

Universidad de La Laguna.

Facultad de Educación.

Grado de Pedagogía.

Departamento de Didáctica e  
Innovación Educativa.

Modalidad: Proyecto de Innovación  
Educativa.

# EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN ESPAÑA. UNA PROPUESTA DE INNOVACIÓN EDUCATIVA EN BASE A LA TERAPIA OCUPACIONAL.



Nombre Alumno. Aimara García González.

Correo Electrónico: [alu0100556704@ull.edu.es](mailto:alu0100556704@ull.edu.es)

Nombre Alumno.: M<sup>a</sup> Desiré Hernández Ortiz

Correo Electrónico: [alu0100722567@ull.edu.es](mailto:alu0100722567@ull.edu.es)

Profesor Coordinador TFG: David Pérez Jorge

Correo electrónico profesor: [dpjorge@ull.es](mailto:dpjorge@ull.es)

Curso 2016/17

Convocatoria: JULIO

“Ser autista no significa no ser humano. Significa ser un extraterrestre. Significa que lo que es normal para mí, no lo es para el resto de las personas. En cierto sentido estoy terriblemente desprovisto del equipo necesario para poder sobrevivir en este mundo, soy como un extraterrestre que se encuentra en la tierra sin ningún manual de supervivencia.....”

(J. Sinclair).

“... Merece la pena vivir conmigo. Puedo darte tantas satisfacciones como otras personas, aunque no sean las mismas. Puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista, sea tu mayor y mejor compañía.

... No tienes que cambiar completamente tu vida por el hecho de vivir con una persona autista. A mí no me sirve de nada que tú estés mal, que te encierres y te deprimas. Necesito estabilidad y bienestar emocional a mí alrededor para estar mejor. Piensa que tu pareja tampoco tiene culpa de lo que me pasa.”

(A. Rivière )

## Índice.

<b>1. Introducción</b>	<b>Página 5</b>
<b>2. Marco Teórico</b>	<b>Página 7</b>
2.1. Origen	Página 7
2.2. Concepto.	Página 9
2.3. Características, Grados y Mitos del Autismo	Página 11
2.3.1. Características Generales de los TEA	Página 11
2.3.2. Criterios de Diagnóstico	Página 15
2.3.3. Manifestaciones del Autismo	Página 18
2.3.4. Grados del Autismo	Página 20
2.3.5. Mitos sobre el Autismo	Página 11
2.4. Diagnóstico Diferencial	Página 22
2.5. Legislación	Página 24
2.6. Técnica de Terapias y Programas Terapéuticos e Intervención Educativa.	Página 27
2.6.1. Técnica Floortime	Página 28
2.6.2. Técnica Conductual o Análisis Conductual Aplicado.	Página 29
2.6.3. Técnica TEACCH	Página 31
2.6.3.1. Enseñanza Estructurada	Página 32
2.6.4. Técnica de Terapia Ocupacional	Página 35
<b>3. Análisis de Necesidades</b>	<b>Página 39</b>
3.1. Justificación del Proyecto	Página 40
<b>4. Datos de Identificación del Proyecto</b>	<b>Página 43</b>
4.1. Descripción de los Destinatarios	Página 43
4.2. Contexto/Institución	Página 43

<b>5. Objetivos del Proyecto</b>	<b>Página 44</b>
5.1. Objetivos Generales	Página 44
5.2. Objetivos Específicos	Página 44
<b>6. Metodología y Propuesta de Actuación</b>	<b>Página 44</b>
6.1. Procedimiento/Estrategia de Actuación	Página 44
6.2. Propuesta de Actividades	Página 46
6.3. Agentes que Intervienen	Página 48
<b>7. Propuesta de Evaluación</b>	<b>Página 48</b>
7.1. Criterios de Evaluación y sus Indicadores	Página 48
7.2. Instrumentos de Recogida de Información y Análisis de los Datos	Página 51
7.3. Agentes que Intervienen en la Evaluación	Página 52
<b>8. Conclusión y Defensa del Proyecto</b>	<b>Página 53</b>
<b>9. Bibliografía</b>	<b>Página 56</b>
<b>10. Anexos</b>	<b>Página 61</b>
10.1. Anexo 1.	Página 61
10.2. Anexo 2.	Página 68
10.3. Anexo 3.	Página 73

## RESUMEN

Esta propuesta de innovación educativa presentada a continuación, va dirigida en primera instancia al ámbito educativo en general, abarcando tanto a la educación privada como pública y concertada y enfocada hacia al colectivo con NEE, especialmente alumnado con TEA, estando éste olvidado dentro del ámbito educativo.

