabó haciendo valoración y diagnóstico.

Contacto con pediatra que deriva a neurología

Llame a pediatra y me derivó al neuropediatra y dio diagnóstico

Pediatra

mandar le a aula tea y buscarle un psicológico

En nuestro caso, está asociado a otras complicaciones, que se observaron en el embarazo, así que, gracias a ello, está en atención médica desde que nació.

Profesionales de atención temprana de la escuela infantil

Desde los 3 años, psicólogos privados, psiquiatra privado, psicólogos y psiquiatras de la seguridad social, otra vez psicólogos privados...hasta que cumplió 12 años y una Neuropsicóloga privada le hizo una evaluación en 5 sesiones y lo diagnosticó. Antes de esto, ningún profesional supo diagnosticarlo. Yo les indicaba sospechas, pero más bien de AACC (todavía existe la duda de la doble excepcionalidad). Muchos años perdidos y muy poca profesionalidad, incluyendo al colegio (publico).

Pediatra (Mchat) y derivación a Neuropediatría

LA PEDIATRA

Colegio, psicólogos, familias en circunstancias parecidas, asociaciones "sin" ánimo de lucro...

Hospital Gregorio Marañón estudio de TEA

Pediatra del centro de salud

Contacto con atención temprana, 2 meses de espera para la primera visita, 4 meses de valoraciones hasta obtener el diagnóstico a los 2 años.

Pediatra, cursó valoración por uat, comenzó cait, diagnóstico abierto por tener 3 años...

Visita ordinaria al pediatra y derivación al CDIAP

Primero por consejo de la profe hicimos a la niña pruebas de oído y vista para descartar, como todo estaba correcto el siguiente paso fue acudir a un neurólogo el cual nos recomendó una valoración. Valoramos a la niña en un centro privado con diagnóstico tea y un año después de la sospecha también fue valorada en crecovi con igual diagnóstico.

Primero neurólogo, recomendaciones del médico, estudio gástrico, resonancia, electrosonograma, terapia conducta les, dieta libre de gluten y cafeína, vitaminoterapia, examen de metales pesados, se trabajó el método ABA.

Un médico nos dijo que podría tener Tea

Ir a la pediatra

Contacté con él pediatra (cuando tenía unos 10 meses) que no me hizo caso y hasta casi el año y medio no empezaron a evaluar

Con 1 año vimos que no quería nada sólido, decía mamá, pero de la noche al día dejó de no comunicar ni eso, le llamábamos y no respondía ni se giraba a mirarnos, tampoco gateo. Nos dirigimos a pediatría de la seguridad Social y nos decían que cada niño llevaba un ritmo, que le diéramos tiempo.... como es el pequeño de tres hermanos, no dudábamos que algo no era normal, aun que el niño si demuestra empatía, no juega con sus hermanos y tiende un poco de rechazo con su padre que por trabajo no está muchas horas con él a diario, eso ya ha mejorado bastante ahora tienen sus horas al día y la relación va muy bien. Nos fuimos al seguro médico privado en HM Madrid Montepincipe y la pediatra nos derivó al observarle al niño al Neurólogo...le realizaron escáner cerebral, audiometría, analítica del X frágil y resonancia con contraste; los resultados estaban bien. Ya en escuela infantil en el colegio Edith Stein de 2 a 3 años nos comunicaron que la Comunidad de Madrid le evaluaría y que nos dirigiéramos a los organismos correspondientes, Crecovi, etc... Ya una vez evaluado ya le etiquetaron como autista de alto grado (no sabemos si porque era precoz dar una valoración a esas edades o porque realmente es así), lleva en terapia por privado en Centro Altea en calle Arganda de Madrid desde los 2 años en estimulación y logopeda. Ahora este año en el 2021 (6 años) le han dado plaza en la Comunidad de Madrid en el Centro de atención temprana ANAYET en calle Atocha de Madrid con las mismas terapias Logopeda y estimulación. En el colegio que está cursando Mateo tienen aula TEA ya que es un Colegio preferente. Hemos visto mucho avance y lo que era un túnel sin salida, al final con las herramientas y todos a la par el niño ha mejorado mucho.

Evaluación equipo específico-neurólogo

Acudí al pediatra del Centro de Salud que derivó al niño al neurólogo. Le hicieron las pruebas de rutina (cario tipo, electroencefalograma de vigilia y sueño nocturno y resonancia magnética). Al salir todas las pruebas con un resultado "normal" nos dieron el diagnóstico de autismo. Desde acudí a Atención Temprana de la zona desde donde nos derivaron al Centro Base, a Terapia en un centro de atención temprana y a una escuela infantil con apoyos.

La hicimos una valoración en el grupo IRIDIA y posteriormente la valoró la consejería de educación

Pediatra, derivación a atención temprana y posterior seguimiento con asociación de autismo. Primero con una tía del niño pediatra que nos puso en contacto con una neuróloga londinense especializada en trastornos de la conducta. Tras evaluarlo, nos recomendó que acudiéramos a un examen más especializado en una clínica española. Entonces comenzaron a estudiarlo (con 3 años) en el Hospital 12 de octubre donde diagnosticaron Retraso Madurativo, pero nos emplazaron a continuar al año siguiente porque había síntomas sospechosos, pero era demasiado pequeño. Antes de la revisión del año en el hospital, el Equipo específico del colegio lo diagnosticó.

Centro Atención Temprana

Le llevé a un sitio donde me le valoraron previo pago, nunca nos dieron el diagnóstico de autismo sino el de rasgos TEA. Ahora cuatro años más tarde sé que es lo mismo. Tras eso tuve que luchar con toda la burocracia para conseguir los apoyos que Carlos necesitaba en el cole porque ya habíamos empezado con las terapias por privado. Una vez lo obtuvimos todo fue rodado por suerte.

Al ver signos de alarma se lo comenté a la psicóloga de la escuela infantil a los 16 meses. Estuvo en observación y con 2.5 años a mi insistencia nos hizo recomendación para la derivación a la AT. Seguimos el proceso por la SS, con 34 meses empezó en el centro de atención temprana y con 3 años y 1 mes le hicieron la evaluación y nos dieron el diagnóstico. Pedí para que la pediatra que lo derive el niño a la neuróloga, porque el niño ya tenía casi 2 años y medio y no hablaba nada. Tenía reacciones que yo no estaba acostumbrada y que no sabía conducir las. La pediatra tardó más de seis meses en enviarlo a un especialista. Cuando la neuróloga lo vio nos hizo preguntas y tardó otros dos meses en darnos el diagnóstico. Ella ha hecho muchas preguntas sobre él.

En primer lugar, visitamos a su pediatra, que nos derivó a otro especialista y este a la USMI, donde después de dos estudios con diferencia de tres meses entre sí, le diagnostican TEA de alto funcionamiento, desde la primera visita y estando aún en estudio empieza en el centro CAIT y además logopeda y PT en el colegio desde el inicio del curso

Intuición de mamá, luego pediatra, me derivaron al Cait, por suerte la señora me puso las pibas de que algo pasaba. Fui a EDAU y allí me asesoraron de todos los pasos. Luego el diagnóstico en la USMIJ

Pediatra, neuropediatra

Familia - Centro logopedia - Colegio - Comunidad de Madrid

Ante el desconocimiento de lo que le pasaba a mi hijo solicite un estudio de la orientadora del colegio que nos dio el diagnóstico. Posteriormente el grupo especializado en T.E.A de la comunidad de Madrid lo ratificó.

Atención Temprana Servicios Sociales

<Pediatra, psiquiatra, atención temprana

Primero se lo comunicamos al pediatra, al que le solicitamos derivación a Otorrinolaringología para descartar problema auditivo y a neurología para evaluación y diagnóstico. A la vez contactamos con el Equipo de Orientación Temprana que le evaluó

Su Pediatra lo remitió a un Neurólogo porque no siguió avanzando según su edad.

CEIAP de la localidad/ Centro Tea privado

Cuando sospechamos fuimos a la pediatra y ella nos derivó al neurólogo, este le mando pruebas anatómicas para descartar y finalmente se llegó a un diagnóstico de TEA

Asociación familiares autismo

Respuestas de los familiares en el ítem 7:

Porque tras el diagnóstico tuvimos pocas indicaciones de qué hacer.

Aunque es un proceso complicado, gracias a profesionales y a toda la información recibida, se ha podido trabajar desde un primer instante

Sobre todo, para poder y saber ayudarle

Porque Fue muy rápido el diagnóstico

Se evaluó pronto aunque con medios privados; no todas las familias tienen esa oportunidad.

Puntos de vista diferentes

Por lo expuesto en el primer párrafo. Atención fría, poco humanizada, sin consideración a los sentimientos confundidos y angustiados de las familias. Sentí como si mi hija fuera un experimento de laboratorio. De hecho, llegó un momento en que dije que me negaba a más pruebas (después de muchas), que si no había tratamiento para mi hija ni solución alguna, no iba a consentir más pruebas invasivas. Mi hija no necesitaba tratamiento médico, no estaba enferma y las primeras pruebas ya lo confirmaron, ni tenía ningún síndrome de los que se detectan en las pruebas de cribado. Rebeca necesitaba tratamiento psicoeducativo, como he podido comprobar después.

Es niña, camufla y es la reina del masking, ha tenido que ser una asociación privada con formación en niñas quién con el ados 2 y el adir confirmó que pertenece al espectro

Ha sido lento. Indican la necesidad de actuar cuanto antes y luego al ser niños pequeños quieren esperar.

Fue rápido

No sé muy bien que pregunta,

El diagnóstico es muy genérico. Además, no concreta la falta de atención y problemas con el lenguaje.

espero que se mejore

Porque una vez tienes esa "etiqueta" te ayuda a escoger mejor cuáles son los tratamientos más eficaces o necesarios, y cómo enfocarlos

Por encontrar respuestas a lo que sucedía

Tenía algunos conocimientos sobre los trastornos neurodivergentes, y tenía ligeras sospechas. Con el proceso de evaluación de mi hijo y las explicaciones que me dieron me encajaron muchas cosas

Se activó un protocolo en el cual después de la derivación a Neuropediatría le vieron otros especialistas como otorrinolaringología, equipo de salud mental, pruebas (TAC, electroencefalograma, pruebas genéticas...) En la guardería y colegio seguimiento por EOEP, CADEX (Grado de discapacidad), SEPAD (Grado de dependencia), derivación a atención temprana, colegio ordinario con aula TEA.

DIAGNOSTICO MUY LENTO

Porque no daban con la tecla y aún no sé si alguien lo hecho

Se realizaron todas las pruebas necesarias

Porque nos lo dieron ayer y la niña tiene ya 8 años

El diagnóstico fue rápido, pero la atención temprana pública en Cataluña es muy deficiente.

Es mi segundo hijo autista, familia con autistas adultos, sabemos detectar y estimular el autismo desde que nacen (teniendo en cuenta que cada cerebro va a evolucionar de forma distinta), una vez desarrollado a su franja evolutiva (en cait desde los 12 meses), los profes y mucho sector médico niega un trastorno neurobiológico por visitas de 10 minutos, y los profes, porque con 3 años va bien, pero no llegan a comprender que el autismo genera ansiedad, y que tratar a alguien como típico sin serlo destroza la salud mental, hay que concienciar de que los trastornos neurobiológicos ya no don el kanner q se tortea y hace mmmmm sin mirar, abarca ansiedad, rigidez cognitiva, que por no verla a simple vista no se puede obviar.

Se detectó a una edad muy temprana

El proceso es demasiado largo, la atención temprana es muy importante y el tiempo que tarda crecovi en valorar es demasiado. Lo cual genera mucha angustia.

Hubo mucha mejoría

Tenemos más claro cómo actuar con el

Falta de respuesta

Fue complicado y con poca ayuda de los servicios públicos porque mi hijo presenta otras patologías además del TEA

N/a

Es lento y costoso

Porque tuve que insistir mucho al pediatra del Centro de Salud para que derivara al niño al neurólogo (cinco meses tardó en hacer la derivación)

A partir del diagnóstico contactamos con una terapeuta para que nos asesorara y trabajase con ella y buscamos un colegio específico para sus necesidades

Para poder saber que le sucedía a mi hija y empezar a trabajar en sus dificultades.

Porque ya tenemos herramientas para tratar con él.

Diagnóstico erróneo

Por lo mencionado antes no se mojan al poner en la evaluación que tu hijo tiene autismo y tienes que conseguir que un profesional te lo ponga para conseguir las ayudas que se necesitan, dentro del colegio.

Los profesionales lo veían siempre dentro del rango de “dale tiempo” y tuve que insistir mucho y esperar a los 2.5 años para que me derivaran

Primero es una síndrome que no saben decir de donde viene ni por qué ! A mí me han dicho que mi hijo no irá hablar nunca, yo estuve anímicamente destrozada hasta pastillas tomo hasta hoy . Aún me siento perdida en relación ao futuro de mi hijo, es algo que las madres nos preocupa aún que nos digan que vivamos el presente.

Tuvimos buen asesoramiento, rapidez en la primera consulta con respuesta inmediata, a día de hoy estamos a la espera de los resultados de un análisis genético que se le realizó hace casi dos meses.

Aún estamos liados

Poca información

Se ha conseguido una terapia adecuada a sus características

Es cierto que el desconocimiento de lo que le pasa al niño hace que cueste encontrar el camino correcto pero una vez encontrado de hace todo obvió.

Desde el primer momento se detectó.

Para las ayudas y necesidades educativas de mi hijo

La evaluación y el diagnóstico del EOT fue muy exhaustivo y completo. El neurólogo se basó en la entrevista y el M-Chat

Porque han podido tratarle correctamente y ha avanzado muchísimo

Porque nos ha facilitado entender muchas cosas

Consideramos que el diagnóstico debe ser evaluado por gabinete compuesto por cuantas más ramas profesionales mejor: psicólogo@, logopeda@, terapeuta ocupacional, psicopedagogo@, neuropediatra, trabajador/a social...

Respuestas de los familiares en el ítem 7:

Si

No

si

Sí

No, nosotros nos pusimos en marcha. La atención temprana con lista de espera de dos años
Totalmente, gracias a eso se ha podido trabajar todos los ámbitos de manera temprana
Estamos en ello...

Si porque rápidamente se tomaron medidas terapéuticas

No especialmente

El médico en absoluto. Al menos durante los primeros años. Con la aparición del programa
AmiTea en el Hospital Gregorio Marañón la cosa afortunadamente cambió radicalmente.
Equipo al que estoy muy agradecida por el tratamiento humano y atención especializada que
siempre nos han dado a toda la familia y la cobertura ofrecida y que sigue a día de hoy. Desde
el punto de vista psicoeducativo se han cubierto bastantes necesidades, hemos dado en líneas
generales con buenos profesionales. También algún punto negro, pero en líneas generales la
balanza se inclina más hacia el lado positivo

Si, puede acceder a las terapias de un centro privado específico

Sí a la hora de poner nombre y centrarse en algo

Igual que la anterior

NO, pero si ayuda a buscar las más recomendables en cada caso

No porque al principio las necesidades son muy grandes y los apoyos escasos

Ligeramente, empezamos hace 5 meses con habilidades sociales y terapia, y notamos algunos
cambios, pero todavía es pronto. Son cada 15 días.

IGUALMENTE ES TODO MUY LENTO

No del todo

Tras el diagnóstico, hemos buscado las ayudas necesarias privadas para mejorar su
comunicación primero y después las habilidades sociales.

Acabamos de recibirlo, antes tenía un diagnóstico de TEL

No.

Me ha ayudado a mí, como madre, a saber dónde estoy, por qué luchar, a saberlos escuchar y
entender y a no quedarme con los: aquí se porta bien, como uno más, igual de normal de
todos... A buscar una buena asociación que me ayude a cambiar al círculo de personas que
rodea a mis hijos (no a cambiarles a ellos, que son los trastornados... Como ya escuché)

Al hacer el diagnóstico primeramente en un centro privado si que ha ayudado para empezar a
trabajar esos aspectos.

Autonomía

Si

Poca

En proceso

No. Acudimos a una asociación (Aleph) donde nos dieron las herramientas necesarias

A partir del diagnóstico todo fue más fácil porque ya sabíamos, más o menos, como actuar y el colegio nos ayuda mucho en las necesidades de nuestra hija

Si, completamente.

Sí, estamos trabajando con él en sus puntos más débiles.

El saber que mi hijo tiene TEA nos ha ayudado a trabajar con él de manera activa en sus terapias para conseguir sacar su máximo potencial.

El diagnóstico en sí solo ha servido para que sepamos que él tiene TEA. Lo que realmente viene bien es el trabajo que hacen en el cole y en los centros de la comunidad de Madrid que apoya a estos niños. Que por cierto las ayudas son hasta los 6 años siendo que un niño con TEA la lleva para toda la vida. Eso es una de las cosas que las madres no entendemos y desde luego perjudica el niño que está avanzando con esas terapias sumamente importantes para ellos.

Si, ayudado en todos los aspectos en general como atención, comunicación, lenguaje, socialización (aunque sigue siendo lo que más le cuesta)

Si, más o menos. Estamos trabajando.

A cubrirlas no, pero si a ayudarle a ir mejorando

No. Han dado una etiqueta diagnóstica. Hace falta una intervención multidisciplinar, coordinada y basada en la evidencia. Los centros de Atención Temprana no cubren esta necesidad de intervención en profundidad en absoluto

Si perfectamente

Estamos en ello

Si, aunque hay muchas carencias aún, porque no se cubre todo lo que esa persona necesita

Fue un primer paso

Respuestas de los familiares en el ítem 8:

4 años

2 años cuando nos dijeron síntomas TEA y casi 6 años el diagnóstico

3 casi 4 años

tres años

4 años y el curso recién empezado

2 años y 9 meses

7 años

5 años

22 meses

1 año y medio

6años

11

18/24 meses

4 AÑOS

2 - 3 años

27 meses

2 años.

Diagnóstico por neurología con 3 años 1 mes.

los primeros síntomas se detectaron a los 18 meses, el diagnóstico definitivo fue a los 5 años.

Dos. Años

6

31 meses y 28 meses

Tres años

cuatro años

Cuatro años

3 años y medio

18 meses

9

12

3 años

Respuestas de los familiares en el ítem 13:

Nada

Más rapidez

Del diagnóstico clínico del neurólogo ha habido seguimiento y orientación, muy escasa porque es anual. Del diagnóstico del equipo específico decir que fue seco, aséptico, y sin apenas empatía ninguna.

La rapidez y la coordinación de los distintos profesionales que intervienen en la evaluación

Que sea mucho más rápido el proceso de todo

En mi caso como desde un principio nos dijeron que era síntomas TEA y trabajamos en todos los aspectos como si tuviéramos diagnóstico, y luego al valorarle para pasar a primaria nos dieron el diagnóstico.

En mi caso creo que nada, actualmente cambiaría los tiempos y las listas de espera.

Un mejor y mayor acceso a los recursos públicos especializados (AMITEA, EEAGD, ..)

Deberían conocer más a los peques y hacer un seguimiento más continuo.

La humanización en el caso de los neurólogos (que fue quien nos dio el diagnóstico primero a nosotros). No están en un laboratorio. Están con personas. Y con familias que están en proceso de duelo.

Al tener diagnóstico privado no sirve para nada, y los de la seguridad social no están formados ni capacitados para pasar los test diagnósticos tea.

Los ejemplos fueran concretos y comparados con lo que se considera normal.

Que las revisiones del pediatra lo mirarán y lo podrían haber detectado ellos

Asistencia para pacientes y familiares.

No se

La agilidad, en algunos casos, y que sea de manera gratuita

La coordinación entre educación, sanidad y atención temprana

Nada, creo que fue bien, y la persona que lo realizó muy experta y profesional.

Que nos crean a los padres cuando decimos a su pediatra o en la guardería que el niño no tiene una evolución adecuada a su edad más ciertos signos de autismo que vemos la familia

EL TIEMPO HASTA QUE DEFINITIVAMENTE EL DIAGNOSTICO PASA DE TGD A TEA

El conocimiento de los profesionales

El mejor conocimiento de TEA por parte de pediatra ya que un diagnóstico precoz es primordial

La rapidez y falta de escucha de algunos profesionales a las familias.

Las visitas eran de 40 minutos a la semana, por lo que se necesitaron 4 meses de idas y venidas para cerrar el diagnóstico.

Cerrar diagnóstico antes, desde que sale derivado de atención temprana, todos sabemos que los niños cambian, pero no zanjar ni dar 1 nombre a los padres es muy desconcertante, traumático y va en detrimento de los niños, porque hay muchos comportamientos que no son conductuales de rabietas, son crisis, y hay que saberlas detectar y adaptarle el mundo desde mucho antes.

No estoy capacitada para dar una respuesta

Sin duda la espera hasta que se hace la valoración y llega el diagnóstico.

Que hubiese más profesionales y conocimiento sobre las personas con TEA, más preparación en el colegio, integración con los compañeros.

Diagnóstico más concreto

Todo

Todo

Tiempos

Superó las expectativas

Humanidad

Pues que el departamento de orientación de la comunidad de Madrid no quería valorarla y sólo cuando entregamos el diagnóstico del centro privado la valoraron. Los servicios públicos son muy lentos.

El servicio de atención temprana fue muy atrevido en dar un diagnóstico en la primera consulta y posteriormente nos cambiaron el diagnóstico 4 veces hasta volver a decir que era Tea.

Quizá que fuera más dilatado en el tiempo. Siempre te quedan dudas de si con una visita al centro del equipo basta.

La tardanza y mejores métodos de diagnóstico

Todo, cada vez hay más niños que necesitan un diagnóstico para poder empezar con la atención temprana, y si no tienes dinero tienes que esperar que pase el tiempo para que venga la seguridad social a hacerlo y ese tiempo es oro para nuestros peques.

¡No hablaba nada, y hoy repite cosas!

La lista de espera de un año y medio para la prueba genética.

Más rapidez y más compromisos.

Más test, más información más tipos de terapias personalizadas

Debería haber en todos los colegios orientadores especializados para reducir tiempos. A nosotros personalmente psicólogos privados no nos diagnosticaron bien y perdimos tiempo con diagnósticos equivocado

En mi caso, nada

Que no tardaran tanto en el diagnóstico, así como burocracia

Que el pediatra oriente a las familias a iniciar todas las vías a la vez: neurólogo+ evaluación por parte del EAT

Ninguno

Que si hubiese más profesionales la demora sería mucho menos

Mayor profundidad y amplitud en las pruebas diagnósticas

Respuestas de los familiares en el ítem 14:

1 año

2 años

Nosotros decidimos con la escuela infantil su estancia un año más. Nosotros decidimos contravenir la indicación del equipo de orientación, porque el niño tenía un trastorno grave de alimentación. Recomendaban escolarización ordinaria y nosotros solicitamos educación especial en colegio específico de autismo.

4 años

1 año

Nada

Mi hijo actualmente sigue en su colegio ordinario con apoyos

Inmediato

Todo un curso escolar

3 años

15 días

Curso y medio, nos dieron el diagnóstico cuando ya no podíamos solicitar aula TEA para el curso siguiente

6 meses

Más de un año

En seguida le ha metido al aula tea des pues de diagnóstico

No se modificó la modalidad

El diagnostico nos lo entregaron en diciembre 2020 y el colegio todavía no se ha pronunciado. Se justifican en que no es oficial y estamos esperando que lo ratifiquen en la seguridad social. Estamos en lista de espera para Salud Mental. Ya tenemos cita para pruebas genéticas y electroencefalograma y visita con neurología para final de 2021.

6 / 12 meses

NO MUCHO

Siempre estudio en un colegio normal con plazas de integración

Estaba en guardería y fue inmediato

No ha dado tiempo

9 meses, pero sigue en escuela ordinaria, aunque ahora con plaza de necesidades especiales.