Por tanto, se ha diseñado esta propuesta para incluir a estos individuos dentro del currículo primario básico que resulta ser obligatorio y gratuito, excepto para estos que quedan al margen. Asimismo, se pretende incluir el modelo americano basado en la T.O para el aprendizaje, no solo a nivel personal y social sino también, a nivel educativo y profesional, siendo éste un modelo aceptado en América y con un elevado índice de éxito, por lo que, se sabe que sus beneficios son reales y están contrastados.

Por otra parte, a lo largo de este diseño se podrá observar la importancia de incluir esta innovación en el sistema educativo donde se podrá observar un modelo de ejemplo de la posible metodología que puede llevarse a cabo en esta innovación basada en la T.O que explicará a su vez los beneficios de su puesta en marcha así como los agentes que intervendrán en el proceso de innovación.

Palabras Calve: TEA; Educación., Terapia Ocupacional, Innovación; Primaria

## ABSTRACT

This proposal of educational innovation presented below, is directed primarily to the educational field in general, covering both private and public education and concerted and focused on the collective with SEN, especially students with ASD, being forgotten within the educational field. Therefore, this proposal has been designed to include these individuals within the basic primary curriculum that is mandatory and free, except for those that are left out. It is also intended to include the American model based on TO for learning, not only at a personal and social level, but also at an educational and professional level, being this model accepted in America and with a high success rate. , Its benefits are known to be real and contrasted. On the other hand, throughout this design it will be possible to observe the importance of including this innovation in the educational system where it will be possible to observe an example model of the possible methodology that can be carried out in this innovation based on TO that will explain to In turn the benefits of its start-up as well as the agents that will intervene in the process of innovation

Key Words: ASD; Education; Occupational Therapy, Innovation; Primary

## 1. Introducción.

El presente trabajo constituye la actividad realizada de manera grupal durante la duración de la asignatura Trabajo de Fin de Grado (en adelante TFG), donde se ha elaborado la modalidad tres de TFG ofertada por la Facultad de Educación de la Universidad de La Laguna para el Grado de Pedagogía.

En este caso se ha decidido elaborar un Plan de Mejora Educativa orientado hacia la discapacidad, donde específicamente se ha abordado la temática del Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA).

Con este proyecto, se pretende en primera instancia, proporcionar una visión general sobre lo que supone el TEA, para ello se dará a conocer en primer lugar el marco teórico, donde se darán algunas pinceladas sobre los principales aspectos que componen este trastorno y que todo profesional se enfrenta en el alumno con TEA.

Posteriormente, se llevará a cabo un proyecto de innovación donde queremos fomentar principalmente la autonomía de los niños con TEA a nivel educativo y que incluya la Terapia Ocupacional (en adelante TO) dentro del método de enseñanza actual y que es impartida en centros como La Escuelita de Ilusiones para niños con TEA ubicada en La Laguna (Tenerife).

Esta propuesta se ha diseñado dentro del marco organizativo de los centros escolares, específicamente para el área de educación primaria (pública y privada) concretamente para las llamadas aulas “enclave” y que son destinadas a niños con algún tipo de discapacidad, en este caso niños con TEA, y que son ofertadas en España, especialmente en las Islas Canarias. Este será un modelo donde se dejará claro la importancia que tiene en la vida de estos niños, una educación básica académica que sea similar a la del resto de individuos.

Asimismo, para llevar a cabo todo este proyecto, se tendrá en cuenta el modelo americano de T.O., el cual no solo preparará al niño para una autonomía a nivel personal en lo que a la vida cotidiana se refiere, sino que además, prestará una gran importancia en el desarrollo educativo de los niños con TEA, procurando conseguir asimilar diferentes aspectos de la cultura general y que son esenciales y vitales para el desarrollo y supervivencia personal del marco de nuestra sociedad.

En nuestro transcurso académico, hemos contemplado una gran variedad de temas que han conseguido llamar nuestra atención y dar un paso más allá de lo que inicialmente conocíamos. Hemos visto desde diferentes perspectivas, como la educación llega no solo a los ámbitos habituales (educación reglada), sino que existe un amplio abanico de ámbitos no formales que abarcan la vida de las personas y que requieren de una asimilación de conceptos previos.

Sin embargo, a pesar de haber tratado numerosos temas, hay que resaltar que muchos de ellos se han presentado de forma escasa, con momentos casi efímeros en los que no se ha podido ver con mayor profundidad aquellos aspectos de la educación que afectan a los alumnos que presentan, en este caso, una discapacidad, lo que nos ha dado razones para motivarnos a tratar de elaborar nuestro TFG con una temática que ha despertado nuestro interés no sólo a un nivel académico sino también profesional.

Por ello, creemos que poco a poco y con la colaboración y cooperación de profesionales adecuados que representen las diferentes áreas de trabajo y especialización, se puede obtener una correcta asimilación de los conocimientos de este tipo de trastorno así como los métodos educativos que ello conlleva, logrando hacer mucho no sólo desde el ámbito educativo sino también desde la sociedad para poder mejorar así, la calidad de vida de estos niños y de sus familias.

## 2. Marco Teórico.

### 2.1. Origen.

A lo largo de la historia y en las diversas culturas que conforman el mundo, ha habido momentos en los que se han reconocido en diversos casos, ciertos extraños y “anormales” patrones de comportamiento e intereses, con respecto al resto de población en general. Si bien es cierto que este tipo de situaciones han dado claras muestras desde nuestros inicios, no fue hasta la llegada de los pioneros Kanner y Asperger que se consolidaron las primeras descripciones de carácter relevante en la historia del autismo y sobre los cuales se hablará a lo largo de este trabajo.

El término propio del autismo proviene de la palabra griega *eaftismos autos*, cuya definición es “encerrado en uno mismo”, y aunque este concepto tiene una larga e interesante trayectoria desde que se diera a conocer por primera vez su significado tal y como se conoce hoy día, hay que resaltar el hecho de que su primera aparición en el mundo no fue relacionada a lo que actualmente se conoce como autismo, sino que fue por medio de su uso dentro del campo de la psicopatología a manos del psiquiatra suizo Bleuler (1911), quien empleó dicha expresión como un sinónimo para tratar de explicar algunos de los síntomas que se encontraban presentes en los pacientes con esquizofrenia con los que trataba, haciendo referencia como síntoma la pérdida del contacto con la realidad o limitación de las relaciones con las personas y el con el mundo externo en general. Bleuler (1911) no sólo llegó a desarrollar una definición de lo que supone el *síntoma autista*, sino que decidió ir un paso más allá y trabajar sobre otro concepto; el llamado *pensamiento autista*, y el cual según él, “tiene su origen en la fragmentación esquizofrénica de la mente” (Cuxart, F. 2000, p.12) y que se caracterizaba principalmente por su presencia en individuos que poseían una tendencia activa de replegarse al terreno de la fantasía.

Años más tarde, tras la publicación en 1943 de un artículo titulado *Trastornos Autistas del Contacto Afectivo* (Autistic Disturbances of Affective Contact), todo lo que hasta el momento se entendía por autismo cambió radicalmente. Escrito por el célebre psiquiatra austriaco Kanner, este expuso la descripción de unos once casos (ocho niños y tres niñas) con los que trabajaba y de los cuales consideraba que presentaban mayoritariamente ciertos patrones de comportamiento y características comunes entre sí.



Desde 1938 -decía- nos ha llamado la atención de varios niños cuyos cuadros difieren, de forma tan notable y única de todos los que se conocían hasta ahora, que cada caso merece - y espero que recibirá con el tiempo - una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades. (Kanner, 1943, p. 217)

Asimismo, aunque el autor relata una amplia y variada serie de características que no había sido concretada hasta el momento y referidas al autismo, Kanner (1943) se centra principalmente en lo que él denomina la *soledad autista*.