En este caso entró de guarde a cole ordinario con apoyos

Nunca ha estado en ninguno de esos servicios, de hecho, no tiene profesor de apoyo especializado NEE.

No ha sido está escolarizado en nueva modalidad, está en sula ordinaria.

Dos meses

Poco

N/a

Dos años

8 meses. Hasta que empezó otro curso escolar

La escolarización es un centro ordinario.

Unos meses.

Va a colegio ordinario

Nueve meses

2 meses

Casi 1 año

Empezó antes del diagnóstico, estando aún en estudio por sospecha TEA o retraso madurativo.

Él está en un cole ordinario desde antes de ser diagnosticado.

3 años y aún nada

Diagnóstico en abril - Incorporación nueva modalidad curso siguiente (5 meses)

Inmediatamente

Muy rápido. No sé si llegó a un mes. En el EAT nos derivaron a una escuela infantil con apoyos y experiencia con niños TEA

1 año

4 meses

Inmediato

Respuestas de los familiares en el ítem 16:

Logopedia una vez a la semana. ocio y tiempo libre 3 o 4 veces al mes.

Piscina y musicoterapia

Logopeda y psicóloga

Logopeda

Habilidades sociales e integración sensorial

En ocasiones acude a sesiones con un especialista en TEA

Psicoterapia, Logopedia y Terapia Ocupacional

Ahora mismo a ninguna. Ha tenido terapia conductual y psicoeducativa (a domicilio) durante años

Psicología: fomentamos el exteriorizar sentimientos Deporte adaptado a la discapacidad

Psicoterapia, Logopedia y Terapia ocupacional. Mi participación es en reuniones de seguimiento y para gestiones de coordinación

Fisioterapia y piscina adaptada

Deletrea en Madrid

Logopedia

Logopedia, pero desde el marzo de 2020 ya no hay ninguna terapia

Acude a Habilidades Sociales, Ocio adaptado, Multideporte adaptado, y además sesión individual semanal.

Integración sensorial y logopedia

Entrenamiento en habilidades sociales, emociones y conductas, control frustración, teoría de la mente, habilidades comunicativas

Logopedia e Integración Sensorial. Terapia ocupacional (Habilitación funcional) *Psicología lo hemos tenido que dejar por su alto coste (55€ 45 min)

HABILIDADES SOCIALES, EQUINOTERAPIA

Actualmente a consultas en a sanidad pública

En la actualidad no asiste.

Terapia en domicilio

Terapia ocupacional. La familia no está presente, está solo durante las sesiones con la terapeuta.

Pedagoga: participo en los juegos Psicóloga: trabajamos ansiedad por separación y hab.

Sociales. Fisioterapia: me enseña los masajes para hacerlos en casa

Logopeda especializada en TEA, y equino terapia.

Con terapeuta ocupacional en domicilio. Mi participación es activa durante toda la terapia ya que trabajamos las situaciones del día a día. Estamos en espera de atención temprana de la comunidad de Madrid.

Servicio social

Psicología con él y con los padres

Terapia para mis hijos

Terapia deportiva En integración, 2 veces por semana

Estimulación y logopeda

Psicología-logopedia-estimulación neurocognitivo

Apoyo en domicilio e integración sensorial

Ahora, con la pandemia no tiene actividades, antes tenia terapia equina, piscina, fisioterapia

Semanalmente a pedagogía (talleres de habilidades sociales) y logopedia.

Psicomotricidad, Psicoterapia y Logopedia.

Equinoterapia

Deletrea

Centro de atención temprana: Terapia orientada a la familia, lenguaje natural asistido con tablero en su Tablet.

Psicología, logopeda y terapia ocupacional, pero los va a tener hasta junio el último mes porque la comunidad cubre los gastos solo hasta esa edad.

No acude a terapia externa.

Logopeda en el cole y privado, PT en el cole y privado.

Logopedia, reeducación pedagógica. No participamos

Terapia adaptada a TEA y TEL (sobre todo lenguaje)

Acude a psicología y logopedia

Sobre todo, hacer hincapié en las Relaciones sociales

Logopeda, psicólogo

Hemos acudido a Logopedia, Integración Sensorial, Psicólogo. En Logopeda y Psicólogo implican a los familiares para generalizarlo a la vida cotidiana en el domicilio

Terapia musical

Grupo sociabilización y psicopedagoga

Psicología, hacen muy poco participe de la familia

Logopedia. Referencias después de cada sesión

Respuestas de los familiares en el ítem 17:

No

Nada

Mi hijo ahora tiene 13 años. Hay pocos servicios de orientación para la adolescencia y la etapa después de la escolarización.

No, todo está muy completo

Si, la atención temprana debería ampliar la edad y no dejar de ser atendido a los 6 años. Y por supuesto abrir abanico de terapias para cada caso...sota caballo y rey no va para todos igual...hay muchas necesidades que un logopeda no puede cubrir.

Mejorar la coordinación entre los equipos de orientación; aumentar la formación específica en TEA de los profesionales de la educación y los medios para acceso a los apoyos.

Las personas con TEA severo (como es nuestro caso) no tienen lenguaje en muchos casos y tienen severas dificultades de comunicación en numerosas ocasiones. El resto no tenemos esos problemas. No se lo pongamos más difícil. No son cosas ni plantas. Empatizamos con ellos y hablemos con ellos. Algo queda. Yo hablo mucho con mi hija, estoy segura de que no me entiende, pero sí entiende el tono, el cariño y el afecto. Gracias por dedicar tu tiempo a personas como mi hija. Lamentablemente hacen falta muchas.

Reconocimiento estatal que valide el diagnóstico privado, el TEA está abocado a la salud privada, y luego reprochado porque nos han "colado o vendido* un diagnóstico porque las empresas buscan clientes... Y mientras, los autistas sin atender. Si la seguridad social se hiciese cargo y tuviera formación de calidad no nos excluirían a lo privado

Gracias, por seguir estudiando estos temas.

No se

Falta de recursos para padres.

Estamos buscando un centro para mi hijo seguir teniendo la terapia

La formación de algunos de los especialistas en todo el periplo, ya que en ocasiones la información que facilitan o es escasa o es falsa.

El tiempo en lista de espera para empezar la atención temprana.

Que siento vergüenza por cómo se gestiona en Valencia, en la USMI donde en ocasiones no quisieron atender a mi hijo porque ya iba a un profesional privado, y vergüenza de los colegios que no quieren ni oír a los padres, que se quejan de los niños, y que cuando aportas un diagnóstico y les roca a ellos poner de su parte en el colegio y hacer las adaptaciones que se merece el menor, te digan que ese diagnóstico no les vale para nada. Suman desesperación a las familias.

Los centros escolares no están adaptados lo suficiente para personas con TEA, en aula ordinaria, peor. No hay información y concienciación al alumnado y lo más grave, falta de conocimiento y empatía por parte del profesorado de aula ordinaria. La escasa ayuda que les dan para terapia, 2 días a la semana 40 min cada sesión (CADEX)

NADA MAS

Su pero experiencia el primer colegio "de monjas"

La terapeuta del hermano vio signos de TEA en ella con dos años. El diagnóstico ha llegado con 8 años

El pésimo servicio de atención temprana público. Una vez que tienes el diagnóstico, las visitas son todas de mero seguimiento, no terapéuticas.

Mayor formación de la mano de adultos autistas, de adultos autistas no hablantes, de autismo en mujeres, luchad por un diagnóstico temprano, luchan por cambiar la presentación de lo que se entiende como autismo (la gente sigue pensando en kanner,) y conciencia en planificar apoyos conductuales positivos desde que salen de la uat al cait

La falta de recursos, de orientación y de equipos multidisciplinares a partir de los 6 años, en la salud pública. La falta de recursos, profesionales y de formación a los docentes en Educación. La no aplicación de las leyes y los Convenios internacionales en materia de educación, por falta de dotación presupuestaria. La falta de empatía de muchos profesionales en todos los ámbitos hacia las familias de personas con TEA y hacia ellos mismos. La insensibilidad de las administraciones públicas hacia el colectivo de personas con TEA y sus familias, cuando se les solicitan recursos para poder defender sus derechos, como personas de pleno Derecho. El tener que acudir a los tribunales, para defender los derechos de las personas con diversidad funcional, por qué las administraciones públicas son incapaces de cumplir con lo que ellos mismos legislan en cuanto a los derechos de esas mismas personas, lo cual representa una clara discriminación hacia las personas de ese colectivo. En definitiva, un largo etc.... de cuestiones que impiden una verdadera y efectiva inclusión del colectivo de personas con diversidad funcional.

Particularmente me gustaría que los chicos se graduarán igual que sus compañeros ya que son chicos muy inteligentes.

Que no se puede concretar un diagnóstico exacto de la variante

Mejora la respuesta a los padres

Se tienen muy poco en cuenta incluso hoy día, las comorbidades en el TEA y son de suma importancia para el agradecimiento o mejora de la sintomatología asociada

Las familias con niños TEA estamos abandonados en todos los aspectos, solamente ámbito privado la SS. no aporta recursos para estos casos

Importancia de las terapias con personal especializado en TEA, nuestra experiencia en Atención Temprana con personal genérico no fue efectiva.

No.

El TEA y sus terapias tendrían que entrar en el servicio de salud estatal. Es una vergüenza que todo sea por privado.

Nada más

Quiero dejar claro que estoy agradecida con el apoyo de todos los profesionales que están ayudando a mi niño. Se que él precisa de más ayuda y que los padres estamos siempre preocupados con el día de mañana, pero si vosotros podéis pedir o proponer más ayudas de especialista para nuestros niños sería todo un detalle. Muchas gracias por la oportunidad de decir lo que pensamos.

No.

Mi hijo va avanzando a pasos agigantados, es de altas capacidades y eso le está ayudando mucho. Ya hemos superado el ruido de la batidora, el taladro, el secador y alguno más y ahora en proceso de superar los aplausos y los fuegos artificiales.

Terapias enfocadas a cada necesidad personal

Necesitamos Centros de Atención Temprana especializados. Que sepan trabajar específicamente con TEA desde del inicio y que haya una supervisión de estos centros. Que pidan opinión a la familia frecuentemente y hagan inspecciones, para que sepan cómo funcionan los centros concertados y no dejarnos a las familias "abandonadas" en ellos sin saber si la metodología que están utilizando es la más adecuada y está basada en la evidencia.

Subvención de terapias

Es muy necesaria una profesionalización muy amplia en las evaluaciones, y hoy por hoy se percibe que cualquiera con titulación las puede hacer

Anexo XIII: registro de respuestas obtenidas por parte de los familiares

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17
Sujeto 1	1	3	3	3	P-N	4	si	2 años	6 meses	2-3 meses	2-3	1	No	1 año	P-6 meses	T. musical	no
Sujeto 2	Hermano	3	4	1	P	3	si	16 meses	6 meses	1 mes	5-6	4	*1	4 años	N-6 meses TE-6 meses	Piscina Musicoterapia	no
Sujeto 3	2	4	4	2	A. T.	3	no	2 años y medio	1 mes	1 semana	5	4	*1	1 año	P- 1 año N- 6 meses PS y TE	Integración sensorial y logopedia	tiempo
Sujeto 4	1	3	2	2	PS	1	si	6 años	1 año	1 semana	4	4	N/S	meses	PS y TE- semanal	—	no
Sujeto 5	1	3	2	2	A.T.	1	no	4 años	1 año	2 meses	5	*2	—	—	PS y TE- semanal	Equinoterapia	no
Sujeto 6	9	3	2	3	P	3	no	5 años	4 años	3-4 meses	5	4	—	—	PS y TE- semanal	Equinoterapia y Terapia especializada	*3
Sujeto 7	2	3	2	1	P	3	si	2 años	6 meses	1 día	5	1	*4	—	N- 6 meses TE- semanal	Habilidades sociales y logopedia	*5
Sujeto 8	1	5	2/6	2	Centro privado y CEIAP	3	—	12 años	6 meses	1 mes	1-6	3	nada	1 año	N-3 meses Ps y T- semanal	Habilidades sociales y psicoterapia	no
Sujeto 9	1	4	5	2	EE	2	no	2 años y medio	6 meses	1 día	3-5	1-4	*6	1 año	N- anual TE- semanal	Logopedia y ocio adaptado	*7
Sujeto 10	1	6	7	3	A.T.	4	si	3 años	1 mes	1 día	1	3	nada	1 año	Ps- mensual	Habilidades sociales	no
Sujeto 11	1	2	3	2	P	2	no	1 año y medio	6 meses	1 día	2	2	asistencia	más de 1 año	N- 6 meses Psicoterapia y TE- semanal	Logopedia	Falta recursos para los padres
Sujeto 12	1	3	2	1	Orient y Ps	3	—	4 años	1 año	1 día	AMITEA	1	*1	1 año	N- 6 meses Ps- mensual TE- semanal	Logopedia y Ps	no
Sujeto 13	1	3	3	1	P	3	si	3 años	1 mes	1 día	3	1	Nada	1 año	P- mensual	Fisio y piscina	no

															N- anual TE- semanal		
Sujeto 14	1	3	3	1	P	3	si	18/24 meses	1 año	1 semana	3-4-6	3	*8	6-12 meses	N- anual Ps- 3 meses TE- semanal	Logopedia, terapia ocupacional y Ps	Falta informac. y coordin.
Sujeto 15	2	5	4	1	CM	3	si	9 meses	2 meses	1 mes	5	4	*1	5 meses	TE- semanal	Logopedia	no
Sujeto 16	1	5	4	3	PE	3	si	6 meses	6 meses	1 semana	2-4-3	1	*2	1 año	N- 6 meses Ps- semanal	Ps	*1
Sujeto 17	1	2	3	1	P	3	si	4 años	1 año	—	4-5	4	tiempo	meses	P- anual TE- semanal	Ps y logopedia	no
Sujeto 18	1	5	3	1	Hospital	4	si	27 meses	< 1 mes	15 días	1	3	*9	—	P- anual	—	no
Sujeto 19	1/2	2	3	1	P	2	poca	31 meses 28 meses	1 año	6 meses	3	1-6	todo	poco	P- 8 meses Ne- 6 meses TE- semanal	Terapia	Mejor respuesta a los padres
Sujeto 20	2	2	2	1	P-Ne	2	no	18 meses	1 año	1 día	3	1	+ test y + inform.	3 años y aún nada	P- 3 meses TE- semanal	Logopedia	TE
Sujeto 21	1	3	3	3	Situación médica	3	no	6 años	3 meses	15 días	6	1-6	*1	no	P- 3 meses Ne- 3 meses Ps- 3 meses TE- semanal	Habilidades sociales, ocio y deporte	formación
Sujeto 22	2	2	3	2	*5	2	si	2 años	6 meses	15 días	5-6	6	tiempo	no	Ne- anual	Terapia ocupacional	no
Sujeto 23	1	3	2	3	Dpto orientac.	3	si	3 años	6 meses	1 mes	2-3-4-5	4	tiempo	no	P- 6 meses Ne- anual TE- semanal	Habilidades sociales e int. sesnsorial	*11
Sujeto 24	2	3	3	2	*12	2	si	5 años	> 1 año	1 mes	5	4	—	18 meses	P- 3 meses Ps- 6 meses Ne- 6 meses TE- semanal	Psicoterapia, Terapia ocupacional y logopedia	—
Sujeto 25	1	3	4	2	Dpto orientac.	3	si	8 años	1 año	1 mes	4-5	4-5	*2	1 año	P- 6 meses Ne- 3 meses Ps y TE semanal	Psicología y logopedia	no
Sujeto 26	1	3	3	1	P	3	si	2 años	6 meses	1 mes	3-4	1	*1	4 meses	P- 6 meses Ne- 6 meses TE- semanal	Psicoterapia	Subvención terapias
Sujeto 27	1	2	2	1	P	2	si	4 años	1 año	1 día	1-4	3	*1	no	TE- semanal	Logopedia y PT	—

Sujeto 28	1	3	5	1	P	1	no	2 años	1 año y medio	—	6	1	todo	2 años	P- 6 meses Ne- 6 meses Ps- 3 meses TE- semanal	Terapia deportiva	Comorbilidades
Sujeto 29	2	3	5	1	Iridia	4	si	3 años	1 año	<1 mes	3-4-5-6	6	*13	8 meses	Ne-6 meses	Equinoterapia, piscina y fisio	no
Sujeto 30	2	6	5	1	*14	1	*15	2 años y 9 meses	1 año y medio	Varios meses	2-3-5-6	1	*16	3 años	P- 6 meses Ne- anual Ps- 6 meses	Terapia conductual y sicoeducativa	*17
Sujeto 31	1	2	2	1	P	1	si	3 años y un mes	2 años	5 meses	UAT Sevilla	1-2	*18	—	P- 3 meses Ne 6 meses Ps- semanal TE- semanal	Pedagoga, psicóloga (HHSS) y fisioterapia	*19
Sujeto 32	2	3	2	1	P	1	si	7 años	4años	1 mes	6	3-6	foformación	15 días	P- 6 meses Ps- semanal TE- semanal	Psicología y deporte adaptado	*20
Sujeto 33	1	4	2	1	*21	3	no	11 años	8 años	6 semanas	Neurosicologa privada	3	nada	*22	Ne- 6 meses Ps- semanal TE- semanal	Habilidades sociales, emociones, conducta, comunicación	*23
Sujeto 34	2	2	2	3	*24	3	si	3 años	6 meses	2-3 días	1	3	Lista de espera	Empezó antes	P- anual Ps- anual	—	no
Sujeto 35	1	7	7	1	A.T.	3	si	3 años	<1 mes	2-3 días	2-3-7	2-4	Acceso recursos	inmediato	—	—	*25
Sujeto 36	1	5	4	3	*26	3	si	2 años	1 mes	1 mes	1-3-4	3	*27	2 meses	P-anual Ps- anual	Servicios sociales	no
Sujeto 37	1	4	2	1	asociación	2	ler paso	3 años	2 meses	1 día	Asoc BATA	6	Profundidad y amplitud	inmediato	Ne-anual Ps-anual TE-semanal	Logopedia	*28
Sujeto 38	2	3	3	3	*29	2	no	4 años	1 año	15 días	5	4	*30	Todo el curso	P-mes Ne-6 meses Ps-semanal TE- semanal	Psicoterapia, terapia Logopedia y terapia ocupacional	no
Sujeto 39	1	3	4	1	*31	2	*32	3 años y medio	3 meses	4 meses	3-5	1-2	—	1 año	P-6 meses Ne-anual Ps-semanal TE-semanal	Psicoterapia y Logopedia y terapia ocupacional	*33

Sujeto 40	1-2	3	4	1	*34	2	no	2 años	6 meses	1 mes	3	6	Humanidad	2 años	P-anual TE-semanal	Apoyo en domicilio e integración sensorial	no
Sujeto 41	1-2	3	3	1	P	1	—	8 años	>6 años	—	2	6	*1	No ha dado tiempo	P-anual TE-semanal	Terapia en domicilio	no
Sujeto 42	1	3	4	2	P-AT	3	si	6 años	2 años	1 mes	5	4	tiempo	2 años	P-anual Ps-semanal TE-semanal	Logopeda y psicólogo	no
Sujeto 43	1	3	4	2	Dpto orientac	2	no	3 años	1 año	1 mes	5	1	—	1 año	P-mensual Ne-3 meses Ps-semanal TE-semanal	Psicóloga. Logopedia, Estimulación neurocognitiva	recursos
Sujeto 44	1	2	4	1	*35	4	En proceso	2 años	6 meses	2 meses	3-5	1-4	Tiempo	—	TE-semanal	Estimulación y logopedia	no
Sujeto 45	1	3	3	1	*36	2	si	4 años	3 meses	2 meses	6	4	Todo	9 meses	P-6 meses TE-semanal	Ddeletrea	no
Sujeto 46	1	3	3	1	AT	3	si	6 años	3-4 años	2-3 días	5	4	Tiempo	nada	Ne-anual TE-semanal	Logopedia	no
Sujeto 47	1	2	2	1	*37	2	si	3 años	9 meses	1 día	5	3	+ rapidez	2 meses	TE-semanal	AT-lenguaje	no
Sujeto 48	1	3	4	1	P	3	no	22 meses	3 meses	1 día	3	1	revisiones	6 meses	P-6 meses Ne-6 meses Ps-semanal TE-semanal	Deletrea	no
Sujeto 49	1	7	7	1	colegio	2	no	2-3 años	6	—	1-2-3-4-5-6-7	4	conocimiento	—	P-3 meses Ps-3 meses	P-Ps	no
Sujeto 50	1	2	2	3	P	2	no	2 años	6 meses	4 meses	1-3-5	3	tiempo	9 meses	NE- 6 meses Ps- mensual TE- semanal	Terapia ocupacional	Pésimo servicio AT
Sujeto 51	1	3	4	1	*38	3	no	2 años	3 meses	3 meses	5	4	Orientación pediatra	1 mes	P-3 meses Ne-anual Ps-semanal TE-semanal	Logopedia, integración sensorial y psicólogo	*39
Sujeto 52	1	3	5	1	P	2	no	4 años	2 años	1 mes	3	1	tiempo	—	P- anual Ne-anual Ps- 6 meses TE-semanal	Habilidades sociales y equinoterapia	no

Sujeto 53	11	6	7	1	*40	4	no	20 años	1 mes	2-3 días	1	3	Info familia	—	Ps- semanal Pe- semanal	*41	*42
Sujeto 54	2	7	9	1	P	3	si	2 años y medio	2 meses	1 día	1-2	3	*43	3 años	Ne- 3 meses Ps- 3 meses	Centro de día	*44

*1: rapidez y coordinación.

*2: tardanza y mejores métodos.

*3: la falta de recursos, de orientación y de equipos multidisciplinares a partir de los 6 años, en la salud pública. La falta de recursos, profesionales y de formación a los docentes en Educación. La no aplicación de las leyes y los Convenios internacionales en materia de educación, por falta de dotación presupuestaria. La falta de empatía de muchos profesionales en todos los ámbitos hacia las familias de personas con TEA y hacia ellos mismos. La insensibilidad de las administraciones públicas hacia el colectivo de personas con TEA y sus familias, cuando se les solicitan recursos para poder defender sus derechos, como personas de pleno Derecho. El tener que acudir a los tribunales, para defender los derechos de las personas con diversidad funcional, por qué las administraciones públicas son incapaces de cumplir con lo que ellos mismos legislan en cuanto a los derechos de esas mismas personas, lo cual representa una clara discriminación hacia las personas de ese colectivo. En definitiva, un largo etc.... de cuestiones que impiden una verdadera y efectiva inclusión del colectivo de personas con diversidad funcional.

*4: El servicio de atención temprana fue muy atrevido en dar un diagnóstico en la primera consulta y posteriormente nos cambiaron el diagnóstico 4 veces hasta volver a decir que era Tea.

*5: Importancia de las terapias con personal especializado en TEA, nuestra experiencia en Atención Temprana con personal genérico no fue efectiva.

*6: Del diagnóstico clínico del neurólogo ha habido seguimiento y orientación, muy escasa porque es anual. Del diagnóstico del equipo específico decir que fue seco, aséptico, y sin apenas empatía ninguna.

*7: Mi hijo ahora tiene 13 años. Hay pocos servicios de orientación para la adolescencia y la etapa después de la escolarización.

*8: Que nos crean a los padres cuando decimos a su pediatra o en la guardería que el niño no tiene una evolución adecuada a su edad más ciertos signos de autismo que vemos la familia.

*9: mejor conocimiento del TEA.

*10: Primero por consejo de la profe hicimos a la niña pruebas de oído y vista para descartar, como todo estaba correcto el siguiente paso fue acudir a un neurólogo el cual nos recomendó

una valoración. Valoramos a la niña en un centro privado con diagnóstico tea y un año después de la sospecha también fue valorada en crecovi con igual diagnóstico.

*11: Si, la atención temprana debería ampliar la edad y no dejar de ser atendido a los 6 años. Y por supuesto abrir abanico de terapias para cada caso...sota caballo y rey no va para todos igual...hay muchas necesidades que un logopeda no puede cubrir.

*12: En guardería, ya avisados por retraso en lenguaje, vieron que no evolucionaba al escolarizarla. Avisaron al equipo de atención temprana. Ellos hicieron primera evaluación y la petición de colegio (segundo ciclo de EI) y nos aconsejaron iniciar terapias con plaza privada. Desde el centro ALTEA nos explicaron resto de procesos a iniciar, diagnóstico por parte del CRECOVI y solicitud de necesidades de atención temprana. Tras varios nuevos diagnósticos, retraso del lenguaje, retraso global, desde el colegio se contactó con el equipo específico el cual acabó haciendo valoración y diagnóstico.

*13: Pues que el departamento de orientación de la comunidad de Madrid no quería valorarla y sólo cuando entregamos el diagnóstico del centro privado la valoraron. Los servicios públicos son muy lentos.

*14: Fue una dura "pelea" con la pediatra porque no veía nada raro en la niña. Tengo una hija mayor sin alteraciones del desarrollo y eran tan llamativas las conductas y forma de proceder de mi hija con autismo que no era preciso comparar. De hecho, no se trata de comparar. Se trata de que hay una serie de cosas que absolutamente todos los niños del mundo realizan en algún momento de su desarrollo y que mi hija no hacía. Por decirlo de un modo coloquial, mi hija parecía un poco "extraterrestre". Fue un suplente de la pediatra cuando esta estaba de vacaciones quien, finalmente, observó que efectivamente algo no iba bien en el desarrollo de mi hija Rebeca y derivó a la niña a Neuropediatría. Pruebas, pruebas, pruebas...perrerías, para finalmente decir que tenía autismo y que eso no tenía ni solución ni tratamiento (tal cual). Todo este proceso duró desde los 16 meses, momento en que empecé a observar cosas raras en la niña, hasta los dos años y medio largos. Tuve mucha suerte después pues contacté con un grupo de psicoterapeutas estupendo que nos orientaron y ayudaron mucho en el desarrollo, conocimiento y aprendizaje tanto de mi hija como en la adaptación nuestra (la familia) a la nueva situación. Fue el Equipo Iridia con quien tuvimos la suerte de dar (gracias a un compañero mío de trabajo, Luis, que me veía desolada y se acercó con mucha prudencia y cautela a mí para recomendármelos, pues él tenía un sobrino con autismo) y recuerdo perfectamente la atención recibida por los psicólogos que, en aquel entonces, nos atendieron, Rubén Palomo, Laura Velayos y Javier Tamarit. Nunca les estaré lo suficientemente agradecida por cómo consiguieron hacernos "ver el mundo con otras gafas" como me decía.

*15: El médico en absoluto. Al menos durante los primeros años. Con la aparición del programa AmiTea en el Hospital Gregorio Marañón la cosa afortunadamente cambió radicalmente. Equipo al que estoy muy agradecida por el tratamiento humano y atención especializada que siempre nos han dado a toda la familia y la cobertura ofrecida y que sigue a día de hoy. Desde el punto de vista psicoeducativo se han cubierto bastantes necesidades, hemos dado en líneas generales con buenos profesionales. También algún punto negro, pero en líneas generales la balanza se inclina más hacia el lado positivo.

*16: La humanización en el caso de los neurólogos (que fue quien nos dio el diagnóstico primero a nosotros). No están en un laboratorio. Están con personas. Y con familias que están en proceso de duelo.

*17: Las personas con TEA severo (como es nuestro caso) no tienen lenguaje en muchos casos y tienen severas dificultades de comunicación en numerosas ocasiones. El resto no tenemos esos problemas. No se lo pongamos más difícil. No son cosas ni plantas. Empatizamos con ellos y hablemos con ellos. Algo queda. Yo hablo mucho con mi hija, estoy segura de que no me entiende, pero sí entiende el tono, el cariño y el afecto. Gracias por dedicar tu tiempo a personas como mi hija. Lamentablemente hacen falta muchas.

*18: Cerrar diagnóstico antes, desde que sale derivado de atención temprana, todos sabemos que los niños cambian, pero no zanjar ni dar 1 nombre a los padres es muy desconcertante, traumático y va en detrimento de los niños, porque hay muchos comportamientos que no son conductuales de rabietas, son crisis, y hay que saberlas detectar y adaptarle el mundo desde mucho antes.

*19: Mayor formación de la mano de adultos autistas, de adultos autistas no hablantes, de autismo en mujeres, luchad por un diagnóstico temprano, luchado por cambiar la presentación de lo que se entiende como autismo (la gente sigue pensando en kanner,) y concienciación en planificar apoyos conductuales positivos desde que salen de la uat al cait

*20: Reconocimiento estatal que valide el diagnóstico privado, el TEA está abocado a la salud privada, y luego reprochado porque nos han "colado o vendido" un diagnóstico porque las empresas buscan clientes... Y mientras, los autistas sin atender. Si la seguridad social se hiciera cargo y tuviera formación de calidad no nos excluirían a lo privado

*21: Desde los 3 años, psicólogos privados, psiquiatra privado, psicólogos y psiquiatras de la seguridad social, otra vez psicólogos privados...hasta que cumplió 12 años y una Neuropsicóloga privada le hizo una evaluación en 5 sesiones y lo diagnosticó. Antes de esto, ningún profesional supo diagnosticarlo. Yo les indicaba sospechas, pero más bien de AACC

(todavía existe la duda de la doble excepcionalidad). Muchos años perdidos y muy poca profesionalidad, incluyendo al colegio (público).

*22: El diagnóstico nos lo entregaron en diciembre 2020 y el colegio todavía no se ha pronunciado. Se justifican en que no es oficial y estamos esperando que lo ratifiquen en la seguridad social. Estamos en lista de espera para Salud Mental. Ya tenemos cita para pruebas genéticas y electroencefalograma y visita con neurología para final de 2021.

*23: Que siento vergüenza por cómo se gestiona en Valencia, en la USMI donde en ocasiones no quisieron atender a mi hijo porque ya iba a un profesional privado, y vergüenza de los colegios que no quieren ni oír a los padres, que se quejan de los niños, y que cuando aportas un diagnóstico y les roca a ellos poner de su parte en el colegio y hacer las adaptaciones que se merece el menor, te digan que ese diagnóstico no les vale para nada. Suman desesperación a las familias.

*24: En primer lugar visitamos a su pediatra, que nos derivó a otro especialista y este a la USMI, donde después de dos estudios con diferencia de tres meses entre sí, le diagnostican TEA de alto funcionamiento, desde la primera visita y estando aún en estudio empieza en el centro CAIT y además logopeda y PT en el colegio desde el inicio del curso

*25: Mejorar la coordinación entre los equipos de orientación; aumentar la formación específica en TEA de los profesionales de la educación y los medios para acceso a los apoyos.

*26: Primero neurólogo, recomendaciones del médico, estudio gástrico, resonancia, electrosonograma, terapia conducta les, dieta libre de gluten y cafeína, vitaminoterapia, examen de metales pesados, se trabajó el método ABA.

*27: Que hubiese más profesionales y conocimiento sobre las personas con TEA, más preparación en los colegios, integración con los compañeros.

*28: Es muy necesaria una profesionalización muy amplia en las evaluaciones, y hoy por hoy se percibe que cualquiera con titulación las puede hacer

*29: La pediatra en una de las revisiones nos comentó que sospechaba de cierto retraso el lenguaje y nos dio un cuestionario que rellenamos. Lo comentamos en la Escuela Infantil y nos facilitó el teléfono del E.A.T y la valoraron: diagnóstico de retraso madurativo, pero no fue hasta 2 años más tarde cuando nos dieron el diagnóstico de TEA

*30: Deberían conocer más a los peques y hacer un seguimiento más continuo.

*31: Pedí para que la pediatra que lo derive el niño a la neuróloga, porque el niño ya tenía casi 2 años y medio y no hablaba nada. Tenía reacciones que yo no estaba acostumbrada y que no sabía conducirlas. La pediatra tardó más de seis meses en enviarlo a un especialista. Cuando la neuróloga lo vi, nos hizo preguntas y tardo otros dos meses en darnos el diagnóstico. Ella a hecho pruebas e muchas preguntas sobre él.

*32: El diagnóstico en sí solo a servido para que sepamos que él tiene TEA. Lo que realmente viene bien es el trabajo que hacen en el cole y en los centros de la comunidad de Madrid que apoya a estos niños. Que por cierto las ayudas son hasta los 6 años siendo que un niño con TEA la lleva para toda la vida. Eso es una de las cosas que lá madres no entendemos y desde luego perjudica el niño que está avanzando con esas terapias sumamente importantes para ellos.

*33: Sé que él precisa de más ayuda y que los padres estamos siempre preocupados con el día de mañana, pero si vosotros podéis pedir o proponer más ayudas de especialista para nuestros niños sería todo un detalle. Muchas gracias por la oportunidad de decir lo que pensamos.

*34: Acudí al pediatra del Centro de Salud que derivó al niño al neurólogo. Le hicieron las pruebas de rutina (cario tipo, electroencefalograma de vigilia y sueño nocturno y resonancia magnética). Al salir todas las pruebas con un resultado “normal” nos dieron el diagnóstico de autismo. Desde acudí a Atención Temprana de la zona desde donde nos derivaron al Centro Base, a Terapia en un centro de atención temprana y a una escuela infantil con apoyos.

*35: Con 1 año vimos que no quería nada sólido, decía mamá, pero de la noche al día dejo de no comunicar ni eso, le llamábamos y no respondía ni se giraba a mirarnos, tampoco gateo. Nos dirigimos a pediatría de la seguridad Social y nos decían que cada niño llevaba un ritmo, que le diéramos tiempo.... como es el pequeño de tres hermanos, no dudábamos que algo no era normal, aun que el niño si demuestra empatía, no juega con sus hermanos y tiende un poco de rechazo con su padre que por trabajo no está muchas horas con el a diario, eso ya ha mejorado bastante ahora tienen sus horas al día y la relación va muy bien. Nos fuimos al seguro médico privado en HM Madrid Montepincipe y la pediatra nos derivó al observarle al niño al Neurólogo...le realizaron escáner cerebral, audiometría, analítica del X frágil y resonancia con contraste; los resultados estaban bien. Ya en escuela infantil en el colegio Edith Stein de 2 a 3 años nos comunicaron que la Comunidad de Madrid le evaluaría y que nos dirigiéramos a los organismos correspondientes, Crecovi, etc... Ya una vez evaluado ya le etiquetaron como autista de alto grado (no sabemos si porque era precoz dar una valoración a esas edades o porque realmente es así), lleva en terapia por privado en Centro Altea en calle Arganda de Madrid desde los 2 años en estimulación y logopeda. Ahora este año en el 2021 (6 años) le

han dado plaza en la Comunidad de Madrid en el Centro de atención temprana ANAYET en calle Atocha de Madrid con las mismas terapias Logopeda y estimulación. En el colegio que está cursando Mateo tienen aula TEA ya que es un Colegio preferente. Hemos visto mucho avance y lo que era un túnel sin salida, al final con las herramientas y todos a la par el niño ha mejorado mucho.

*36: Le llevé a un sitio donde me le valoraron previo pago, nunca nos dieron el diagnóstico de autismo sino el de rasgos TEA. Ahora cuatro años más tarde sé que es lo mismo. Tras eso tuve que luchar con toda la burocracia para conseguir los apoyos que Carlos necesitaba en el cole porque ya habíamos empezado con las terapias por privado. Una vez lo obtuvimos todo fue rodado por suerte.

*37: Al ver signos de alarma se lo comenté a la psicóloga de la escuela infantil a los 16 meses. Estuvo en observación y con 2.5 años a mi insistencia nos hizo recomendación para la derivación a la AT. Seguimos el proceso por la SS, con 34 meses empezó en el centro de atención temprana y con 3 años y 1 mes le hicieron la evaluación y nos dieron el diagnóstico.

*38: Primero se lo comunicamos al pediatra, al que le solicitamos derivación a Otorrinolaringología para descartar problema auditivo y a neurología para evaluación y diagnóstico. A la vez contactamos con el Equipo de Orientación Temprana que le evaluó

*39: Necesitamos Centros de Atención Temprana especializados. Que sepan trabajar específicamente con TEA desde del inicio y que haya una supervisión de estos centros. Que pidan opinión a la familia frecuentemente y hagan inspecciones, para que sepan cómo funcionan los centros concertados y no dejarnos a las familias "abandonadas" en ellos sin saber si la metodología que están utilizando es la más adecuada y está basada en la evidencia.

*40: Con un psicólogo especialista en relaciones sociales. Ya que pensaba que mi problema era de socialización, al tener 20 años y no poder contestar a lo que otros me preguntaban, no sabía si quieres que era el autismo

*41: Hago terapia con un perro especializado en ansiedad y autismo. Voy yo sola. Solo he ido un día, pero calma al instante un ataque de ansiedad tan solo abrazando me y acurrucándose a mí. Ese ataque no estaba planificado, sucedió por un ruido muy fuerte en la calle, la ventana estaba abierta

*42: La forma de tratarnos no es pensando que no sabemos hacer nada, sino tratarnos como a cualquier humano, tan solo siguiendo nuestras dificultades, evitándolas y si suceden ayudándonos.

*43: Durante la comunicación diagnóstica que los padres pudieran hacer todo tipo de preguntas, que hubiera más cercanía y empatía con los padres, ya que está pasando por un momento de gran impacto emocional. También que le dieran orientaciones claras de qué hacer a partir de ese momento.

*44: Que durante el diagnóstico se hable de la gran variabilidad del TEA y que se concreten las características particulares del hijo/a con TEA que hagan que los padres entiendan mejor a su hijo y acepte el diagnóstico. También es importante que se preste atención a las emociones de los padres, ya que el proceso diagnóstico produce un gran impacto emocional en las familias, pasan por un duelo en el que hay muchas emociones diferentes: tristeza, rabia, negación...y es muy importante llegar a la aceptación para poder iniciar la búsqueda de recursos y la intervención. Además, las familias necesitamos herramientas y estrategias que nos ayuden a relacionarnos adecuadamente con nuestros hijos con el fin de crear oportunidades en el hogar que permitan un mejor desarrollo y mejora de la calidad de vida.

Anexo XIV: registro de los profesionales educativos que han contestado

Correo electrónico	
sandraroviraf@gmail.com	minmadel.118@gmail.com
maria.cuadrado@educa.madrid.org	elenamecapsico@gmail.com
mpaz.fernandez@educa.madrid.org	lauracarrillomenor@gmail.com
jordinaoc@gmail.com	diana.ph.85@gmail.com
paromair@gmail.com	mar.sanz@educa.madrid.org
imendoza2@educa.madrid.org	elidalorenzo@yahoo.es
nuriamedes@hotmail.com	vanesaredondot@gmail.com
fe_vannini@hotmail.com	asesoramiento@autismoavila.org
rortega86@gmail.com	electra87@gmail.com
psibilas@hotmail.com	clamifuda@hotmail.com
beatrizbeltranm87@gmail.com	miriam.hidalgo@colegioedithstein.es
nadalnicolas.irene@gmail.com	tomegandiamarta@gmail.com
mobocracy@hotmail.com	direccioninfancia@astrade.es
javierbornez@hotmail.com	celiatroyaperez92@gmail.com
omarito02@hotmail.com	lourdesrosoto@gmail.com
aurora_luna02@msn.com	aolivares1@educa.madrid.org
mariolarhdez@gmail.com	maria.jimenez7@educa.madrid.org
paloma.decastro@aspergermadrid.org	aranzazu.lapuerta@aspergermadrid.org
anavelascoramos@gmail.com	mariana.perretti@aspergermadrid.org
rebecadocha@gmail.com	crodriguez@colegiosanviator.es
jos.hidalgo@educa.madrid.org	rosatognaccini@gmail.com
orientacion.violeta@gmail.com	gasullprats@hotmail.com
ecrespi@itasaludmental.com	neusvico46@gmail.com
mdiaza1970@gmail.com	gonzalezmaribel155@gmail.com
TOTAL: 48	

Anexo XV: registro de las respuestas obtenidas a los ítems de respuesta abierta por parte de profesionales educativos

Respuestas de los profesionales educativos en el ítem 13:

Entrevista tutores, familia, alumno, observación en aula y otros espacios, pruebas estandarizadas

Yo no diagnostico ni su TEA, ni su modalidad de educación, solo evalúo sus necesidades derivadas de su TEA, junto con su nivel curricular, para abordar el trabajo a realizar en el instituto (apoyos dentro y fuera del aula, trabajo específico)

Análisis de informes, Entrevistas (familia/centro/EOEP), observación indirecta y directa,

No sé a qué se refiere esta pregunta, nosotros no diagnosticamos TEA lo realiza siempre un facultativo médico

1. Entrevista familiar. Recogida de datos. 2. Recogida de datos del equipo educativo que trabaja con el alumno. 3. Solicitar valoración del EOEP del centro cumplimentando hoja de demanda. 4. Si duda, solicitar valoración del EOEP DE AGD. 5. Devolución de la evaluación psicopedagógica a familia y profesorado. 6. En ocasiones, también solicitar intervención del ámbito médico para valorar otros posibles trastornos asociados (TDAH, T. Sueño, T. Alimenticio, etc.

Screening con SCQ, ADIR, ADOS 2, pruebas complementarias si es necesario y entrega de informe

Recogida de información de todas las fuentes, cribado de información, observación en una primera sesión, juego en segunda sesión y en tercera paso la prueba

SCREENING-ADIR-ADOS-ESCALAS COMPLEMENTARIAS-INFORME

Una primera fase de recogida de información clínica previa si la hubiera, de la familia y del usuario a diagnosticar donde determinar si hay indicios de TEA. Una segunda parte en la que realizar las pruebas estandarizadas ADOS-2, ADI-R, y otras pruebas complementarias necesarias en cada caso concreto.

Leer los documentos que tenga sobre el alumno, entrevista con la familia, evaluación inicial de cada una de las dimensiones del niño.

1. Observación en contexto 2. Información profesorado 3. Información familiar 4. Evaluación psicopedagógica 5. Derivación a profesionales especializados 6. Seguimiento de sintomatología.

Entrevista familiar (anamnesis), entrevista equipo docente, cuestionarios screening, observación del niño en entorno natural, valoración de la capacidad cognitiva, valoración criterios diagnósticos DSM V, valoración intensidad de apoyos necesarios.

Al alumno se le diagnostica por parte de los servicios de Neuropediatría del Hospital X como Trastorno del Espectro Autista, a su vez es evaluado por el Equipo Específico de TGD cuyo diagnóstico es de alumno con TEA, dificultades en la interacción social y comunicación social, así como comportamientos rígidos y estereotipados.

ENTREVISTA A FAMILIARES ENTREVISTA A COLEGIO INFORMES MÉDICOS
SESIÓN DE INICIACIÓN PROCESO DE EVALUACIÓN: PRUEBAS. CONCLUSIÓN DE
DIAGNÓSTICO ENTREVISTA CON FAMILIA. INTERVENCIÓN PROPUESTA

coordinación con jefatura de estudios-protocolo derivación-reunión con tutora y equipo docente-observación-reunión familiar-pruebas baremadas-conclusiones

Entrevista familia: autorización, historial, cuestionarios screening EA, SCQ y ABASII / observación aula y patio / valoración desarrollo individual / si da lugar-» valoración diferencial ADIR y ADOS2 / recogida información contexto escolar / Toma decisiones sobre diagnóstico, presencia NEE y modalidad escolarización / cumplimentación informe y, en su caso dictamen escolarización/ devolución familia y colegio

Observo comportamiento

Recogida inicial con la familia de sus necesidades (antes de iniciar valoración); proceso de valoración.

entrevista familia, recogida información escolar, pase pruebas especializadas, informe, devolución familias

Observación del niño/a, entrevista a la familia, cuestionario de indicadores de riesgo, derivación a servicios pediátricos, elaboración de propuestas y recursos y devolución a familias y demás implicados

ENTREVISTA FAMILIAR / ENTREVISTA DOCENTES/ ENTREVISTA SERVICIOS MÉDICOS / OBSERVACIÓN / PRUEBAS PISCO PEDAGÓGICAS / DEVOLUCIÓN INFORMACIÓN AGENTES

Entrevista familiar y del tutor, observación directa, pruebas psicométricas, derivación e informe, orientaciones de intervención

Solicito Dx Medico, Entrevista familiar, historia escolar, conozco al niño y luego evalúo.

1º Recogida de información: Entrevista tutor/a, Entrevista familia, Observación alumno comportamientos y conductas sobretodo en situaciones de interacción con sus iguales, aplicación de pruebas estandarizadas, 2º análisis de los datos obtenidos, Si el niño presenta rasgos compatibles con TEA, 3º Derivación Servicios de Salud: Pediatra, Salud Mental Infanto-juvenil a través protocolo establecido x la administración, 4º Entrevista Equipo Docente: proporcionan orientaciones, Entrevista Familia, se proporcionan orientaciones. 5º Seguimiento y evaluación de las medidas propuestas.

Contacto con servicio educativo, revisión de informes del niño, observación del alumno en diferentes momentos de la jornada escolar, aplicación de escala de observación estandarizada, entrevista familiar, entrevista con profesorado. Finalizamos con devolución y orientaciones.

Recogida de derivación bienestar social x CDIAT Entrevista CDIAT FAMILIA, recogida de información Observación alumno en distintos contextos, valoración con pruebas PP (escalas de desarrollo y cuestionarios a cuidadores y familias, Battelle, Abast II. Instrumentos es específicos, idea, CPQ, o escala australiana.... Reflexión EOA, medidas individualizadas y extraordinarias que quedan plasmadas en un informe de evaluación PP, y si es el caso dictamen, Información de devolución a la familia y si es caso firma dictamen, con recursos extraordinarios Envío a unidad de inclusión y convivencia. Tras resolución entrevista con CDIAT, familia y provisión materiales. Información formación docente. Cuando la detección está en centro no se desarrollan actuaciones con CDIAT

Cuestionarios de cribado. Cuestionarios/Observación en contextos. ADI R. ADOS G. Devolución informe

Anamnesis, observación del niño, conversa con el colegio, derivación al neurólogo/psiquiatra infantil, logopeda, troca de información con estos profesionales, cierre diagnóstico.

Entrevistas familiares y equipo docente. Observaciones entorno escolar. Pruebas psicopedagógicas. Coordinación con servicios sanitarios o clínicos externos si existiesen.

Entrevista a familia, niño/a, profesores, médicos, otros profesionales. Observación, pase de pruebas....

Lectura documentación aportada, observación, pruebas diagnósticas entrevistas.

Análisis de la documentación previamente aportada, Observación en el aula, administración prueba específica de autismo, observación espacios no estructurados, entrevista con docentes del alumno, entrevista familiar, valoración pruebas administradas, revisión visionado de videos, valoración interjueces de la prueba, análisis y valoración de la información recogida Revisar informes previos, observación alumno, evaluación complementaria, entrevista equipo docente, entrevista familia, devolución informe conclusiones

Entrevistas, Anamnesis, Evaluación Clínica Evaluación Psicométrica del Desarrollo Infantil, Solicitud de Exámenes médicos, Diagnóstico.

Entrevista tutor/a, observación colegio alumno-entrevista familia-recogida información externa-evaluación psicopedagógica-derivación equipo específico TGD

Observación, entrevista familiares y profes, recogida de información, evaluación, informe y derivación.

Recogida de información a través de la observación y los datos de familia, médico o contexto del paciente y pruebas

Observación

Entrevista familia, entrevista tutor@ y equipo docente, revisión de informes médicos y otros, evaluación, realización informe, devolución a la familia tutor@

Definir bien la demanda, recopilar información de equipo docente y familia, entrevistar al alumno, revisar documentación, pasar pruebas diagnósticas. Pedir asesoramiento al Equipo Específico si lo considero necesario.

ENTREVISTA FAMILIA, OBSERVACION PERSONA EN CONTEXTO NATURAL, PRUEBAS PERSONA

Entrevista inicial semiestructurada, ados-2, adi-R, escala del desarrollo, observación clínica
Descartar patología estructural subyacente

Entrevista familiar, escolar, entrevista y evaluación clínica y pruebas como valoración del cociente intelectual y ADOS

Actualmente trabajamos en un equipo multidisciplinar y entre todos realizamos el proceso diagnóstico. Entrevista familiar y a la persona con TEA.

ENTREVISTAS/RECOGIDA DE INFORMACIÓN/TESTS

Respuestas de los profesionales educativos en el ítem 18:

ADOS, ADI-R

AdiR, SCQ

ninguna; utilizo registros de conductas y objetivos para trabajar con ellos

Ados, autismo atención, PDA,

Cuestionario familia SCQR

Soy maestra y no las paso. No es mi ámbito el aplicarlas, pero sí el de verlas y trabajar coordinadamente con el EOEP. Recojo aquí mi experiencia en mi centro.

SCQ, ADIR, ADOS 2

COMFOR

SCQ-ADIR-ADOS-ABAS II

ADOS-2 y ADI_R

Las pruebas que realiza el EOEP

Escalas y Cuestionarios específicos. Observación y análisis.

SCQ, ADI-R, IDEA, Perfil sensorial, y otras muchas no específicas de TEA

EFEN, WISC-IV, Test de atención D2,

TODAS LAS RELACIONADAS

IDEA, IDENTEA-2, SCQ, Escala Australiana, M-CHAT...

Escala autónoma, Leiter III, SCQ, ADIR, ADOS2, ABASII

ADOS , ABAS

ADIR, ADOS

ADOS2, ADIR

MChat, CAST. En entorno clínico inventario ESDM

MCHAT

Idea, m-chat

M chat

M-CHAT, ASSQ y ASAS, entre otras

ADOS-2, adir-r, scq, mchat

SCQ no es exactamente específica, pero aporta información. ADOS Escala australiana. Idea

ADI R y ADOS G

ados, cars

SCQ, ADI-R, NEPSY-II, BRIEF

IDEA

ADOS 2, ADI-R

ADOS, ADI

ADOS 2, CARS, Conductas repetitivas, Perfil sensorial, ADI R

En Ecuador no se socializan las pruebas estandarizadas para TEA. Utilizo más la del desarrollo Infantil Terman Merrill y otras. Valoración Clínica.

Cuestionarios: CAST, ASQQ, SENA, ADOS (lo realiza el equipo específico TGD)

Ninguna, solo cuestionario SCQ

Ados

Las pruebas utilizadas depende de cada caso, las que más utilizamos son: WNV, Inventario de Battalle, WISC-V, WIPPSI-V, Cumanin, ENFEN, CUMANES, SENA, M-CHAT, Escala de Hilario, SCQ, MSCA, BRIEF-2, K-BIT, RAVEN, IDEA, seguimos los criterios del DSM-5 para conocer el grado de afectación y recogemos información cualitativa de algún de los módulos del ADOS...

Cuestionario IDEA

ADI-R ADOS-2

Ados-2 i AdiR

Neuroimagen y pruebas neurofisiológicas

ADOS

ADOS, ADI-R y SCQ (Cuestionario de comunicación social)

OFICIALES

Respuestas de los profesionales educativos en el ítem 25:

Falta de tiempo

No suelo encontrar dificultad, quizás la saturación del equipo específico de Alteraciones graves del desarrollo de la CAM

No lo realizo

La aceptación de proceso hacia el diagnóstico por parte de la familia

Insuficientes pruebas estandarizadas no adaptadas a las dificultades de los alumnos con TEA

La falta de reconocimiento de conductas no verbales de la interacción social que son un claro indicador de que existen dificultades, aunque no resulten, en ocasiones, muy evidentes.

diagnósticos con personas mayores sin informadores sobre la infancia

La disparidad familiar a la hora de ponerse de acuerdo en transmitir la información

Dx en la edad adulta. Validación externa (centro base) del diagnóstico

Saber discernir correctamente en un diagnóstico diferencial, cuando están muy en la línea de un TEA grado 1

Las dificultades para la coordinación docente

Detección temprana. Escasez de profesionales clínicos sanidad pública, específicos.

Diagnósticos diferenciales (TEL, Retraso Madurativo general significativo, ...)

diagnóstico diferencial con otros trastornos como TDHA, TEL o ASPERGER

COMUNICACIÓN CON EL COLEGIO

Escasez de tiempo. Dificultad para evaluar funciones cognitivas específicas. Lentitud en diagnósticos médicos.

Las expectativas de la familia por cumplir/excluir diagnóstico TEA a estar la palabra y el perfil muy extendido

Falta de recursos y de profesionales formados

EN ALGUNOS CASOS LA EDAD, CHICOS QUE NO SE LES HA DIAGNÓSTICADO HASTA LA ADOLESCENCIA

El diagnóstico diferencial de trastornos similares como los de comunicación o habilidades sociales

Cuestiones administrativas o burocráticas

Falta de herramientas más claras

Lenguaje

Aceptación familia y en este caso falta colaboración, tardanza en proporcionar un diagnóstico de los Servicios de Salud y en algunos casos falta colaboración por parte de algunos docentes en el establecimiento de las medidas propuestas, desconocimiento sobre este tipo de trastorno y sus implicaciones en el marco educativo.

La discriminación entre tdah -tea, y entre tel y tea.

La falta de pruebas en los centros. Dificultades para pasar ADI R

la derivación precoz

Ninguna

Falta de formación en pruebas más específicas

Reticencia familias.

Ninguna

La comorbilidad

Edades muy tempranas,

La evidencia técnica de un instrumento de evaluación asertivo, la o aceptación de los padres y la falta de colaboración escolar

Falta de pruebas

Aceptación familiar.

No soy experta en este tema... Siempre he derivado el diagnóstico

Colaboración del profesorado o familiar

Conducta

La inquietud motriz, la falta de atención, su capacidad lingüística, en ocasiones su rigidez cognitiva y sus pensamientos obsesivos hacia determinados temas de interés.

En los Dpto. de Orientación de los IES no tenemos pruebas específicas, las tienes que buscar por tu cuenta.

LA PERSPECTIVA FAMILIAR

Encontrar pruebas diagnósticas generales t específicas adaptadas a niños con autismo.

No cumplir todos los criterios

Tardanza en la derivación. Actitud padres y docentes.

Psicoeducación y aceptación del diagnóstico por parte de la familia.

TIEMPO

Respuestas de los profesionales educativos en el ítem 26:

Quizás aumentar la disponibilidad de dicho equipo específico

No sé responder

Más agilidad, mayor observación indirecta y más movimiento multidisciplinar para enfocar mejor el diagnóstico y no invadir tanto al niño.

Pruebas estandarizadas no adaptadas a las dificultades de los alumnos con TEA, mayor agilidad a la hora de diagnosticar a nivel sanitario, más equipos específicos de TGD-TEA.

Más personal evaluador en centros.

protocolos unificados

Equipo multidisciplinar

Criterios unánimes en cuanto a las pruebas de aplicación.

Pruebas específicas de TEA en mujeres

La coordinación entre los profesionales

Servicios gratuitos de diagnóstico. Tiempo de coordinación.

Mayor coordinación con los Servicios sanitarios

Mayor observación registrada por parte de todos los elementos que participan en la interacción con alumno y evaluación de esta interacción por todos los participantes que puedan aportar diferentes puntos de vista y observaciones en otros contextos

COMUNICACIÓN CON PROFESIONALES

Actualización de instrumentos estandarizados. Formación específica. Mayor rapidez en el diagnóstico médico.

Experiencia en pasar y corregir ADOS2

Observación directa

UNA COORDINACIÓN MEJOR Y MAYOR CON LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS

Equipo multidisciplinar

Recursos personales y materiales. Tiempo

Más formación a los maestros, pruebas estandarizadas más económicas.

Formación de profesionales especializados.

Mayor coordinación con servicios de salud

La socialización

Instrumentos que ajusten las medidas educativas en base resultados obtenidos tras la aplicación de un instrumento estandarizado: gestión de la conducta, atención, percepción, funciones ejecutivas, lectoescritura, habilidades de conducta adaptativa, gestión tiempo, variables ambientales en centro educativo, selección de actividades extraescolares.... Sensibilización de la comunidad educativa y conocimiento de este tipo de trastornos y los diferentes grados de afectación,

Valoración de casos entre varias personas. Mayor observación de entorno familiar

Una buena coordinación con los agentes implicados es fundamental

formación en detección al profesorado

Más pruebas estandarizadas en español y con precio más accesible.

Formación y evaluación entre diferentes profesionales

Mejor coordinación servicios (sanitarios, educativos, sociales, etc.), mayor formación maestros y profesores...

Screening en seguimiento en pediatría en los primeros años

La coevaluación y la coordinación más exhaustiva con los especialistas de salud

Más tiempo, contraste de profesionales

Un instrumento de evaluación asertivo del TEA

Más recursos personales y materiales

La rapidez en las evaluaciones

Formación a las maestras de las escuelas infantiles (detección des de la primera infancia)

Colaboración familiar o del profesorado

Tiempo para hacer el diagnóstico

Ambientes más estructurados en los que se sientan más cómodos, no siempre cuentas con los espacios adecuados para hacer las evaluaciones en los centros, más tiempo y presencia del personal de apoyo que trabaja con ellos (no siempre es necesario, pero en ocasiones ayuda).

Tener materiales y pruebas adecuadas, apoyo por parte de expertos, formación.

SENSIBILIZACION

Pruebas validadas para niños con discapacidad intelectual asociada

Plantear diagnóstico precoz

Detección precoz durante los hitos de la infancia, despistaje en pediatría y en centros escolares.

Los informes de evolución.

TIEMPO

Respuestas de los profesionales educativos en el ítem 27:

No se me ocurre

No lo sé

Una mayor confianza en la observación de los maestros que trabajan con el alumnado a evaluar.

Diagnóstico precoz y sensibilización a la familia.

Mayores recursos personales en los equipos para agilizar las evaluaciones en los centros. Poco tiempo de atención a centros preferentes TEA.

no se

Formación específica en TEA

Clarificación de los diagnósticos diferenciales.

Ser dos clínicos en el proceso diagnóstico, dos visiones

Mayor tiempo para dedicarles a estos niños y a sus familias por parte del EOEP

Tiempo de coordinación. Aceptación familiar de acudir a un proceso de diagnóstico.

Mayor tiempo disponible, mejor conocimiento en los centros educativos

el poco tiempo que existe para la evaluación, si se incrementara y pudiera ser un diagnóstico entre varios profesionales, la categorización y la toma de decisiones con respecto a las necesidades del alumno sería más exitosa.

DIAGNÓSTICOS ERRONEOS

Mayor volumen de profesionales especializados. Más orientadores en Equipos Específicos.

Mejor coordinación con profesionales del ámbito sanitario.

Ajuste este DSM5 y la referencia de dictamen de escolarización en la Comunidad de Madrid

Colaboración de todos / as implicados

QUE NO SE DEMOREN LAS CITAS MÉDICAS (NEUROLOGÍA, SALUD MENTAL...)
CUANDO SE PONE EN MARCHA EL PROTOCOLO TEA SOBRE TODO EN EDADES
TEMPRANAS

El límite económico que no permite dedicar tantos recursos, ya que la familia se ha de hacer cargo del pago del diagnóstico

Coordinación entre servicios. Herramientas en atención primaria para ayudar a las familias a detectar señales de alarma

Más orientadores por centro educativo

Que hubiera más profesionales formados.

Coordinación

Apoyo escolar

Un instrumento proporcionará información sobre las medidas o ajustes en los elementos de acceso al currículo, metodología, actividades q tenga como objetivo proporcionar información a los equipos docentes.

Valoración entre varias personas

Por ejemplo, la existencia de un instrumento sencillo y contrastable por la familia/centro financiación publica

Mayor adhesión de la familia

Mayor especialización de las personas que estén en dicha evaluación

Aumento formación específica, aumento tiempo de coordinación.

Formación en sanidad

Mayor tiempo de dedicación en las evaluaciones

Más información familiar, menor presión para dar diagnóstico

La comprobación física de la evaluación clínica psicológica.

Dotación de recursos personales y materiales

Temas administrativos.

Una mejor coordinación

Formación del profesorado

Facilitar

Un mayor conocimiento del caso y de las características del TEA además de contar con el apoyo de especialistas

Tener materiales y pruebas adecuadas, apoyo por parte de expertos, formación.

SENSIBILIZACION

Unificación y estandarización del proceso diagnóstico con la intervención de todos los agentes educativos del niño, no solo el clínico

Mayor implicación profesorado de educación infantil

Mejor coordinación

Contexto y el recorrido sanitario hasta llegar en nuestras manos.

TIEMPO

Respuestas de los profesionales educativos en el ítem 28:

Mucho

Totalmente

Mucho; son los que más conocen al niño o niña

Es indispensable.

Cuando ya están diagnosticados por parte de un facultativo sanitario aporta muchísimo pero cuando aún está sin diagnosticar la información de la familia no suele estar ajustada a la realidad. Es un proceso muy duro para ellos y cada familia requiere un tiempo de asimilación diferente.

Media.

en alta medida

Imprescindible

La información ofrecida por la familia es fundamental.

Absolutamente necesaria

Importante

Baja

En gran medida

en ocasiones, la información que procede de la familia es confusa.

ES IMPORTANTE

La información familiar es absolutamente indispensable.

Mucho, ofrecen información de calidad del ámbito familiar y social

Muy importante

ES IMPORTANTE LA INFORMACIÓN QUE DAN, PERO NO ES DETERMINANTE PARA HACER UN DIAGNÓSTICO. A VECES HAY UNA VERSION NO AJUSTADA DE SU HIJO

Absoluta

A través de cuestionario

Es básico

Depende del caso

Si mucho

Depende de la familia. 25%

Bastante, aunque en muchos casos cuesta hacer entender lo que les pedimos que observen.

Muchas veces tienden a idealizar, sobreproteger e idealizar
es imprescindible

Es una información muy importante y significativa.

Es fundamental, clave para el diagnóstico

Muy importante.

Alto

Depende de la aceptación del problema por parte de la familia

Bastante

súper importante,

Es muy importante

Muchas veces a la familia le cuesta colaborar

Resulta esencial

Un 75%

Mucho

Generalmente es una gran fuente de información y de mucha riqueza, pero no siempre ocurre
así, a veces la familia no percibe la realidad tal cual es y ofrecen información sesgada

MUCHO

Es de vital importancia y indispensable

80%

Es muy importante para conocer el desarrollo del paciente y los antecedentes de problemas
obstétricos y posnatales, así como antecedentes familiares.

La tenemos en cuenta a partir de las entrevistas/familiares y el ADI-R.

ES LA INFORMACIÓN MÁS VALIOSA Y AL MISMO TIEMPO LA MÁS DIFÍCIL DE
INTERPRETAR

Respuestas de los profesionales educativos en el ítem 29:

Mucho

100%

Siempre.

Mucha

Siempre

La tengo siempre en cuenta

Yo creo que menos de lo que debiera

Según quien efectúe la evaluación la tiene más o menos en cuenta. Servicios sanitarios menos
que los EOEP's de los centros educativos.

Tenemos en cuenta toda la información obtenida, pero teniendo múltiples entrevistas y contrastando con registro de observación.

Media. En numerosas ocasiones no reflejan la totalidad de la realidad en casa. Se percibe falta de asimilación de la situación y se disipan las conductas observables que se aprecian en el colegio.

no entiendo la pregunta

Bastante baja consideración

Se toma muy en cuenta.

No podría llegar a un diagnóstico sin ella

Es bastante importante

Baja

Muy en cuenta

Se tiene en cuenta siempre, pues son los que pueden aportar una visión de la evolución del alumno y de las dificultades que han ido encontrando a lo largo del su desarrollo

BASTANTE

Bastante

Siempre

LA TENEMOS EN CUENTA, ES IMPORTANTE

Total

Sí, duele tenerse en cuenta, pero en muchas ocasiones no es objetiva.

Creo que es indispensable y que se toma como principal referencia

Total.

Los orientadores educativos siempre.

99%

Al 100%

Alto

En alto grado

Bastante, depende de capacidad de transmitir información

Todo el tiempo

Entiendo que siempre hay que tenerla en cuenta

La información de la familia es muy importante

Este es un aspecto que trato de cuidar mucho

75% de las veces

Siempre la tienen en cuenta ya que es de gran ayuda, pero también hay que tomarla con cautela y cotejar la información con otras fuentes y la propia observación

MEDIO

Debería tenerse en cuenta siempre

La tenemos en cuenta a partir de las entrevistas/familiares y el ADI-R.

Respuestas de los profesionales educativos en el ítem 30:

No

no

NO

Nada

No.

No especialmente

Mientras no haya un contacto directo entre familia, centro y servicios sanitarios todo irá más lento y se invadirá más al niño.

Queda mucho camino por recorrer en este apasionante mundo.

Suerte en su Tesis Doctoral. Gracias.

Hay mucha mala praxis y vende humos en gabinetes que prometen a las familias intervenciones maravillosas que solo sirven para sacar los cuartos. Debería haber alguna titulación o acreditación a las personas que trabajamos de forma oficial con este colectivo para evitar estas cosas.

Ánimo con el estudio. Encantada de colaborar

La negación familiar a colaborar ha bajado en los últimos años.

Nada en especial

Es fundamental la intervención del Equipo Específico de alteraciones del comportamiento ya que su formación y su experiencia complementan y ayudan a la labor de los equipos de orientación en los CEIP y a los departamentos de Orientación en los IES. Su presencia debería de ser mayor o incrementarse el número de profesionales para atender en este campo. Es importante dotar a los EOEPS de pruebas específicas para valorar las funciones ejecutivas en los alumnos con TEA

HAY MUCHA CONFUSIÓN ENTRE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

Son importantes jornadas de apoyo y asesoramiento a las familias organizadas desde los EOEP específicos, Consejería de familia o cualquier otro organismo.

Necesidad de triangulación de personas en diagnóstico (no hacerlo un profesional sólo)

Cuestionario screening de habilidades de conducta adaptativa en marco escolar y familiar y de grado de ajuste social.

Necesidad de establecer espacios de coordinación entre el personal docente y los servicios sanitarios para realizar una intervención ajustada a las necesidades del alumno

No. Muy interesante, la investigación.

La intervención

NO siempre los neuropediatras hacen evaluaciones amplias con las que poder hacer un diagnóstico 100% certero y eso puede generar muchos conflictos entre los diferentes especialistas que trabajan con el alumno y con las familias.

No, gracias.

Infradiagnóstico a todos los niveles.

Anexo XVI: registro de respuestas obtenidas por parte de los profesionales educativos

	I-1	I-2	I-3	I-4	I-5	I-6	I-7	I-8	I-9	I-13	I-18	I-21	I-22	I-23	I-24	I-25	I-26	I-27	I-28	I-29	I-30
1	3	1	1	2	5	1	1	2 al 4	2-4	*1	*2	5	5	3-4	2	*3	*4	no	totalmente	siempre	no
2	1	1	4	2	9	1	1	3	1 al 4	*5	-	3	3	1 al 5	4	-	-	-	mucho	poco	no
3	3	3	4	2-4	2-9	1	1	1-4	1	*6	*7	2	3	3-4	2	acceptac	*8	*9	mucho	poco	*10
4	1	1	2-4	2	8	1	1	2-3	2	-	SCQR	2	4	1-3	2	*11	*12	*13	poco	siempre	no
5	2	2	4	2	9	1	1	3	1	*14	-	2	4	4	2	*15	personal	*4	media	media	no
6	3	3	1	1	2	1	5	1 al 3	3	*16	*17	2	4	1 al 5	3	*18	*19	-	mucho	-	no
7	3	2	4	2	9	1	5	4	1 al 6	*20	COMFOR	2	3	1 al 3	3	*21	*22	*23	mucho	poco	*24
8	3	2	1	1	1	1	5	1 al 3	2-6	*16	*25	2	4	3	3	*18	*19	*26	mucho	mucho	no
9	1	2	1	1-2	1-2	1	5	1 al 4	2-5-6	*16	ADOS ADIR	2	3	1-4	2	*27	*28	*29	mucho	mucho	no
10	2	2	1	4	2	9	1	1-3	2-3	*16	*17	3	3	4-5	4	*22	*22	*4	mucho	mucho	no
11	5	3	2	2	5-7	1	1	1	2	*16	*30	2	3	1-5	2	*31	*32	*33	poco	poco	no
12	1	3	1	2-4	5-7-8	1	2	1-3	2	*16	*34	2	4	1 al 5	2	*26	*35	*4	mucho	mucho	no
13	1	2	3-4	2	4-5-9	1	2	2 al 4	3	*14	*36	4	4	3-4	2	*26	*37	*4	poco	mucho	*38
14	1	4	2 al 4	1-2-4	1-2-4-5	1	5	2 al 4	2-3	*14	-	2	4	5	4	*35	*35	*39	mucho	mucho	no
15	3	1	1	2-4	7	1	1	1	2	*40	*41	2	4	1-3	2	*4	*12	*23-35-3	mucho	siempre	*42
16	3	4	3	2	7	2	5	1 al 5	1 al 4	*43	*44	2	4	1-2-3-5	3	*45	*23	*46	mucho	mucho	*22
17	3	2	4	2	5-8	1	2	1 al 5	2-3-4-6	*6	*47	4	3	1-4-5	3	*11-23	*37	*35	mucho	siempre	no
18	1	3	1	1-2-4	9	1	5	1-3-4	2	*14	ADOS-ADIR	2	3	1-3-4-6	4	*18	*33	*4	poco	siempre	no
19	1	1	1	1-2-4-5	2-9	1	3	1-3	1	*14	ADOS-ADIR	2	3	1-3	2	*26	*22	economi	mucho	mucho	no
20	1	1	1	2	7	1	4	1 al 5	1 al 5	-	ADOS-ADIR	2	4	1 al 5	2	*4	*32	*33	mucho	mucho	no
21	3	2	3	1-2	2-7	1	5	1-3	1-2	*14	*48	2	3	1-4	5	*4	*19-23	*4	mucho	mucho	no
22	3	3	2	2	8	1	3	1 al 4	1 al 6	*49	MCHAT	2	4	1 al 5	5	*50	*23	*23	mucho	mucho	no
23	1	1	3	2	5-7	1	1	1	1 al 4	*49	Idea MCHAT	2	4	1-3-4	3	*11	*35	*35	mucho	mucho	no
24	3	1	2	2	2	1	1	1	3	*14	MCHAT	2	5	1	2	lenguaje	socializa ción	Apoyo escolar	mucho	mucho	no
25	1	3	1	2	7	1	5	2	2	*51	*52	2	4	1-3	3	*53	*54	*55	poco	mucho	*56
26	3	1	3	2	7	1	3	1 al 4	1-2	*57	*58	2	4	1 al 5	5	*59	*29-13	*29	mucho	mucho	no
27	1	2	2-3	2	7	1	1	1-2	1-2	*60	*61	2	3	3	3	*30-50	*35	*62	poco	mucho	no
28	1	3	3	1-2	2-8	1	4	1-4	2-3	*49	ADIR-ADOS-G	2	3	1-3-4	3	*13	*23	*63	mucho	mucho	no
29	3	1	2	1-2	2-4-5	1	1	1	1	*14	ADOS CARS	2	3	1 al 5	3	-	*11	*13	mucho	mucho	no
30	1	3	1	2	7	1	2	1 al 3	2 al 4	*49	*64	2	4	1 al 3	2	*30	*50	*50	mucho	mucho	no
31	3	1	1	2-4	3	1	1	1	2	*49	Idea	4	4	3	3	*65	*23-35	*23-35	mucho	mucho	no
32	3	3	1	2	7	1	5	1 al 5	1 al 5	*49	ADOS.ADIR	2	4	1-3-4	3	-	*66	*23	mucho	mucho	no
33	1	1	1	2-5	5-7	1	2	1 al 3	2-3	*67	ADOS-ADIR	2	4	1-3-5	2	*59	*35-29	*4	mucho	Mucho	*35
34	3	1	1	2	7	1	5	1 al 3	1-2	*49	*68	2	4	1-4-5	2	*13	*4	*33	mucho	mucho	no
35	1	2	1	1-2	2-4-5-8	1	2	1-5	3-4-6	*51	ADOS-ADIR	2	2	1-3	2	*69	*30	*35	mucho	mucho	no

36	3	1	1-3	2	8	1	1	1 al 3	2 al 5	*14	*70	2	4	1-4	5	*11	*22	*71	mucho	mucho	no
37	3	2	1	1-2	2-4-8	1	2	1 al 3	2-3	*49	SCQ	3	4	3-4	4	*72	*4	*22	poco	mucho	no
38	3	1	1-2	2-4	5	2	1	4	2	-	-	2	4	4	2	-	*23	*35	mucho	mucho	no
39	3	1	2-4	2	4	1	1	2	1	*49	ADOS-ADIR	2	3	3	3	*35	*35	*23	mucho	mucho	no
40	1	1	4	2	4	1	1	1	2	*6	ADOS	2	3	2	2	conducta	*4	*19	mucho	mucho	no
41	5	1	1	1-2	2-5-7	1	1	2-3	2 al 4	*49	*73	4	4	3	3	*74	*75	*76	mucho	mucho	*77
42	1	3	1	2	5	1	4	2 al 4	3-4	*14	idea	2	2	1-4	3	-	*71	*71-23	mucho	mucho	no
43	3	1	1	1-2	2	1	3	1 al 4	1 al 3	*49	ADIR-ADOS	2	4	2-5	2	*65	Sensibil	Sensibili	mucho	mucho	no
44	2	1	1-4	1-2	2-9	1	5	1-4	2-3	*16	ADOS-ADIR	2	4	3	4	*11	*11	*19-22	mucho	mucho	no
45	1	1	5	1	9	2	1	1	2-3	*78	*79	3	5	1-2-5	1	*80	*13	*23	mucho	mucho	*81
46	1	4	5	1	9	1	1	4	3	*82	ADOS	3	3	2 al 4	2	*4-13	*13	*35	mucho	mucho	no
47	3	2	1-2	2-3	4-8	1	5	1-3-4	4	*83	*17	1	4	1	4	*84	*85	*86	mucho	mucho	no
48	1	2	1	1-2	2	1	1	1-4	2	*87	oficiales	2	3	1-3-4	3	*4	*4	*4	mucho	mucho	no

	Ítem 10					Ítem 11				Ítem 12					Ítem 14									Ítem 15											Ítem 16			Ítem 17			Ítem 19			Ítem 20					
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	
1	1	2	2	2	2	4	3	1	1	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	2	2	4	1	2	5	4	5	5	5	1	5	3	5	5	1	5	4	4	4	4	5	3	
2	2	3	5	5	1	3	1	1	1	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	3	1	5	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	5	5	5	4
3	4	2	3	2	1	1	1	3	2	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	3	4	5	5	5	5	5	5	3	3	2	4	2	1	5	5	5	5	5	3	
4	4	1	4	4	1	2	3	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	
5	4	5	3	3	2	3	2	1	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	2	5	5	5	3	2	5	4	4	5	3	5	5	5	4	3	5	5	5	5	2	3	5	4	5	4		
6	2	2	1	3	1	3	3	1	1	2	5	5	5	1	5	5	5	5	5	4	4	3	4	5	4	4	3	4	1	3	4	3	3	3	3	5	4	4	3	3	3	2	3	3	2	3	4		
7	1	3	1	3	1	1	2	2	1	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	2	1	5	5	4	5	1	2	3	4	1	2	4	4	5	2	1	1	5	5	5	5	3	
8	2	2	1	3	1	3	3	3	1	2	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	3	1	2	1	4	5	1	5	4	5	3	5	5	3	4	4	1	4	4	5	4	4	3	
9	2	2	2	4	4	4	3	3	2	3	5	4	5	2	5	5	5	5	5	2	4	2	5	5	4	2	2	3	3	2	3	5	4	4	5	1	5	3	3	4	3	1	4	5	4	4	5	2	
10	1	5	1	5	1	3	1	1	1	3	4	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	3	5	5	1	5	1	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	1	4	4	4	5	5	5	
11	1	3	1	2	1	2	1	1	1	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	4	5	1	1	5	5	5	5	1	3	5	4	5	1	1	5	5	5	5	5	5	4	
12	1	5	2	2	2	3	4	1	1	4	3	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	3	5	5	5	4	3	5	2	3	4	1	5	5	5	2	5	4	4	4	3	4	5	5	4	5	5	3	
13	3	4	3	4	4	4	3	2	2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	3	3	2	4	3	3	4	4	4	5	5	3	4	5	4	5	5	3	4	4	5	4	4	3	
14	2	4	1	4	3	2	2	3	2	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
15	2	4	2	1	1	3	3	1	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	3	5	5	5	2	5	5	1	2	5	1	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	5	3		
16	2	5	3	1	1	4	1	1	1	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	2	2	2	5	5	5	2	2	5	1	4	4	3	5	5	5	2	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	3	
17	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
18	2	3	2	4	3	3	3	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	2	3	4	3	5	5	2	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	
19	1	4	2	3	1	3	3	3	1	2	5	5	5	2	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3	2	2	4	3	4	3	2	4	3	3	2	2	4	4	4	3	3	2	
20	1	3	3	1	1	2	1	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	5	2	4	5	1	5	4	5	5	4	4	4	3	2	2	3	4	4	5	5	2		
21	5	2	1	5	4	5	1	1	4	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	4	4	5	3	2	5	5	5	5	4	2	5	3	5	5	4	5	2	3	5	4	3	5		

22	4	4	4	4	1	3	4	4	3	4	5	5	5	1	5	5	5	5	4	4	3	4	5	5	5	4	5	2	3	5	1	5	5	5	1	5	5	4	5	5	1	4	5	5	5	5	4		
23	1	3	1	2	1	4	4	1	1	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	5	1	2	4	3	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	3		
24	1	4	3	3	2	1	2	3	1	3	3	3	3	1	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	2	4	2	3	3	2	3	3	4	2	3	4	2	3	1	1	2	5	4	3	3	1			
25	1	3	3	2	3	5	5	2	2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	5	5	5	3	1	5	1	1	5	1	2	5	4	5	2	4	5	4	3	2	3	2	5	4	4	1		
26	2	5	2	2	1	3	1	1	1	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	2	1	5	1	3	5	1	5	2	5	1	5	4	5	4	2	1	5	5	5	5	3			
27	1	3	3	2	1	4	4	3	2	1	2	5	5	3	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	3	3	5	2	4	5	1	5	4	5	4	4	5	3	2	3	3	3	2	5	4	5	4	
28	2	2	1	3	2	3	3	3	1	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	3	3	3	3	2	5	5	5	3	5	5	4	4	5	4	4	4	4	3	3	1		
29	2	4	1	3	1	2	3	2	1	3	3	3	3	2	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	3	4	4	5	5	2	5	5	5	1	5	5	5	5	5	1	2	5	5	5	3			
30	1	3	1	2	1	5	2	2	2	3	4	4	4	1	5	4	5	5	4	3	3	3	3	5	5	2	1	5	2	2	4	1	5	5	4	1	5	3	5	5	3	1	4	4	5	4	5	4	
31	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	5	3	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4		
32	2	5	2	1	1	3	1	1	2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	2	5	1	3	5	1	5	5	5	3	4	4	5	4	3	2	5	5	5	5	4	2		
33	2	3	2	1	1	3	1	1	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	3	4	4	5	5	5	2	3	5	1	3	5	1	4	5	5	3	3	3	2	1	1	3	2	5	5	3	4	3	
34	2	3	2	1	1	3	1	1	1	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	3	2	5	1	3	5	1	4	4	5	3	3	2	3	4	3	4	4	5	5	5	5	4	
35	3	2	2	2	1	5	3	4	3	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5	5	3	5	5	5	5	5	2	1	2	3	5	4	5	3	2	5	4	5	5	2	
36	2	4	2	2	1	4	3	3	4	3	5	5	5	1	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	3	1	5	5	2	5	2	5	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	4	5	4	
37	2	3	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	2	4	4	5	5	1	5	5	5	5	5	2	2	3	3	3	5	5	5	
38	2	3	2	3	2	3	3	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	2	4	2	1	5	4	2	2	3	1	3	3	2	3	3	2	2	3	3	4	4	3	
39	1	4	1	3	4	2	4	1	2	4	4	5	5	2	5	5	5	5	5	4	4	3	5	4	4	2	1	5	3	3	5	4	5	5	5	1	4	5	5	5	5	3	2	4	5	5	5	2	
40	1	2	2	2	2	2	2	2	3	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	
41	2	5	5	2	1	3	2	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	4	2	5	4	5	5	5	2	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	
42	1	5	1	2	1	4	2	1	2	5	5	4	4	1	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	2	2	5	1	1	5	1	5	4	5	2	5	3	5	5	4	2	5	5	5	5	5	2		
43	3	3	2	4	1	4	3	2	1	3	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	3	5	5	4	3	2	3	5	3	4	2	5	5	5	2	4	4	3	3	3	5	4	4	4	4	4	3		
44	1	1	2	4	1	2	3	3	1	2	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	3	4	4	4	5	2	4	4	5	3	3	4	3	3	3	3	2	3	4	2	5	2		
45	4	1	1	2	1	3	2	4	1	3	5	2	2	5	5	5	5	5	3	3	5	4	5	5	1	3	3	1	1	4	4	2	1	1	1	4	2	1	1	4	2	5	3	4	4	5	3	5	
46	2	2	1	2	1	3	4	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	4	5	4	3	2	4	4	3	4	2	4	4	5	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	1		
47	4	1	1	5	3	3	2	3	4	3	2	4	5	3	5	3	5	5	4	5	3	2	5	3	2	3	3	1	1	1	2	3	4	4	5	3	2	2	4	3	2	2	3	2	3	3	4	3	
48	2	3	3	3	1	3	2	3	2	5	5	5	5	1	5	4	5	5	5	4	5	3	5	5	5	4	4	5	5	2	4	2	5	5	5	1	5	5	4	5	5	1	4	4	5	5	5	4	
44																																																	
9																																																	
50																																																	

*1: Entrevista tutores, familia, alumno, observación en aula y otros espacios, pruebas estandarizadas

*2: AdiR, SCQ

*3: No suelo encontrar dificultad, quizás la saturación del equipo específico de Alteraciones graves del desarrollo de la CAM

*4: Quizás aumentar la disponibilidad de dicho equipo específico y los tiempos

*5: Yo no diagnostico ni su TEA, ni su modalidad de educación, solo evalúo sus necesidades derivadas de su TEA, junto con su nivel curricular, para abordar el trabajo a realizar en el instituto (apoyos dentro y fuera del aula, trabajo específico)

*6: Análisis de informes, Entrevistas (familia/centro/EOEP), observación indirecta y directa,

*7: Ados, autismo atención, PDA,

*8: Más agilidad, mayor observación indirecta y más movimiento multidisciplinar para enfocar mejor el diagnóstico y no invadir tanto al niño.

*9: Una mayor confianza en la observación de los maestros que trabajan con el alumnado a evaluar.

*10: Mientras no haya un contacto directo entre familia, centro y servicios sanitarios todo irá más lento y se invadirá más al niño.

*11: Insuficientes pruebas estandarizadas no adaptadas a las dificultades de los alumnos con TEA

*12: Pruebas estandarizadas no adaptadas a las dificultades de los alumnos con TEA, mayor agilidad a la hora de diagnosticar a nivel sanitario, más equipos específicos de TGD-TEA.

*13: Diagnóstico precoz y sensibilización a la familia.

*14: 1. Entrevista familiar. Recogida de datos. 2. Recogida de datos del equipo educativo que trabaja con el alumno. 3. Solicitar valoración del EOEP del centro cumplimentando hoja de demanda. 4. Sin duda, solicitar valoración del EOEP DE AGD. 5. Devolución de la evaluación psicopedagógica a familia y profesorado. 6. En ocasiones, también solicitar intervención del ámbito médico para valorar otros posibles trastornos asociados (TDAH, T. Sueño, T. Alimenticio, etc.

*15: La falta de reconocimiento de conductas no verbales de la interacción social que son un claro indicador de que existen dificultades, aunque no resulten, en ocasiones, muy evidentes.

*16: Una primera fase de recogida de información clínica previa si la hubiera, de la familia y del usuario a diagnosticar donde determinar si hay indicios de TEA- screening. Una segunda parte en la que realizar las pruebas estandarizadas ADOS-2, ADI-R, y otras pruebas complementarias necesarias en cada caso concreto.

*17: SCQ, ADIR, ADOS 2

*18: edad de los sujetos

*19: protocolos unificados

*20: Recogida de información de todas las fuentes, cribado de información, observación en una primera sesión, juego en segunda sesión y en tercera paso la prueba

*21: La disparidad familiar a la hora de ponerse de acuerdo en transmitir la información

*22: Equipo multidisciplinar- coordinación

*23: Formación específica en TEA

*24: Hay mucha mala praxis y vende humos en gabinetes que prometen a las familias intervenciones maravillosas que solo sirven para sacar los cuartos. Debería haber alguna titulación o acreditación a las personas que trabajamos de forma oficial con este colectivo para evitar estas cosas.

*25: SCQ-ADIR-ADOS-ABAS II

*26: Clarificación de los diagnósticos diferenciales.

*27: Saber discernir correctamente en un diagnóstico diferencial, cuando están muy en la línea de un TEA grado 1

*28: Pruebas específicas de TEA en mujeres

*29: Ser dos clínicos en el proceso diagnóstico, dos visiones

*30: Escalas y Cuestionarios específicos. Observación y análisis.

*31: Detección temprana. Escasez de profesionales clínicos sanidad pública, específicos.

- *32: Servicios gratuitos de diagnóstico. Tiempo de coordinación.
- *33: Tiempo de coordinación. Aceptación familiar de acudir a un proceso de diagnóstico.
- *34: SCQ, ADI-R, IDEA, Perfil sensorial, y otras muchas no específicas de TEA
- *35: Mayor coordinación
- *36: EFEN, WISC-IV, Test de atención D2,
- *37: Mayor observación registrada por parte de todos los elementos que participan en la interacción con alumno y evaluación de esta interacción por todos los participantes que puedan aportar diferentes puntos de vista y observaciones en otros contextos
- *38: Es fundamental la intervención del Equipo Específico de alteraciones del comportamiento ya que su formación y su experiencia complementan y ayudan a la labor de los equipos de orientación en los CEIP y a los departamentos de Orientación en los IES. Su presencia debería de ser mayor o incrementarse el número de profesionales para atender en este campo. Es importante dotar a los EOEPS de pruebas específicas para valorar las funciones ejecutivas en los alumnos con TEA
- *39: DIAGNÓSTICOS ERRONEOS
- *40: coordinación con jefatura de estudios-protocolo derivación-reunión con tutora y equipo docente-observación-reunión familiar-pruebas baremadas-conclusiones
- *41: IDEA, IDENTEA-2, SCQ, Escala Australiana, M-CHAT...
- *42: Son importantes jornadas de apoyo y asesoramiento a las familias organizadas desde los EOEP específicos, Consejería de familia o cualquier otro organismo.
- *43: Entrevista familia: autorización, historial, cuestionarios screening EA, SCQ y ABASII / observación aula y patio / valoración desarrollo individual / si da lugar-» valoración diferencial ADIR y ADOS2 / recogida información contexto escolar / Toma decisiones sobre diagnóstico, presencia NEE y modalidad escolarización / cumplimentación informe y, en su caso dictamen escolarización/ devolución familia y colegio
- *44: Escala autónoma, Leiter III, SCQ, ADIR, ADOS2, ABASII
- *45: Las expectativas de la familia por cumplir/excluir diagnóstico TEA a estar la palabra y el perfil muy extendido

*46: Ajuste este DSM5 y la referencia de dictamen de escolarización en la Comunidad de Madrid

*47: ADOS , ABAS

*48: MChat, CAST. En entorno clínico inventario ESDM

*49: ENTREVISTA FAMILIAR / ENTREVISTA DOCENTES/ ENTREVISTA SERVICIOS MÉDICOS / OBSERVACIÓN / PRUEBAS PISCOPEDAGÓGICAS / DEVOLUCIÓN INFORMACIÓN AGENTES

*50: Formación de profesionales especializados.

*51: 1ºRecogida de información: Entrevista tutor/a, Entrevista familia, Observación alumno comportamientos y conductas sobretodo en situaciones de interacción con sus iguales, aplicación de pruebas estandarizadas,2º análisis de los datos obtenidos, Si el niño presenta rasgos compatibles con TEA, 3º Derivación Servicios de Salud: Pediatra, Salud Mental Infanto-juvenil a través protocolo establecido x la administración, 4ºEntrevista Equipo Docente: proporcionan orientaciones, Entrevista Familia, se proporcionan orientaciones. 5º Seguimiento y evaluación de las medidas propuestas.

*52: M-CHAT, ASSQ y ASAS, entre otras

*53: Aceptación familia y en este caso falta colaboración, tardanza en proporcionar un diagnóstico de los Servicios de Salud y en algunos casos falta colaboración por parte de algunos docentes en el establecimiento de las medidas propuestas, desconocimiento sobre este tipo de trastorno y sus implicaciones en el marco educativo.

*54: Instrumentos que ajusten las medidas educativas en base resultados obtenidos tras la aplicación de un instrumento estandarizado: gestión de la conducta, atención, percepción, funciones ejecutivas, lectoescritura, habilidades de conducta adaptativa, gestión tiempo, variables ambientales en centro educativo, selección de actividades extraescolares.... Sensibilización de la comunidad educativa y conocimiento de este tipo de trastornos y los diferentes grados de afectación,

*55: Un instrumento proporcionará información sobre las medidas o ajustes en los elementos de acceso al currículo, metodología, actividades q tenga como objetivo proporcionar inf a los equipos docentes.

*56: Cuestionario screening de habilidades de conducta adaptativa en marco escolar y familiar y de grado de ajuste social.

*57: Contacto con servicio educativo, revisión de informes del niño, observación del alumno en diferentes momentos de la jornada escolar, aplicación de escala de observación estandarizada, entrevista familiar, entrevista con profesorado. Finalizamos con devolución y orientaciones.

*58: ADOS-2, adir-r, scq, mchat

*59: La discriminación entre tdah -tea, y entre tel y tea.- COMORBILIDAD

*60: Recogida de derivación bienestar social x CDIAT Entrevista CDIAT FAMILIA, recogida de información Observación alumno en distintos contextos, valoración con pruebas PP (escalas de desarrollo y cuestionarios a cuidadores y familias, Bsttelle, Abast II. Instrumentos es específicos, idea, CPQ, o escala australiana.... Reflexión EOA, medidas individualizadas y extraordinarias que quedan plasmadas en un informe de evaluación PP, y si es el caso dictamen, Información de devolución a la familia y si es caso firma dictamen, con recursos extraordinarios Envío a unidad de inclusión y convivencia. Tras resolución entrevista con CDIAT, familia y provisión materiales. Información formación docente. Cuando la detección es ta en centro no se desarrollan actuaciones con CDIAT

*61: SCQ no es exactamente específica, pero aporta información ADOS Escala australiana.
Idea

*62: Por ejemplo, la existencia de un instrumento sencillo y contrastable por la familia/centro

*63: financiación publica

*64: SCQ, ADI-R, NEPSY-II, BRIEF

*65: Reticencia familias.

*66: Screening en seguimiento en pediatría en los primeros años

*67: Análisis de la documentación previamente aportada, Observación en el aula, administración prueba específica de autismo, observación espacios no estructurados, entrevista con docentes del alumno, entrevista familiar, valoración pruebas administradas, revisión visionado de videos, valoración interjueces de la prueba, análisis y valoración de la información recogida.

- *68: ADOS 2, CARS, Conductas repetitivas, Perfil sensorial, ADI R
- *69: La evidencia técnica de un instrumento de evaluación asertivo, la o aceptación de los padres y la falta de colaboración escolar
- *70: La evidencia técnica de un instrumento de evaluación asertivo, la o aceptación de los padres y la falta de colaboración escolar
- *71: Dotación de recursos personales y materiales
- *72: Aceptación familiar.
- *73: Las pruebas utilizadas depende de cada caso, las que más utilizamos son: WNV, Inventario de Battalle, WISC-V, WIPPSI-V, Cumanin, ENFEN, CUMANES, SENA, M-CHAT, Escala de Hilario, SCQ, MSCA, BRIEF-2, K-BIT, RAVEN, IDEA, seguimos los criterios del DSM-5 para conocer el grado de afectación y recogemos información cualitativa de algún de los módulos del ADOS...
- *74: La inquietud motriz, la falta de atención, su capacidad lingüística, en ocasiones su rigidez cognitiva y sus pensamientos obsesivos hacia determinados temas de interés.
- *75: Ambientes más estructurados en los que se sientan más cómodos, no siempre cuentas con los espacios adecuados para hacer las evaluaciones en los centros, más tiempo y presencia del personal de apoyo que trabaja con ellos (no siempre es necesario, pero en ocasiones ayuda).
- *76: Un mayor conocimiento del caso y de las características del TEA además de contar con el apoyo de especialistas
- *77: No siempre los neuropediatras hacen evaluaciones amplias con las que poder hacer un diagnóstico 100% certero y eso puede generar muchos conflictos entre los diferentes especialistas que trabajan con el alumno y con las familias.
- *78: Descartar patología estructural subyacente
- *79: Neuroimagen y pruebas neurofisiológicas
- *80: No cumplir todos los criterios
- *81: Infradiagnóstico a todos los niveles.
- *82: Entrevista familiar, escolar, entrevista y evaluación clínica y pruebas como valoración del cociente intelectual y ADOS

*83: Actualmente trabajamos en un equipo multidisciplinar y entre todos realizamos el proceso diagnóstico. Entrevista familiar y a la persona con TEA.

*84: Psicoeducación y aceptación del diagnóstico por parte de la familia.

*85: Los informes de devolución.

*86: Contexto y el recorrido sanitario hasta llegar en nuestras manos.

*87: ENTREVISTAS/RECOGIDA DE INFORMACIÓN/TESTS

Anexo XVII: registro de los profesionales sanitarios que han contestado

Correo electrónico	
adbarrio@ruberinternacional.es	nuriavillora@gmail.com
crisrina.vergara@unir.net	isis.alonso@ucm.es
gape.pablo.balaguer@gmail.com	tsimal@salud.aragon.es
rfga1313@hotmail.com	crisrinacorderocastro@gmail.com
aranchar.ortiz@salud.madrid.org	abihip@hotmail.com
rperteguer@hotmail.com	carlamarinarodriguezpe@gmail.com
jroblesdeluca@gmail.com	mdfuentes@sescam.jccm.es
ioanaionescu@cop.es	david.rohner@gmail.com
psicoalipir@hotmail.com	ignacio.civeira@salu.madrid.org
apelaz@gmail.com	sanchez.arenas.noemi@gmail.com
carloschiclana@doctorcarloschiclana.com	pedro.bermejo.v@gmail.com
jmonjarcon@gmail.com	solmarina.bricenocuauros@gmail.com
jl.cuevaservera@gmail.com	musicaymedicina@gmail.com
milafuentesalbero@gmail.com	valentinbotep@gmail.com
valentinabruno82@gmail.com	fernandomartindelvalle@yahoo.es
flopezcanovas@me.com	robertofdfd@gmail.com
malourhe@hotmail.com	tepear@gmail.com
mdiaza1970@gmail.com	claraizsan@gmail.com
gonzalo.ros@gmail.com	villamarpablo@hotmail.com
jjmjambrina@gmail.com	loretobrotons@hotmail.com
mauriciovon@hotmail.com	pedro.serrano.c@gmail.com
mjaaprior@gmail.com	lydiagayubo@yahoo.es
nalissilan@gmail.com	amparoblanquer.viad@gmail.com
18779jog@gmail.com	ahedrera@gmail.com
bolivarquito@gmail.com	ro.calvo.med@gmail.com
TOTAL: 50	

Anexo XVIII: respuestas obtenidas a los ítems de respuesta abierta por parte de los profesionales sanitarios

Respuestas de los profesionales sanitarios en el ítem 13:

Entrevista, Valoración, Análisis de resultados, Informe, Entrega de resultados

Recogida de información, Entrevista a familia y entorno, aplicación de pruebas para diagnóstico diferencial, devolución de información, informe de resultados con derivación a otros servicios y o pautas de intervención y asesoramiento familiar y escolar.

Anamnesis a la familia, exploración y anamnesis del menor, valoración de información de centro escolar y equipo de orientación psicopedagógica.

No realizo diagnósticos, realizo una valoración y doy unas pautas encaminadas a la mejora de la alimentación

Recopilar información médico educativa; información familiar (ambos padres o dos personas diferentes de la familia); hablar con tutor o director si existe centro educativo; observación si es posible; pruebas diagnósticas; valoración subjetiva y juicio inter pares

Consultas diagnósticas clínicas por observación, información de padres y colegio y valoración escolar.

En primera consulta aproximación al desarrollo psicomotor, detección de síntomas guía, solicitud de las pruebas complementarias necesarias para descartar organicidad, y derivación al EAT y a CRECOVI si no se ha hecho ya. En visitas posteriores y en función de la evolución que tengan una vez iniciada la intervención se valora más adelante el diagnóstico de certeza

Diagnóstico y tratamiento

Evaluación específica protocolizada por PsQ y psicología y revisión de información previa e información escolar

Realización en varias consultas sucesivas de la historia clínica, incidiendo especialmente en la historia del desarrollo, familiar y relacional del paciente. Valoración en varias ocasiones del paciente en consulta, observando su desarrollo madurativo y la interacción social. Exploración a través del juego, el dibujo, material de evaluación de la interacción social y emocional. Pruebas complementarias que suelen aportar de la consulta del neuropediatra (derivar si no han sido valorados) y realización de ADOS en muchos casos y CI.

Primero recogida de historia del desarrollo evolutivo, genograma y situación familiar. Segunda revisión de historia e informes previos Pruebas diagnósticas (entrevista y ADOS), otras pruebas que puedan ser necesarias Confirmación diagnóstica y devolución a la familia del diagnóstico, su fiabilidad y devolución del tratamiento recomendado.

Por lo general, recogida de información de la familia mediante cuestionarios de screening y conducta adaptativa y mediante entrevista clínica, anamnesis y ADI-R; observación del

desempeño de la persona con posible TEA con ADOS, escala de desarrollo o de inteligencia; elaboración de informe y devolución de información a la familia.

Entrevista con padres y paciente. Valoración del niño. Pruebas diagnósticas complementarias.

Devolución de información a los padres.

Recogida de datos sobre la historia clínica e informes médicos, entrevista A-DIR y prueba A-DOS.

Historia de desarrollo, principales preocupaciones tempranas y actuales

Valoración clínica, despistaje orgánico, valoración específica, coordinación con centro educativo, diagnóstico.

Recogida información, evaluación clínica del menor, entrevista a padres, coordinación con colegio, orientación terapéutica.

No realizo diagnóstico, si acaso el diagnóstico ocupacional, viendo las áreas de desempeño en las que el usuario muestra dificultades para su autonomía

Primera entrevista con paciente y padres, de 2-4 sesiones con paciente a solas, 1-2 sesiones con padres a solas. En algunas ocasiones, solicito información extra a centro educativo, quizás valoración neurológica y/o genética e incluso me puedo plantear realizar ADOS y/o ADIR

Evaluación psiquiátrica, interconsulta a Atención Temprana, interconsulta a Neurología, interconsulta a ORL

Lectura informes - Conversación familia - exploración interesado - derivación experto ADI / ADOS

Evaluación de la información proporcionada por el pediatra, el médico de cabecera, la familia y descartar otras patologías.

Clínico-p diagnosticas- orientación terapéutica

Observación/Interrogatorio dirigido/Exploración y evaluación con la aplicación de test/pruebas paraclínicas si es necesario/revisión del caso. Emisión de juicio clínico.

Entrevista clínica, exploración, evaluación específica, seguimiento

Fase de observación-fase de diagnóstico-fase de derivación

Recogida información familia, estudio médico, observación niña, adir, ADOS, informe diagnóstico y propuesta intervención

Valoración del niño con entrevistas, entrevistas familiares, coordinación con escuela, test ADOS y ADIR

Entrevista, evaluación clínica, devolución diagnóstica

Historia clínica, análisis de las valoraciones realizadas, EF, pruebas complementarias

No diagnostico TEA

Historia clínica Paso ADIR y ADOS Coordinación escolar

Entrevista clínica. Entrevista familiar. Conversación con el colegio. ADOS-ADIR

Revisión información previa, exploración física y cognitiva, neuroimagen y estudios neurofisiológicos

Diagnóstico y tratamiento

Evaluación, exploración, pruebas complementarias, valoración neuropsicológica.

Valoración clínica y examen neurológico, Neuropsicología Estudio genético y de imagen

Información escolar, familiar y evaluación clínica

Las estipuladas en las guías clínicas

Valoración clínica - Evaluación neuropsicológica - Pruebas complementarias (Neuroimagen, Neurofisiología)

Valoración neuropsicológica

Historia clínica

Sospecha clínica y derivación a Neuropediatría para descartar organicidad y establecer diagnóstico. Derivación simultáneamente a Atención Temprana.

1- recogida de informes previos, 2- envío de escalas/cuestionarios si procede, 3- Adi-R, 4- ADOS, 5: evaluación de Funciones cognitivas (CI si no está valorado, mentalismo y funciones ejecutivas), 6: evaluación emocional 7: Evaluación HH adaptativas, (Observación en entorno natural o entrevista con centro educativo, 8 Entrega de informe con conclusiones normalmente en 2 sesiones: diagnóstico si es posible + orientaciones

Análisis información - Exploración clínica - Psicometría -

1: entrevista familiar para extraer datos de antecedentes personales y familiares; 2: valoración del neurodesarrollo mediante entrevista y observación del paciente evaluando los criterios DSM-5 de comunicación, sociabilidad y conducta, principalmente. 3: observación libre del paciente en consulta y exploración física y neurológica; 4: estudio de observaciones adicionales aportadas: informes escolares, psicopedagógicos, o de otros centros. 5: planteamiento de pruebas complementarias para descartar otras entidades o causas posibles del cuadro clínico: audiometría, estudio metabólico, genético, Neuroimagen, (decisión individualizada según características de cada caso). 6: en relación a lo anterior y conforme criterios DSM5 se emite el diagnóstico más adecuado.

Diagnóstico clínico (físico / neurológico / comportamental). Diagnóstico de comorbilidades.

Diagnóstico sindromático / diagnóstico etiológico (genético, etc.)

entrevista, antecedentes personales, revisión documentación aportada, exploración física, seguimiento clínico

Respuestas de los profesionales sanitarios en el ítem 18:

ADOS

M Chat para niños pequeños Pido genética

ADI-R, ADOS-2

ADOS-ADIR

Ya están realizadas cuando acuden

ADI-R, ADOS, M-CHAT

ADIR/ADOS/módulo teoría de la mente (NEPSY-III)

MCHAT r/F, ASSQ

ADI-R ADOS

MCHAT, ADOS, ADIR

ADIR, ADOS, CARS

M-CHAT

Test realizados por pediatría

m chat

IDEA

IDEA, ADI-R

Inventario

Así-e, ados-2

ADOS-2

SCQ

Los pacientes son valorados por equipo psicólogos

No utilizo pruebas estandarizadas específicas de TEA

Adi r

SCQ, A-DIR, A-DOS

ADOS o ADI-R

Ados, adir, ASSQ

ADOS y ADI-R

ADI-R, ADOS, cuestionarios screening de síntomas diagnósticos.

ADOS-G

Mchat (siempre) ados -2 (Frecuente)

MCHAT, ADOS, escala australiana, DSM5

En mi recurso no me dejan utilizar ninguna prueba

Nepsy-Ii. ADI-R y ADOS-2

ADOS y ADIR

Adir, ADOS

ADOS2

IDEA, M-CHAT, Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS), ABAS,

SCQ...

Muchas

ADOS, ADIR

CSBS, SCQ, ADI-R, ADOS, GADS, Escala CBS, ASSQ, AQ ASSQ-Girl, Alexitimia-Toronto, Medidas de pata

Yo no tengo formación en hacer pruebas de amplio espectro, como nivel de inteligencia o funciones cognitivas, aunque las solicito siempre a un especialista. Hago como screening el M-CHAT.

Las habituales

En mi hospital los neuropediatras no tenemos disponibles pruebas estandarizadas (ni de CI, ni FFEE, ni pruebas específicas de TEA), así que no las pasamos nosotros directamente. La mayoría de las veces obtengo esta información de los informes del EAT/EOEP y cuando no están valorados por estos equipos remito a Psiquiatría para hacer las pruebas pertinentes.

ADOS-2 y ADI-R

ADI-R

Respuestas de los profesionales sanitarios en el ítem 25:

Tengo facilidades para Dg

Rigor en las pruebas empleadas

Presencia de otros diagnósticos

El diagnóstico diferencial

El tiempo necesario para realizar una exploración exhaustiva

Es un diagnóstico del que hay tener mucha seguridad para realizarlo y a veces hay mucha presión a hacer un diagnóstico rápido. Diagnóstico diferencial con otras desorganizaciones del desarrollo de los niños que tienen mala cabida en las clasificaciones diagnósticas actuales

Falta de tiempo

Las valoraciones específicas, no se están realizando por gabinete psicopedagógico.

Negación padres

La falta de tiempo por paciente, la alta demanda

Coordinación entre sanidad y educación, falta de formación de algunos profesionales sanitarios

Barrera idiomática y cultural con las familias. Minimización de problemática

Ninguna

edad muy temprana de los pacientes, escasa información estructurada

Falta de accesibilidad a exploraciones específicas.

Diagnóstico tardío.

Diagnósticos erróneos previos

Retraso diagnóstico por lista de espera

Diagnóstico diferencial en edades tempranas
En sexo femenino y cuando hay discapacidad
Validez instrumentos de evaluación
Inadecuada información/valoración EOP
No realizo diagnósticos TEA, pero si lo hiciera, desde luego lo que supondrá para la familia
Recoger información
La diversidad clínica, las mujeres
Niños con sospecha de TEA alto funcionamiento o asperger; niños pequeños sin lenguaje adquirido e interacción.
Diagnóstico
Tiempo para evaluación
La primera visita
La lentitud de los profesionales que trabajan con el niño para recomendar a la familia la derivación a un centro especializado.
Poca especialización del gabinete de orientación escolar
En la salud pública muchas veces no tenemos los test específicos diagnósticos, séase ADI y ADOS, ni nos forman al respecto, se paga por cuenta propia.
La aceptación de los padres
Confusión con otras entidades clínicas: retraso psicomotor, discapacidad intelectual, etc.
Existe un sobre diagnóstico de TEA al usarse como cajón desastre de cualquier trastorno de Neurodesarrollo, dado que los amplios criterios DSM5 lo permiten, y en muchos casos las familias reclaman el diagnóstico específico en lugar de la incertidumbre diagnóstica (lógica) del retraso madurativo. Demasiados actores diagnosticando TEA en multitud de centros y servicios, en algunos de ellos erigiéndose en “oráculo” que determina quién tiene TEA y quien no, muchas veces con criterios interesados (fidelizar a la familia para terapias, etc...). Muchos diagnósticos de TEA de alto funcionamiento en niños que lo que tienen son altas capacidades o una personalidad marcada, sin constituir un trastorno. Muchos diagnósticos emitidos sin evaluación de capacidad intelectual (necesaria para descartar afectación cognitiva) ni valoración de audición (niños con hipoacusia catalogados como autistas).
Las heterolesiones al personal
Información poco precisa o incongruente de la familia, problemas en la coordinación con centro escolar
Comorbilidad con otros diagnósticos
Información de la familia, diagnóstico diferencial con trastorno del lenguaje.
La escasez de recursos por parte de la sanidad pública, poco personal, pocos instrumentos disponibles, excesiva rotación del personal

Diagnósticos diferencial por consumo de sustancias (trabajo en ámbito de adultos y patología dual)

Tiempo limitado en la consulta para realizar la evaluación

La estigmatización

Subjetividad de las pruebas en menores de 4 años

TEA en chicas adolescentes. Los profesionales no están habituados a ver este diagnóstico.

Nos llegan con muchos diagnósticos, pero no con el de TEA

Hay que recoger mucha información en diferentes entornos, es un proceso largo, que debe ser flexible, es complicado y costoso, y muchas familias no pueden permitírselo cuando no quieren esperar las largas colas en servicios financiados; y te encuentras con el dilema:

¿bajar calidad para dar el servicio de forma mínima?

Colaboración multidisciplinar para obtener pruebas de inteligencia, funciones cognitivas e informes del equipo de orientación y la evaluación por atención temprana.

Información dinámica familiar

Falta de herramientas estandarizadas y tiempo para aplicarlas.

El entorno familiar y el escolar

Tiempo de evaluación, dificultad de coordinación

Respuestas de los profesionales sanitarios en el ítem 26:

Más profesionales capacitados en sector público por los costos para personas con pocos recursos

coordinación entre servicios

Más entrevistas antes de dar un diagnóstico

Abordaje precoz permitiría el inicio de un seguimiento evolutivo más temprano en el tiempo

Poder observarles en distintos contextos

Que otros profesionales no diesen de forma precipitada diagnósticos basados en la existencia de ciertos "rasgos TEA" sin un cuidadoso diagnóstico diferencial

Más tiempo para poder administrar pruebas estandarizadas

Mejor coordinación, valoraciones con centros educativos

Observación temprana colegio

Poder dedicar el tiempo necesario a cada paciente y poder tener tiempo para formación continuada

Coordinaciones

Aumentar de tiempo en consulta. Posibilidad de uso de herramientas para diagnóstico.

Información temprana

coordinación entre los diferentes agentes, seguimiento antes del diagnóstico definitivo

Estructuración de servicios de atención especial multidisciplinarios.

Screening universal en centros educativos

Detección precoz

Mayor integración con colegios

Servicio de calidad gratuito para las familias

Vídeos de situaciones naturales

Validez ecológica

Equipos específicos de valoración psicológica/psicopedagógica

La coordinación entre todos los profesionales, el ir dando respuestas a la familia, el saber que una vez que esté hecho el diagnóstico se abordará en todos los contextos del menor

Coordinación

Establecer subtipos

Una mejor coordinación entre los diferentes profesionales que atienden al niño en distintos contextos y la existencia de pruebas de recogida de información para los profesores, así como un mayor conocimiento en signos de alarma por parte de los padres y profesores.

Diagnóstico

Formación específica

Coordinación entre especialistas

Que los profesionales educativos y médicos entendiesen que nunca se debería recomendar a una familia esperar y que el diagnóstico precoz equivale a mejor pronóstico

Lista de espera en servicios públicos

Tener esos test y formación; más profesionales formados, que se creará por fin la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil en España...

Un mayor feedback de la escuela y Centros terapéuticos.

Planes regionales/nacionales de atención al TEA que vayan desde el proceso diagnóstico a las intervenciones, fijando claramente quién debe realizar cada acción, con elección de criterios y pruebas a realizar de una forma homogénea en todos los pacientes y lugares, que no pueda depender de donde se encuentra cada niño.

El entorno en el que se evalúa, los materiales

observación más larga del paciente y familia, mejor coordinación con centro escolar

Coordinación con otros dispositivos

Observación en el aula con iguales. Observación en domicilio. Interacción en consulta con otros niños.

Protocolo estandarizado

Historia detallada del desarrollo psicosocial y académico en infancia temprana

Coordinación entre los equipos que evalúan al niño

La normalización

Especialización y sensibilización

Abordaje multidisciplinar, y una mayor fluidez de contacto entre los distintos profesionales.

Más cursos formativos.

Seguimientos programados tras evaluar por primera vez

Mejorar la accesibilidad a salud mental y neuropsicólogos, mejorar acceso a atención temprana

Protocolizar proceso diagnóstico. Y solo para psiquiatras o psicólogos clínicos

Unidades multidisciplinarias con formación específica y herramientas adecuadas, e incluir a Sanidad en las evaluaciones de los equipos (neuropediatra/psiquiatra)

Más formación a los profesionales

mayor formación específica en profesores y equipo docente

Respuestas de los profesionales sanitarios en el ítem 27:

Políticas de Salud de los gobiernos

coordinación

Mejor coordinación con escuelas y Equipos de valoración psicopedagógica

Mejores seguimientos en el tiempo

Más formación continuada en este diagnóstico

La formación de los profesionales

Disponer del ADOS-2

Mejores pruebas de screening escolares

Intervención precoz

Lo mismo que en respuesta anterior y un mayor apoyo a servicios de atención primaria y centros educativos para que se detecten los signos de alarma lo antes posible y sean los pacientes derivados lo más pronto posible.

Valoraciones psicopedagógicas previas

Disponer de mayor tiempo para comunicación con centros escolares.

Mayor conocimiento en adultos

carga asistencial menor, más tiempo para exploración y seguimiento, más comunicación

Estructuración de servicios de atención especial multidisciplinarios.

Diagnóstico objetivo basado en pruebas fisiológicas más que en CLINICA más subjetiva.

No se me ocurre

No sé.

Información de expertos para mejorar la detección temprana

Información detallada del colegio

Nada que reseñar

Las mismas

El saber quién y cómo realiza el diagnóstico

Coordinación

Cambiar el nombre del trastorno

Una mayor estandarización de los profesionales acreditados en el diagnóstico y pruebas a utilizar.

Experiencia

Formación

Unidades multidisciplinarias

Que los profesionales normalizasen la necesidad de evaluación y contribuyesen a reducir el estigma del diagnóstico

Mayor especialización de los profesionales educativos y sanitarios

Menos saturación de agendas, se necesita tiempo y formación para hacer buenas observaciones y recogida de información

Mejor diagnóstico genético. Mayor información social acerca de TEA

Pruebas estandarizadas. Recordar que no todos los niños “No normativos “son autistas: existe la discapacidad intelectual, el retraso psicomotor, etc.

El acceso a la información escolar

Mejora de la coordinación, menor carga asistencial, más formación a profesionales de la salud respecto al TEA

Falta de tiempo.

Tiempo.

Unidades específicas, personal sanitario altamente formado

Información a padres y familias sobre el reconocimiento del problema e intervención sobre el estigma en población general

Trabajar con equipos especializados. Comunicación fluida entre los equipos/sesión clínica de los casos.

La comunicación interdisciplinar

Mayor fiabilidad en pruebas diagnósticas

Mayor formación.

Seguimientos programados

Burocracia

Delimitación de los campos de intervención de profesionales

Más tiempo y más coordinación

El precio de los test

mayor formación específica en profesores y equipo docente

Respuestas de los profesionales sanitarios en el ítem 28:

Mucho

Muy importante

Alta

Según el nivel cultural Familia facilita o dificulta el diagnóstico es fundamental, aunque en ocasiones minimizan

Al 90%

80%

Siempre

En un 30-40%

Información muy importante

en gran medida

Mucho.

Mucho

Bastante

Es vital

En gran parte, pero no es exclusivamente fundamental para ello

Esencial

En general acertada con preguntas dirigidas

Depende mucho de la familia. Algunas en gran medida porque aportan información muy útil, en otros casos existe negación y por lo tanto lo que se ve claro en la consulta la familia no lo percibe debido a la afectación emocional que enfrentarse a ello puede suponer.

Muy importante

Medio - Alto. A veces se tiende a omitir información relevante, ya sea por desconocimiento o por negación.

Bastante

Elevada

Casi siempre

Completamente

Es muy útil

Importantísimo, aunque algunas niegan la evidencia

Es el pilar fundamental ya que son los que conviven en el día a día con el niño con sospecha de TEA

Es la base del proceso diagnóstico.

En gran medida

En gran medida, pero es difícil obtenerla adecuadamente en muchos casos

Es muy necesaria. Aunque muchas veces existe un proceso de negación w dificulta la valoración

Mucho.

Es de gran importancia para el diagnóstico

Es muy importante, aunque no es decisiva.

Muy importante. Para mí, es básica e imprescindible.

Fundamental

Es muy importante, pero puede estar sesgada

Habitualmente, mucho

En mi caso mucho

En la medida en la que ellos expliquen todo el proceso del neurodesarrollo
alta

Respuestas de los profesionales sanitarios en el ítem 29:

Mucho

Siempre

Siempre

En alta medida Importa mucho

mucho

Demasiado poco

100%

Siempre es tomada en cuenta la información proporcionada por la familia, lo que ocurre es que en ocasiones es información sesgada o dirigida tras haber "estudiado" previamente el tema del TEA. Las familias están muy angustiadas ante este tipo de diagnósticos y esto a veces interfiere en el proceso diagnóstico.

Debe ser muy importante la formación de los profesionales sanitarios o del ámbito escolar es insuficiente en general

La tengo en cuenta al 100%

Es fundamental.

yo bastante

Siempre.

Mucho

Bastante

En algunas ocasiones

Siempre es tomada en cuenta de forma prioritaria

Siempre se tiene en cuenta

Alta

Generalmente en gran medida, o debería ser así.

En mi caso siempre

Mucho.

Bastante

Media

Casi siempre

En mi caso, al 100%

Elevada

Fundamental

Muy en cuenta

La tengo mucho en cuenta

En gran medida

Mucho.

Muy alta

Yo creo que en general si es tomada en cuenta, aunque a veces todavía muchos niños que han sido diagnosticados durante mucho tiempo como “tranquilos”, “ya cambiarán”, “no te preocupes”. ...

En 100% . Si no coincide con lo observado, consultamos con familia extensa

Creo que se tiene muy en cuenta, pero se necesitan valoraciones objetivas

Yo muy en cuenta

En la actitud y colaboración al realizar el SCQ alta

Respuestas de los profesionales sanitarios en el ítem 30:

No

No.

Promover formación universitaria y en postgrado de personal capacitado y humanamente rico

nada

Al ampliar la categoría TEA en el DSMV se están incluyendo en este diagnóstico niños que previamente no entrarían en esta categoría. Hay un gran interés por parte de algunos neuropediatras de diagnosticar sin el necesario diagnóstico diferencial por parte de salud mental infanto-juvenil. El diagnóstico acaba siendo necesario para que los niños reciban apoyos y ayudas. A veces no se tiene en cuenta el cuidado hacia la familia durante el proceso diagnóstico

Enhorabuena por el estudio. Espero que salgan conclusiones interesantes

El Atleti es el mejor y actual campeón de liga

Nada, gracias

no

No se puede llamar a todo TEA, existe también la enfermedad mental de otro tipo en la infancia, la falta de estímulos, la falta de recursos e información, la discapacidad intelectual.

Hay que hacer seguimiento de los pacientes

Tengo poca experiencia clínica con TEA, lo conozco sobre todo por teoría estudiada y cursos realizados.

Necesidad de implementar formación en TEA en clínicos de adultos

No, gracias

Necesidad de formación profesionales sanitarios

Nada

Definir claramente el papel del neurólogo en el diagnóstico de TEA. Nuestro papel es la búsqueda del TEA sindrómico su etiología y sus comorbilidades.

Mo

Las comorbilidades

Gracias

La integración sensorial es fundamental.

Muchas familias se tienen que pagar el diagnóstico y tratamiento fuera de la Salud pública, es lamentable

El diagnóstico precoz es una herramienta invaluable para poder organizar un plan de apoyo y terapéutico para el paciente. Su familia y gente involucrada en su entorno (terapeutas.

Educadores)

No, todo el cuestionario ha sido muy completo.

Es importante valorar la interacción con iguales y familia.

Agradecerte tu investigación. Mucha suerte y mucho ánimo

Luchemos todos juntos por mejorar en el diagnóstico temprano de estas personas, y vayamos todos a una desde atención primaria, atención especializada, educación, servicios sociales.... menos burocracia, y más puesta en acción. Más formación.

Gracias

La sospecha de TEA es relativamente sencilla de hacer, pero llegar a un diagnóstico certero y descartar organicidad o comorbilidades es muy proceso muy enlentecido con muchas trabas burocráticas

Gran proyecto, es un gran vacío en la actualidad y sería genial homogeneizar y agilizar los procesos. Fundamental equipo público específico con sanidad/salud mental y educación. es importante continuar con estudios como el suyo para mejorar la atención a este grupo poblacional

Anexo XIX: registro de las respuestas obtenidas por parte de los profesionales sanitarios

	I-1	I-2	I-3	I-4	I-5	I-6	I-7	I-8	I-9	I-13	I-18	I-21	I-22	I-23	I-24	I-25	I-26	I-27	I-28	I-29	I-30
1	3	4	2	1	7	1	3	1	2	*1	*2	2	3	3	3	*3	*4	—	Esencial	Siempre	—
2	2	2	2	1 al 4	2-6-9	1	2	1 al 5	3 y 4	*5	*6	2	4	1-3-6	2	*7	*8	*9	Muy útil	Elevada	*10
3	1	2	4 y 5	1	7	1	3	1 al 5	1 y 2	*11	M-CHAT	2	5	4	3	*12	*13	*14	Mucho	Fundamental	—
4	3	2	6	1 y 4	9	1	3	3 y 4	1 al 3	*15	*16	5	5	1	4	*17	*18	*19	*20	*21	No
5	3	4	2	1 al 5	2 y 3	1	5	1-4-5	1 al 5	*22	Muchas	2	4	1-3-4	5	*23	*24	*25	Mucho	Mucho	No
6	1	3	1	1	9	1	3	1-3-4	3	*26	ADOS-G	5	3	3-4	3	*27	*28	*29	Importante	Siempre	*30
7	1	2	3-4	1	7	1	5	1 al 4	2	*31	*32	2	4	4	2	*33	*34	*35	Mucho	Mucho	*36
8	4	4	1	1	9	1	1	1	6	*37	—	3	3	2	2	Diagnost	Diagnost	Experien	Bastante	bastante	no
9	3	4	1	1-3	7	1	5	1 la 5	1 al 6	*38	*39	2	3	1-3-5	3	*40	Coord	*41	Mucho	Mucho	no
10	1	2	1	1	7	1	2	3	2	*42	ADOS	3	3	3-4-5	2	*43	*44	*45	Bastante	Bastante	no
11	4	2	2	1	7	1	2	1-2-4-5	2	*46	*47	3	3	3	2	*48	*49	Formace	siempre	*50	*51
12	3	2	2	1-2	2-6-7-8	1	4	1 al 4	2-3	*52	ADOS ADI-R	2	3	1-2-5	1	*53	*54	*55	Mucho	Siempre	no
13	1	4	2	1	7	1	5	1-2	1	*56	*57	3	3	3-5	2	*58	Coord	*14	Mucho	Mucho	no
14	3	1	2	1-4	2-7	1	2	1 al 4	3-4	*59	*60	2	3	3	2	*61	*62	*63	Bastante	Mucho	no
15	1	3	2	1-3	2	1	4	1 al 4	2-3	*64	*65	2	3	1-3-4	3	*66	*67	*68	Importante	Siempre	*69
16	3	2	1	1	2-7	1	5	1 al 4	2-3	*70	ADOS ADI-R	2	3	3	4	*71	*72	*73	Mucho	Mucho	no
17	1	2	1	1	7	1	5	1 al 5	2-3	*52	ADI-R	2	3	3	4	*13*40	*40	*40	Mucho	Mucho	*74
18	3	1	6	3-4	7-9	1	1	5	1-3	*17	—	2	3	1-3-4	2	*75	*76	*43	Mucho	Mucho	no
19	3	4	1	1	7	1	2	1 al 3	2-3-4	*52	*77	3	4	1 al 4	4	*14	*78	*78*40	Esencial	Mucho	no
20	4	4	1	1	2-7	1	3	2-4	2	*79	*77	2	4	1 al 4	2	*14	*80	*9	Mucho	Mucho	no
21	4	1	1	1	9	1	1	4	2	*52	ADOS	3	4	1-3	1	*81	*35	*82	Mucho	Mucho	no
22	4	3	3	1	7	1	4	1 al 5	4-5-6	*31	*27	2	4	1-3	3	ninguna	*82	*24	Mucho	Siempre	No
23	3	4	3-4	1	7	1	5	3	2	*22	*82	1	3	3-4	3	*8*33	*24	*24	Mucho	Mucho	*83
24	3	4	3-4	1	2-9	1	5	1 al 4	1-2	*52	ADOS	5	3	1-3	2	*14	*35	*40	Mucho	Siempre	no
25	3	3	4	1-3	7	1	5	1	1	*52	*84	2	4	1-2-4	3	1ª visita	*40	*85	Bastante	Bastante	no
26	3	4	6	1 al 4	1 al 3	1	5	1-3-4-5	1-2-3-6	*86	*87	3	4	1 al 5	3	*88	*89	*72	Mucho	--	no
27	3	3	1	1-3	2-9	1	5	1-3-4	1-2	*52	ADOS ADI-R	2	3	2-3-4-5	4	*90	*91	*9	Mucho	Siempre	no
28	3	1	1	1	9	1	3	2	3	*52	ADOS ADI-R	3	3	4	2	*92	*44	*72	Mucho	Poco	no
29	1	1	1	1	2-7	1	4	3	3	*52	ADOS	2	3	2	3	*93	*94	*72	Mucho	--	no
30	4	3	4	1	7	1	3	1 al 4	1-4	*52	MCHAT ASSQ	2	4	1 al 4	2	*14	*14	*27	Mucho	Mucho	no
31	1	1	1	1	9	2	1	1	6	*17	ADOS	2	3	1	5	*95	*73	*96	Mucho	Mucho	no
32	3	1	1	1	7	1	1	2-3	2	--	ADI-R	3	4	3	3	*98	*40	*40	Mucho	Siempre	no
33	1	1	1	1	7	1	2	1-4	2-3	*52	ADOS	3	3	1 al 3	2	*99	*44	*37	Mucho	Mucho	*100

34	1	2	1	1-4	7	1	1	1	5-6	*52	ADI-R ADOS ADI-R	2	3	1	3	**101	*85*40	*85*40	Mucho	Mucho	*102
35	1	1	3	1-2	2-7	1	1	1	2-3	*103	--	3	4	1-2-4	1	*104	*82	*35	Mucho	Mucho	no
36	3	1	1	2	2-7	1	2	1	3	*52	ADOS ADI-R	2	3	2-3	2	*105	*9	28	Mucho	Mucho	no
37	1	3	4	1	1-2- 4-7	1	5	2-3-4	1-2	*103	ADOS ADI-R	2	4	1-2-5	4	*106	*40	*40	Mucho	Mucho	no
38	4	4	3-4	1-5	2-7-9	1	4	1	1-2	*107	MCHAT	3	3	2-3	4	--	*9	*108	Mucho	Mucho	*109
39	3	4	1	1	2-7	1	5	1	2	*52	ADOS	3	2	1 al 4	3	*104	*98	*110	Mucho	Mucho	*92
40	4	4	1	1	7	1	4	3	2	*111	Habituales	3	3	6	2	*112	*113	*114	Mucho	Mucho	no
41	3	2	1	1	7	1	1	4	3	--	ADOS	2	3	3	2	*104	*115	*116	Mucho	Mucho	no
42	4	4	3	1	7	1	2	2 al 4	3	*117	IDEA	1	3	1-2-4	2	*118	*119	*119	Mucho	Mucho	no
43	1	1	3	1	7	1	2	1 al 4	4 al 6	*117	Inventario	1	3	1	3	*8	*120	No se	Mucho	Mucho	no
44	4	4	1	1	7	1	2	3	6	*121	ADOS ADI-R	3	3	1 al 3	3	*35	*35	*35	Mucho	Bastante	no
45	1	1	4	1	9	1	1	1	1-2	*122	*123	2	4	3-4	2	*85	*124	*125	Mucho	Mucho	*126
46	1	4	2	1-3-4	2-9	1	5	1-3-4-5	1-2-3-6	*127	*128	2	4	1-2-5	3	*129	*130	*130	Mucho	Mucho	no
47	1	4	1	1	9	1	2	1-2-4	3-4-6	*131	IDEA ADI-R	3	3	2-4	2	*132	*133	No se	Bastante	Bastante	*134
48	4	2	4-6	1	7	1	5	1 al 4	1-2	*135	*136	2	4	4-5	5	*137	*138	*139	Mucho	Mucho	no
49	5	3	3-4	1-2	7	1	5	1-4-5	1-2	*140	MCHAT ADOS	2	3	2-3	3	*141	*142	*143	Mucho	Mucho	*144
50	4	3	3-4	1-3	7-9	1	5	1 al 4	2	*145	MCHAT	2	3	2-4-5	3	*146	*147	*148	Mucho	Bastante	*149

	Ítem 10					Ítem 11				Ítem 12					Ítem 14					Ítem 15										Ítem 16			Ítem 17			Ítem 19			Ítem 20											
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C		
1	4	1	1	2	1	1	3	3	1	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	3	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	
2	4	1	1	2	1	1	3	3	1	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	3	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2
3	4	3	1	4	1	3	4	4	1	3	3	4	3	1	3	3	4	4	2	3	2	4	5	1	1	1	1	1	3	5	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	3	3	3	4	3	1	
4	5	1	1	1	1	2	4	5	2	4	5	3	5	1	4	4	5	5	5	5	4	5	5	3	3	1	1	1	2	4	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	4	3	3	5	4	1		
5	2	1	1	3	3	1	1	1	1	5	4	4	5	5	3	3	3	3	4	2	3	3	3	5	3	2	5	3	3	4	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	2	2	2	2	1	4	3	3	1	5	5	5	5	4	3	3	3	5	5	4	4	4	5	5	4	5	2	4	4	2	4	4	4	4	4	5	4	3	2	3	4	4	3	3	5	3	3	3	3	
7	5	1	4	1	1	1	3	3	1	5	4	5	5	2	4	4	4	5	5	4	3	3	4	5	3	4	1	1	1	2	5	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	5	1	5	5	5	5	5	2	
8	3	1	1	3	1	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	3	3	3	1	1	1	5	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	5	3	2	2	2	3	3	2	
9	5	1	1	1	1	1	3	5	4	2	4	5	5	1	2	2	3	4	4	3	4	3	4	5	3	3	2	1	1	3	2	1	4	4	5	2	3	4	4	3	2	2	1	1	1	4	4	3		
10	5	1	1	1	1	2	3	3	2	5	5	4	5	4	3	3	3	4	4	4	5	3	5	5	4	4	3	1	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	3	5	3	3	4	4	5	4	3	
11	5	1	1	4	1	2	3	3	1	3	5	5	5	4	4	4	4	5	5	3	5	3	5	5	4	4	1	1	2	3	5	4	5	5	5	4	3	5	5	4	4	1	3	4	5	5	5	3		
12	1	2	1	4	1	3	3	4	1	2	5	4	5	2	2	2	5	5	5	3	4	2	4	5	2	2	2	2	4	4	4	1	4	2	5	2	4	3	3	3	5	3	2	5	4	5	2	2		
13	5	1	1	1	1	2	4	5	5	3	5	4	5	3	4	3	3	5	5	3	3	4	4	5	3	3	4	1	4	3	5	2	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	1	4	4	5	3	1

14	1	3	1	5	1	1	2	2	1	2	5	5	5	3	3	4	4	5	5	3	3	3	3	5	4	3	3	3	4	2	5	2	5	5	5	1	5	5	3	4	4	1	4	4	4	3	4	4						
15	3	3	4	5	2	3	3	2	1	5	5	5	5	2	4	3	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	3	3	4	5	5	1	5	5	5	4	4	5	5	5	5	3	4	5	5	4	4	2						
16	3	3	2	2	2	3	2	1	1	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	3	4	4	2	5	4	4	3	5	4	4	3	5	4	4	4	3	3	3	4	4	2						
17	4	2	2	3	2	1	1	1	1	5	5	5	5	5	3	3	4	5	5	5	5	3	5	5	2	4	4	2	2	2	5	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	1	4	4	5	5	3						
18	2	1	1	2	3	1	2	4	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5							
19	5	1	1	1	1	1	4	4	1	4	5	5	5	1	2	3	4	3	5	3	5	3	5	5	3	3	1	1	4	2	4	5	3	2	2	1	2	2	2	2	2	1	3	5	5	4	3	2						
20	3	2	2	2	1	2	2	2	2	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	3	3	2	3	5	2	4	3	4	3	5	4	3	3	3	3	3	4	4	3							
21	1	1	1	5	1	2	2	2	1	3	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5						
22	5	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	5	5	4	4	4	4	5	1	1	1	1	1	1	4	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3					
23	2	3	1	2	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	1	1	1	3	3	2						
24	3	3	1	3	1	3	4	4	2	3	3	3	3	2	3	3	4	4	4	3	4	4	3	5	3	2	3	1	3	2	3	2	5	4	5	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	2						
25	3	3	1	1	1	1	2	3	1	3	4	5	5	1	3	3	4	3	5	3	3	4	4	5	2	5	1	2	2	2	5	2	4	4	4	1	4	4	4	4	3	1	2	3	3	3	4	4						
26	2	2	1	3	2	2	2	1	1	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	4	5						
27	4	2	1	1	1	1	3	3	3	3	5	5	5	1	3	3	3	4	5	4	4	3	5	5	3	5	4	3	2	5	5	3	5	5	5	3	4	5	4	4	5	4	3	4	4	5	5	5						
28	4	4	2	3	2	3	2	2	2	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	2	3	1	5	5	5	2	4	4	4	5	3	4	5	4	2	3	2	4	4	2				
29	2	3	2	3	2	3	3	2	2	4	5	5	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	1	1	1	1	1	1	5	2	5	5	5	5	3	3	3	5	5	3	3	4	4	4	5	4	3				
30	2	2	2	2	1	3	3	3	2	5	3	5	5	1	5	5	5	5	5	4	4	3	4	5	1	1	1	1	1	2	5	1	1	1	1	1	5	4	1	1	1	1	4	4	5	5	5	2						
31	2	1	1	1	4	2	2	2	2	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2					
32	2	3	1	2	1	2	2	2	1	5	5	5	5	2	2	2	2	4	5	5	1	5	5	4	4	4	4	5	5	1	2	1	4	4	4	5	3	3	5	3	4	4	3	4	3	4	5	5	5	5				
33	2	4	3	2	1	3	2	2	3	3	5	4	5	1	2	2	2	5	5	4	5	4	5	4	5	3	3	1	1	2	2	5	1	5	5	5	1	3	5	5	3	3	2	1	5	4	5	5	1					
34	4	2	1	1	1	2	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5					
35	4	1	1	2	1	2	1	5	2	4	5	3	2	1	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	1	2	1	1	1	4	4	1	3	1	1	1	3	2	1	4	3	1	2	5	4	5	5	1						
36	3	2	1	2	1	3	4	3	3	4	5	5	5	2	3	3	3	5	5	4	5	4	5	5	3	3	1	3	4	1	2	3	5	5	4	1	5	3	4	4	3	3	2	2	2	4	3	2						
37	2	4	4	4	2	2	3	2	1	5	4	4	5	3	3	3	3	4	5	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	4	5	3	5	5	5	5	3	4	4	3	3	4	3	3	4	5	4	4	5					
38	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	4	2	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	5	5	5	3	5	4	4	5	5	4	
39	2	3	2	2	1	3	4	3	3	3	3	5	5	5	4	3	3	5	5	5	5	5	4	5	5	3	3	2	2	2	3	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	2	2	2	3	5	3	4	2	
40	4	2	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3			
41	2	1	1	4	1	2	3	3	1	4	5	4	5	4	2	2	4	5	5	5	5	3	5	5	3	2	1	5	5	1	3	3	5	5	4	1	5	3	5	5	5	5	5	1	4	5	5	4	5	5				
42	4	1	1	2	1	1	4	4	2	5	5	4	4	4	2	3	4	4	5	3	4	4	4	5	2	3	1	2	4	4	2	2	4	4	3	1	3	3	3	4	4	3	2	2	2	5	4	1						
43	5	1	1	1	1	1	4	4	1	3	5	4	5	3	2	2	4	5	5	2	4	2	2	5	1	1	1	1	3	1	1	5	5	4	1	5	3	5	3	3	3	1	1	1	4	1	1	1	1					
44	4	1	1	2	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	3	5	5	2	4	4	1	1	1	1	1	3	3	3	3	4	4	5	4	4	3	3	3	3	3	3	3	5					
45	1	2	1	4	1	1	4	3	1	4	3	5	5	2	1	2	3	5	5	4	4	4	4	5	3	4	2	2	4	2	4	2	5	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	5					
46	1	1	1	5	1	3	3	3	1	5	3	5	5	5	2	2	2	5	5	5	5	2	5	5	4	3	3	4	4	3	5	1	5	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1				
47	1	2	1	3	2	1	1	3	1	3	3	3	3	1	4	4	5	4	5	4	3	3	4	5	4	4	3	2	3	2	2	2	4	3	4	1	3	3	3	3	3	3	1	1	1	2	3	1						
48	4	2	1	1	1	2	4	4	1	4	5	5	5	1	3	3	3	5	5	3	3	4	4	5	2	2	1	2	2	3	4	2	4	4	4	1	4	4	5	4	3	1	4	4	4	5	5	1						
49	5	3	2	4	2	1	3	3	1	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	2	3	2	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5	4	3	5	3	5	3	2						
50	3	2	2	2	1	3	4	4	3	3	4	5	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5	3	3	3	2	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	5	5	5	5	5

- *1: Entrevista, Valoración, Análisis de resultados, Informe, Entrega de resultados
- *2: SCQ
- *3: Validez instrumentos de evaluación
- *4: Validez ecológica
- *5: Recogida de información, Entrevista a familia y entorno, aplicación de pruebas para diagnóstico diferencial, devolución de información, informe de resultados con derivación a otros servicios y o pautas de intervención y asesoramiento familiar y escolar.
- *6: ADI-R, ADOS, cuestionarios screening de síntomas diagnósticos.
- *7: Poca especialización del gabinete de orientación escolar
- *8: Lista de espera en servicios públicos
- *9: Mayor especialización de los profesionales educativos y sanitarios
- *10: La integración sensorial es fundamental.
- *11: Anamnesis a la familia, exploración y anamnesis del menor, valoración de información de centro escolar y equipo de orientación psicopedagógica.
- *12: Barrera idiomática y cultural con las familias. Minimización de problemática
- *13: Aumentar de tiempo en consulta. Posibilidad de uso de herramientas para diagnóstico.
- *14: Disponer de mayor tiempo para comunicación con centros escolares.
- *15: No realizo diagnósticos, realizo una valoración y doy unas pautas encaminadas a la mejora de la alimentación
- *16: No utilizo pruebas estandarizadas específicas de TEA
- *17: No realizo diagnósticos TEA.
- *18: La coordinación entre todos los profesionales, el ir dando respuestas a la familia, el saber que una vez que esté hecho el diagnóstico se abordará en todos los contextos del menor
- *19: El saber quién y cómo realiza el diagnóstico

*20: Depende mucho de la familia. Algunas en gran medida porque aportan información muy útil, en otros casos existe negación y por lo tanto lo que se ve claro en la consulta la familia no lo percibe debido a la afectación emocional que enfrentarse a ello puede suponer.

*21: Generalmente en gran medida, o debería ser así.

*22: Recopilar información médico educativa; información familiar (ambos padres o dos personas diferentes de la familia); hablar con tutor o director si existe centro educativo; observación si es posible; pruebas diagnósticas; valoración subjetiva y juicio inter pares

*23: Subjetividad de las pruebas en menores de 4 años

*24: Especialización y sensibilización

*25: Mayor fiabilidad en pruebas diagnósticas

*26: Consultas diagnósticas clínicas por observación, información de padres y colegio y valoración escolar.

*27: En la salud pública muchas veces no tenemos los test específicos diagnósticos, séase ADI y ADOS, ni nos forman al respecto, se paga por cuenta propia.

*28: Tener esos test y formación; más profesionales formados, que se creará por fin la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil en España...

*29: Menos saturación de agendas, se necesita tiempo y formación para hacer buenas observaciones y recogida de información

*30: Muchas familias se tienen que pagar el diagnóstico y tratamiento fuera de la Salud pública, es lamentable

*31: En primera consulta aproximación al desarrollo psicomotor, detección de síntomas guía, solicitud de las pruebas complementarias necesarias para descartar organicidad, y derivación al EAT y a CRECOVI si no se ha hecho ya. En visitas posteriores y en función de la evolución que tengan una vez iniciada la intervención se valora más adelante el diagnóstico de certeza

*32: En mi hospital los neuropediatras no tenemos disponibles pruebas estandarizadas (ni de CI, ni FFEE, ni pruebas específicas de TEA), así que no las pasamos nosotros directamente. La mayoría de las veces obtengo esta información de los informes del EAT/EOEP y cuando no están valorados por estos equipos remito a Psiquiatría para hacer las pruebas pertinentes.

*33: Falta de herramientas estandarizadas y tiempo para aplicarlas.

- *34: Unidades multidisciplinares con formación específica y herramientas adecuadas, e incluir a Sanidad en las evaluaciones de los equipos (neuropediatra/psiquiatra)
- *35: Más tiempo y más coordinación
- *36: Gran proyecto, es un gran vacío en la actualidad y sería genial homogeneizar y agilizar los procesos. Fundamentales equipos público específicos con sanidad/salud mental y educación.
- *37: Diagnóstico y tratamiento
- *38: Evaluación específica protocolizada por PsQ y psicología y revisión de información previa e información escolar
- *39: ADIR, ADOS, CARS
- *40: Coordinación entre sanidad y educación, falta de formación de algunos profesionales sanitarios
- *41: Valoraciones psicopedagógicas previas
- *42: Realización en varias consultas sucesivas de la historia clínica, incidiendo especialmente en la historia del desarrollo, familiar y relacional del paciente. Valoración en varias ocasiones del paciente en consulta, observando su desarrollo madurativo y la interacción social. Exploración a través del juego, el dibujo, material de evaluación de la interacción social y emocional. Pruebas complementarias que suelen aportar de la consulta del neuropediatra (derivar si no han sido valorados) y realización de ADOS en muchos casos y CI.
- *43: Información poco precisa o incongruente de la familia, problemas en la coordinación con centro escolar
- *44: observación más larga del paciente y familia, mejor coordinación con centro escolar
- *45: Mejora de la coordinación, menor carga asistencial, más formación a profesionales de la salud respecto al TEA
- *46: Primero recogida de historia del desarrollo evolutivo, genograma y situación familiar. Segunda revisión de historia e informes previos Pruebas diagnósticas (entrevista y ADOS), otras pruebas que puedan ser necesarias Confirmación diagnóstica y devolución a la familia del diagnóstico, su fiabilidad y devolución del tratamiento recomendado.
- *47: ADIR/ADOS/módulo teoría de la mente (NEPSY-III)

*48: Es un diagnóstico del que hay tener mucha seguridad para realizarlo y a veces hay mucha presión a hacer un diagnóstico rápido. Diagnóstico diferencial con otras desorganizaciones del desarrollo de los niños que tienen mala cabida en las clasificaciones diagnósticas actuales

*49: Que otros profesionales no diesen de forma precipitada diagnósticos basados en la existencia de ciertos "rasgos TEA" sin un cuidadoso diagnóstico diferencial

*50: Siempre es tomada en cuenta la información proporcionada por la familia, lo que ocurre es que en ocasiones es información sesgada o dirigida tras haber "estudiado" previamente el tema del TEA. Las familias están muy angustiadas ante este tipo de diagnósticos y esto a veces interfiere en el proceso diagnóstico.

*51: Al ampliar la categoría TEA en el DSMV se están incluyendo en este diagnóstico niños que previamente no entrarían en esta categoría. Hay un gran interés por parte de algunos neuropediatras de diagnosticar sin el necesario diagnóstico diferencial por parte de salud mental infanto-juvenil. El diagnóstico acaba siendo necesario para que los niños reciban apoyos y ayudas. A veces no se tiene en cuenta el cuidado hacia la familia durante el proceso diagnóstico

*52: Por lo general, recogida de información de la familia mediante cuestionarios de screening y conducta adaptativa y mediante entrevista clínica, anamnesis y ADI-R; observación del desempeño de la persona con posible TEA con ADOS, escala de desarrollo o de inteligencia; elaboración de informe y devolución de información a la familia.

*53: La lentitud de los profesionales que trabajan con el niño para recomendar a la familia la derivación a un centro especializado.

*54: Que los profesionales educativos y médicos entendiesen que nunca se debería recomendar a una familia esperar y que el diagnóstico precoz equivale a mejor pronóstico

*55: Que los profesionales normalizasen la necesidad de evaluación y contribuyesen a reducir el estigma del diagnóstico

*56: Entrevista con padres y paciente. Valoración del niño. Pruebas diagnósticas complementarias. Devolución de información a los padres.

*57: Nepsy-Ii. ADI-R y ADOS-2

*58: Comorbilidad con otros diagnósticos

*59: Recogida de datos sobre la historia clínica e informes médicos, entrevista A-DIR y prueba A-DOS.

*60: SCQ, A-DIR, A-DOS

*61: Niños con sospecha de TEA alto funcionamiento o asperger; niños pequeños sin lenguaje adquirido e interacción.

*62: Una mejor coordinación entre los diferentes profesionales que atienden al niño en distintos contextos y la existencia de pruebas de recogida de información para los profesores, así como un mayor conocimiento en signos de alarma por parte de los padres y profesores.

*63: Una mayor estandarización de los profesionales acreditados en el diagnóstico y pruebas a utilizar.

*64: Historia de desarrollo, principales preocupaciones tempranas y actuales

*65: Así-e, ados-2

*66: Diagnóstico diferencial en edades tempranas

*67: Servicio de calidad gratuito para las familias

*68: Información de expertos para mejorar la detección temprana

*69: Necesidad de formación profesionales sanitarios

*70: Valoración clínica, despistaje orgánico, valoración específica, coordinación con centro educativo, diagnóstico.

*71: Las valoraciones específicas, no se están realizando por gabinete psicopedagógico.

*72: Mejor coordinación, valoraciones con centros educativos

*73: Mejores pruebas de screening escolares

*74: es importante continuar con estudios como el suyo para mejorar la atención a este grupo poblacional

*75: Las heterolesiones al personal

*76: El entorno en el que se evalúa, los materiales

*77: MCHAT, ADOS, ADIR

*78: Poder dedicar el tiempo necesario a cada paciente y poder tener tiempo para formación continuada

*79: Evaluación psiquiátrica, interconsulta a Atención Temprana, interconsulta a Neurología, interconsulta a ORL

*80: Poder observarles en distintos contextos

*81: Negación padres

*82: Intervención precoz

*83: Definir claramente el papel del neurólogo en el diagnóstico de TEA. Nuestro papel es la búsqueda del TEA sindrómico su etiología y sus comorbilidades.

*84: Ados, adir, ASSQ

*85: Unidades multidisciplinares

*86: Fase de observación-fase de diagnóstico-fase de derivación

*87: IDEA, M-CHAT, Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS), ABAS, SCQ...

*88: La estigmatización

*89: La normalización

*90: La escasez de recursos por parte de la sanidad pública, poco personal, pocos instrumentos disponibles, excesiva rotación del personal

*91: Protocolo estandarizado

*92: Comorbilidad

*93: En sexo femenino y cuando hay discapacidad

*94: Vídeos de situaciones naturales

*95: Diagnóstico tardío.

*96: Diagnóstico objetivo basado en pruebas fisiológicas más que en CLINICA más subjetiva.

- *98: Recoger información
- *99: Información de la familia, diagnóstico diferencial con trastorno del lenguaje.
- *100: Es importante valorar la interacción con iguales y familia.
- *101: TEA en chicas adolescentes. Los profesionales no están habituados a ver este diagnóstico. Nos llegan con muchos diagnósticos, pero no con el de TEA
- *102: Luchemos todos juntos por mejorar en el diagnóstico temprano de estas personas, y vayamos todos a una desde atención primaria, atención especializada, educación, servicios sociales.... menos burocracia, y más puesta en acción. Más formación.
- *103: Revisión información previa, exploración física y cognitiva, neuroimagen y estudios neurofisiológicos
- *104: El diagnóstico diferencial
- *105: El entorno familiar y el escolar
- *106: Rigor en las pruebas empleadas
- *107: Valoración clínica y examen neurológico, Neuropsicología Estudio genético y de imagen
- *108: Políticas de Salud de los gobiernos
- *109: Promover formación universitaria y en postgrado de personal capacitado y humanamente rico
- *110: Cambiar el nombre del trastorno
- *111: Las estipuladas en las guías clínicas
- *112: Información dinámica familiar
- *113: Protocolizar proceso diagnóstico. Y solo para psiquiatras o psicólogos clínicos
- *114: Delimitación de los campos de intervención de profesionales
- *115: Historia detallada del desarrollo psicosocial y académico en infancia temprana
- *116: Información a padres y familias sobre el reconocimiento del problema e intervención sobre el estigma en población general

- *117: Valoración clínica - Evaluación neuropsicológica - Pruebas complementarias (Neuroimagen, Neurofisiología)
- *118: Falta de accesibilidad a exploraciones específicas.
- *119: Estructuración de servicios de atención especial multidisciplinarios.
- *120: Mayor integración con colegios
- *121: Historia clínica
- *122: Sospecha clínica y derivación a Neuropediatría para descartar organicidad y establecer diagnóstico. Derivación simultáneamente a Atención Temprana.
- *123: Yo no tengo formación en hacer pruebas de amplio espectro, como nivel de inteligencia o funciones cognitivas, aunque las solicito siempre a un especialista. Hago como screening el M-CHAT.
- *124: Mejorar la accesibilidad a salud mental y neuropsicólogos, mejorar acceso a atención temprana
- *125: Burocracia
- *126: La sospecha de TEA es relativamente sencilla de hacer, pero llegar a un diagnóstico certero y descartar organicidad o comorbilidades es muy proceso muy enlentecido con muchas trabas burocráticas
- *127: 1- recogida de informes previos, 2- envío de escalas/cuestionarios si procede, 3- Adi-R, 4- ADOS, 5: evaluación de Funciones cognitivas (CI si no está valorado, mentalismo y funciones ejecutivas), 6: evaluación emocional 7: Evaluación HH adaptativas, (Observación en entorno natural o entrevista con centro educativo, 8 Entrega de informe con conclusiones normalmente en 2 sesiones : diagnostico si es posible + orientaciones
- *128: CSBS, SCQ, ADI-R, ADOS, GADS, Escala CBS, ASSQ, AQ ASSQ-Girl, Alexitimia-Toronto, Metidas de pata
- *129: Hay que recoger mucha información en diferentes entornos, es un proceso largo, que debe ser flexible, es complicado y costoso, y muchas familias no pueden permitírselo cuando no quieren esperar las largas colas en servicios financiados; y te encuentras con el dilema: ¿bajar calidad para dar el servicio de forma mínima?
- *130: Seguimientos programados tras evaluar por primera vez

*131: Análisis información - Exploración clínica - Psicometría -

*132: Diagnósticos erróneos previos

*133: Detección precoz

*134: Necesidad de implementar formación en TEA en clínicos de adultos

*135: 1: entrevista familiar para extraer datos de antecedentes personales y familiares; 2: valoración del neurodesarrollo mediante entrevista y observación del paciente evaluando los criterios DSM-5 de comunicación, sociabilidad y conducta, principalmente. 3: observación libre del paciente en consulta y exploración física y neurológica; 4: estudio de observaciones adicionales aportadas: informes escolares, psicopedagógicos, o de otros centros. 5: planteamiento de pruebas complementarias para descartar otras entidades o causas posibles del cuadro clínico: audiometría, estudio metabólico, genético, Neuroimagen, (decisión individualizada según características de cada caso). 6: en relación a lo anterior y conforme criterios DSM5 se emite el diagnóstico más adecuado.

*136: MCHAT, ADOS, escala australiana, DSM5

*137: Confusión con otras entidades clínicas: retraso psicomotor, discapacidad intelectual, etc. Existe un sobre-diagnóstico de TEA al usarse como cajón desastre de cualquier trastorno de Neurodesarrollo, dado que los amplios criterios DSM5 lo permiten, y en muchos casos las familias reclaman el diagnóstico específico en lugar de la incertidumbre diagnóstica (lógica) del retraso madurativo. Demasiados actores diagnosticando TEA en multitud de centros y servicios, en algunos de ellos erigiéndose en “oráculo” que determina quién tiene TEA y quien no, muchas veces con criterios interesados (fidelizar a la familia para terapias, etc...). Muchos diagnósticos de TEA de alto funcionamiento en niños que lo que tienen son altas capacidades o una personalidad marcada, sin constituir un trastorno. Muchos diagnósticos emitidos sin evaluación de capacidad intelectual (necesaria para descartar afectación cognitiva) ni valoración de audición (niños con hipoacusia catalogados como autistas).

*138: Planes regionales/nacionales de atención al TEA que vayan desde el proceso diagnóstico a las intervenciones, fijando claramente quién debe realizar cada acción, con elección de criterios y pruebas a realizar de una forma homogénea en todos los pacientes y lugares, que no pueda depender de donde se encuentra cada niño.

*139: Pruebas estandarizadas. Recordar que no todos los niños “No normativos” son autistas: existe la discapacidad intelectual, el retraso psicomotor, etc.

- *140: Diagnóstico clínico (físico / neurológico / comportamental). Diagnóstico de comorbilidades. Diagnóstico sindromático / diagnóstico etiológico (genético, etc.)
- *141: La aceptación de los padres
- *142: Un mayor feedback de la escuela y Centros terapéuticos.
- *143: Mejor diagnóstico genético. Mayor información social acerca de TEA
- *144: El diagnóstico precoz es una herramienta invaluable para poder organizar un plan de apoyo y terapéutico para el paciente. Su familia y gente involucrada en su entorno (terapistas. Educadores)
- *145: entrevista, antecedentes personales, revisión documentación aportada, exploración física, seguimiento clínico
- *146: edad muy temprana de los pacientes, escasa información estructurada
- *147: coordinación entre los diferentes agentes, seguimiento antes del diagnóstico definitivo
- *148: carga asistencial menor, más tiempo para exploración y seguimiento, más comunicación
- *149: No se puede llamar a todo TEA, existe también la enfermedad mental de otro tipo en la infancia, la falta de estímulos, la falta de recursos e información, la discapacidad intelectual. Hay que hacer seguimiento de los pacientes

Anexo XX: pruebas evaluación psicopedagógica EOEE TEA

ÁMBITOS DE VALORACIÓN	INSTRUMENTOS	CARACTERÍSTICAS
VALORACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA TEA	Inventario del Espectro Autista (IDEA)	Evalúa 12 dimensiones características de las personas con TEA. Edad: primeros niveles de escolarización. Aplicación: individual.
	Escala de evaluación del Autismo Infantil (CARS)	Ayuda a identificar a los niños con autismo y determinar la severidad del síntoma a través de valoraciones cuantificables sobre la base de la observación directa. Edad: más de 2 años. Aplicación: individual. Tiempo: 5-10 minutos
	Entrevista para el Diagnóstico del Autismo (ADIR- R)	Entrevista estructurada para el diagnóstico de los TEA. Edad: edad mental mayor de 2 años. Aplicación: individual. Tiempo: entre 1.5 horas y 2.5 horas
	Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS)	Evaluación y diagnóstico de los TEA. Edad: edad mental mayor de 2 años. Aplicación: individual. Tiempo: 35-40 minutos
	Escala de Evaluación del Autismo (GARS-2)	Identificación y diagnóstico del autismo y su grado de gravedad; se divide en 4 escalas: comportamiento estereotípico, comunicación, interacción social y problemas del desarrollo. Edad: 3-22 años. Aplicación: individual. Tiempo: 10 minutos.
	Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST).	Evalúa los síntomas fundamentales del autismo en una escala que va de menor a mayor gravedad.
	Escala Autónoma para la detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento	Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento. Edad: a partir de los 6 años. Aplicación: individual. Tiempo: 15 minutos.
	Escala del Síndrome de Asperger (GADS).	Esta escala normalizada se diseñó para evaluar niños con problemas de comportamiento relacionados con el síndrome de Asperger. Se completa fácilmente por el padre/madre o cuidador que tenga relación con el niño. Edad: 3-22 años.

		Aplicación: individual. Tiempo: libre.
	Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS)	La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger ha sido diseñada para identificar comportamientos y habilidades que puedan ser indicativos del Síndrome de Asperger en niños durante sus años en la escuela primaria. Esta es la edad en la cual se hacen más llamativas las habilidades y modos inusuales de comportamiento. Cada pregunta o afirmación tiene una escala de clasificación, en el que el 0 representa el nivel normal esperado en un niño de esa edad
	Cuestionario de exploración del Espectro del Autismo de Alto Funcionamiento (ASSQ).	Es un screening de la conducta del alumnado que presenta TEA. Edad: 7-16 años. Aplicación: individual. Tiempo: 10 minutos.

ÁMBITOS DE VALORACIÓN	INSTRUMENTOS	CARACTERÍSTICAS
VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE	Prueba ACACIA.	Permite establecer diagnóstico diferencial entre retraso mental y autismo con retraso mental asociado. Su objetivo es evaluar la competencia social y comunicativa. Edad: más de 3 años. Aplicación: individual. Tiempo: 14 minutos.
	Escalas Reynell de Desarrollo del Lenguaje.	Medidas competencias lingüísticas en desarrollo o retraso en los niños pequeños. Edad: 2 a 7 años. Aplicación: individual. Tiempo: 30- 40 minutos.
	Social Communication Questionnaire (SCQ).	Screening de las capacidades de comunicación y de relación social de los niños/as con TEA. Edad: a partir de 4 años. Aplicación: individual. Tiempo: 10-15 minutos
	ADIR-R	Entrevista estructurada para el diagnóstico de los TEA. Edad: edad mental mayor de 2 años. Aplicación: individual. Tiempo: entre 1.5 horas y 2.5 horas.
	IDEA	Evalúa 12 dimensiones características de las personas con TEA. Edad: primeros niveles de escolarización. Aplicación: individual.

ADOS-G	Evaluación y diagnóstico de los TEA. Edad: edad mental mayor de 2 años. Aplicación: individual. Tiempo: 35-40 minutos
Test de Vocabulario de Peabody	Detección de dificultades en el lenguaje y evaluación de la aptitud verbal y el vocabulario. Edad: 2.5 años a 90 años. Aplicación: Individual. Tiempo: 10-20 minutos
Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA).	Evalúa aptitudes verbales. Detección de posibles fallos o dificultades en el proceso de comunicación (deficiencias en la percepción, interpretación o transmisión), causa de la mayoría de los problemas relacionados con el aprendizaje escolar. Edad: 2.5 años a 10.5 años. Tiempo: variable, 60 minutos aproximadamente. Aplicación: individual.
Escalas de Conducta Comunicativa y Simbólica (CSBS).	Valora en los niños/as las capacidades lingüísticas, así como su desarrollo simbólico, que se demuestra en los niños/as los gestos, expresiones faciales y los comportamientos del juego en 22 puntos con 5 escalas de calificación. Edad: 2 a 6 años. Aplicación: individual. Tiempo: 50-75 minutos

Anexo XXI: pautas-recursos a nivel de centro

Las imágenes que a continuación se adjuntan, han sido tomadas con la autorización de la dirección del Colegio Edith Stein (Madrid).

En la siguiente fotografía podemos apreciar el mural resultante después de llevar a cabo en el centro la dinámica realizada por el Día mundial de concienciación del Autismo el curso 2021-2022.



En esta fotografía podemos apreciar el mural coloreado por los alumnos de las aulas durante el curso 2020-2021 para la celebración del Día mundial de concienciación del Autismo el curso 2021-2022.



En las siguientes fotografías observamos pictogramas de señalización en los pasillos del centro educativo.



También se encuentran adaptamos con apoyos visuales las señalizaciones de las aulas:



También encontramos apoyos visuales en otras dependencias del centro, como son los aseos:



Desde hace unos años, los espacios comunes (pasillos) se han ido transformando, ofreciendo recursos visuales de aprendizaje, como las escaleras de unidades de medida o la línea de tiempo entre otros recursos.



Desde la dirección del centro se apostó por elaborar un proyecto de patios que favoreciera la estructuración de este tiempo, ofreciendo juegos reglados y variados.



Anexo XXII: pautas-recursos a nivel de aula

Las imágenes que a continuación se adjuntan, han sido tomadas con la autorización de la dirección del Colegio Edith Stein; se tratan de las aulas específicas TEA, siendo una de ellas la mía, donde ejerzo como especialista PT-AL.

Es esta fotografía podemos observar la zona de trabajo curricular, muy semejante la estructuración a la que podemos encontrar en cualquier aula ordinaria de Educación Primaria, para que los alumnos se familiaricen y trabajen las diferentes áreas curriculares (asignaturas) y la zona de trabajo grupal.



Imagen tomada de una de las aulas específicas con alumnos de Educación Infantil, adaptando los apoyos visuales y la estructuración a sus necesidades.



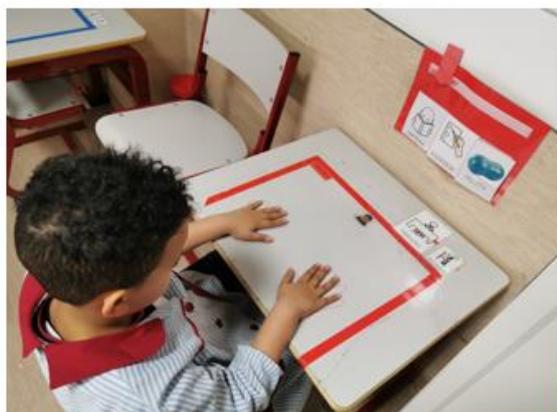
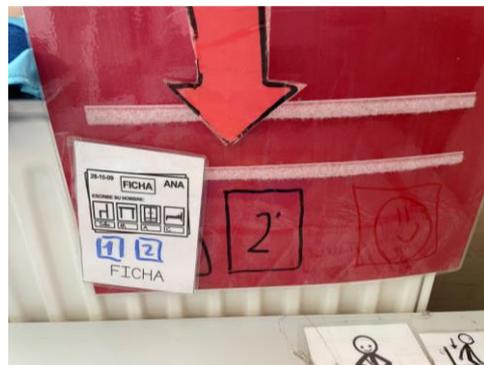
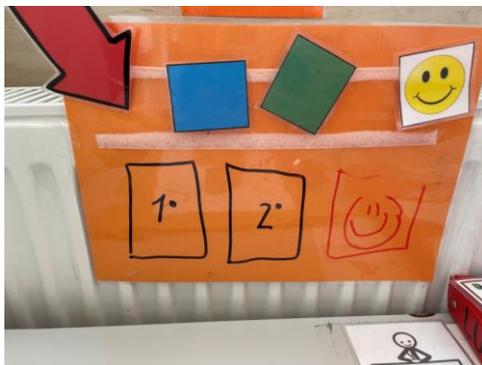
Otra de las zonas sumamente importante es la zona de relajación, en la cual los alumnos aprenden a gestionar su tolerancia a la frustración avanzando hacia la autorregulación emocional.



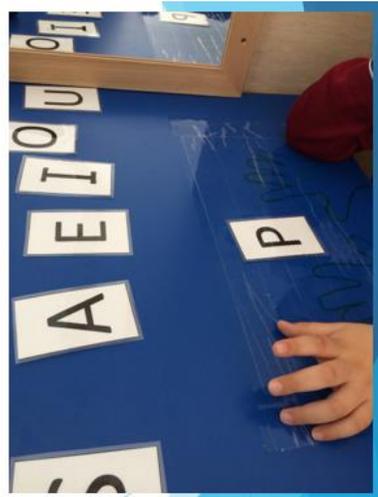
En las siguientes imágenes encontramos dos zonas de información distintas, adaptadas al nivel de los alumnos.



En las siguientes imágenes encontramos diversas secuencias de trabajo: apoyadas en claves de color, iniciando la comprensión de la metodología TEACCH o estableciendo la cadencia de actividades de un modo más autónomo, favoreciendo las estaciones de aprendizaje.



En las siguientes imágenes observamos recursos y materiales utilizados en sesiones de lenguaje.

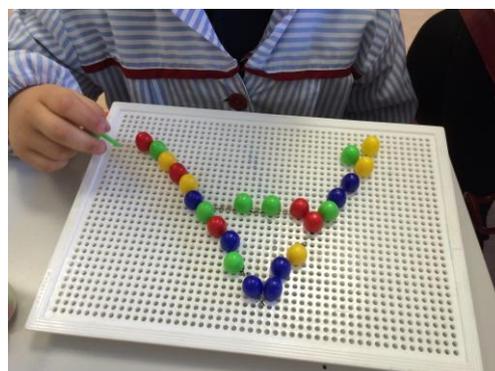


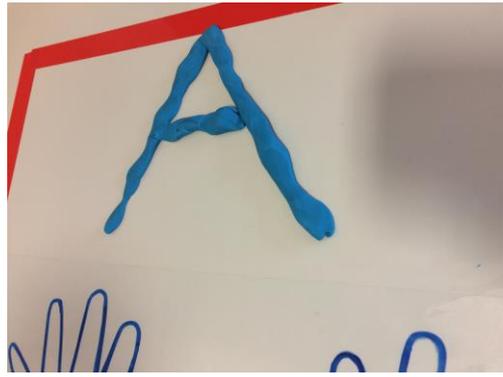
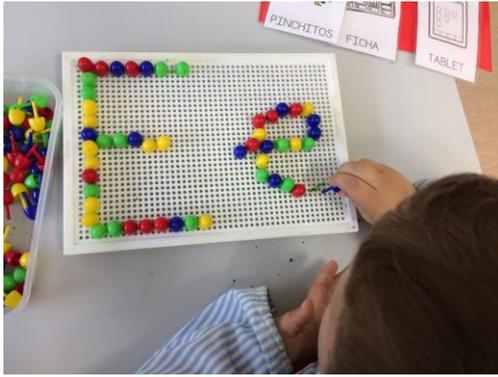
Adaptación de recursos-metodologías con claves visuales en diferentes asignaturas.





En las siguientes imágenes podemos observar diversos recursos manipulativos adaptados para trabajar aspectos como la atención, memoria, psicomotricidad fina y lecto-escritura.





Imágenes de recursos para el área de lengua, en concreto para hacer lúdica la rutina de la lectura.