Desde el principio hay una soledad autística extrema que cuando es posible no tiene en cuenta, ignora, impide entrar cualquier cosa que llegue al niño desde el exterior. El contacto físico directo o los movimientos o ruidos que amenacen romper la soledad, son tratados bien como «si no estuvieran allí», o si esto ya no es suficiente, sentidos dolorosamente como una interferencia penosa. (Kanner, 1943, p.28)

Aunque, la obra de Kanner (1943) se ha convertido en uno de los artículos más citados dentro de la literatura autista, pues en su momento se evidenció como la primera explicación detallada e integral sobre las características psicopatológicas<sup>1</sup> más comunes que poseían los individuos dentro del trastorno autista, sería poco profesional olvidar el trabajo del médico austriaco Asperger (1944) quien escribió su famosa obra titulada *Psicopatología autista en la infancia* (Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter) donde relata al igual que Kanner (1943) una serie rasgos patognomónicos<sup>2</sup> y que son principales en estos sujetos.

A diferencia de Kanner (1943), la definición que nos presenta Asperger (1944), o lo que él denominaba como *psicopatía autista*, resulta mucho más amplia ya que en su artículo afirmaba que el trastorno principal y que caracteriza al autismo, partía de las limitaciones de las relaciones sociales que mostraban los individuos por lo que dio un

---

<sup>1</sup> **Psicopatología:** Se conoce como psicopatología a la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual.

<sup>2</sup> **Patognomónicos:** El adjetivo patognomónico sirve para calificar un síntoma que aparece únicamente en el marco de una enfermedad específica. Cuando se detecta un signo patognomónico automáticamente se puede establecer un diagnóstico médico de certeza. En medicina este tipo de síntoma es extremadamente raro.

especial énfasis a la dificultad que presentaban estos niños a la hora de expresar y comprender substancialmente los sentimientos.

Tras la muerte de Asperger, tiempo después, la denominada *psicopatía autista* del autor, pasó a conocerse como “Síndrome de Asperger” ya que en 1981, Wing usó por primera vez el término para proporcionar una nueva categoría diagnóstica dentro del espectro autístico (Wing, 1981). Cabe destacar, que ambos autores (Kanner y Asperger) acentuaron sus investigaciones en las peculiaridades de la comunicación y las dificultades del aprendizaje, así como de adaptación social que se presentaban en los niños/as autistas.

## 2.2. Concepto.

La definición del autismo establecida por Kanner (1943) sigue siendo el parámetro de referencia a la hora de definir lo que supone el autismo, no obstante, y tras la primera aparición del término “autista”, se ha intentado homogeneizar en una única definición de carácter global, con una clara conceptualización de los criterios de los diagnósticos y particularidades psicopatológicas.

Los profesionales han elaborado ciertos manuales de diagnósticos donde se determinan las características, las categorías diagnósticas así como las necesidades que poseen las personas con autismo. Para ello, han utilizado una serie de criterios que reflejan un consenso general entre la comunidad de profesionales y que han sido elaborados a partir de los conocimientos actuales en dicho campo.

Uno de los manuales más destacados, y sobre el cual se ha basado la definición de autismo, es el elaborado por la *Asociación Americana de Psiquiatría* (American Psychiatric Association), el globalmente conocido DSM o *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Sería interesante realizar un breve recorrido sobre la evolución que ha sufrido este trastorno con el paso de los años y cómo ha adquirido los criterios que actualmente diferencian no sólo sus rasgos clínicos sino también característicos. Para ello se expone en la tabla 1: *Definición del autismo según el DSM*, un breve cuadro explicativo donde se observan a grandes rasgos, las mayores diferencias que se han vislumbrado con respecto al término autista según el DSM.

Tabla 1. Definiciones del autismo según el DSM

Año	Definición
1952	Se elaboró por primera vez por la Asociación Americana de Psiquiatría, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). En este manual, los niños autistas eran diagnosticados como “reacción esquizofrénica de tipo infantil”
1968	Aparece el DSM -II, donde se menciona que el autismo era una característica propia de la esquizofrenia infantil, describiendo además que los niños/as que sufrían este trastorno, poseen problemas para ser independientes de sus padres, concretamente de la figura materna, y solían tener un ligero retraso mental.
1980	Se publica el DSM - III, donde se incorpora el autismo dentro la categoría de diagnóstico específico, apareciendo así por primera vez el término “autismo infantil”.
1987	Aparece el DSM -III-R, con grandes cambios siendo el más importante la sustitución del “autismo infantil” por “trastorno autista” y creando además los 16 criterios que definen y caracterizan dicho trastorno.
1994 y 2000	<p>Se presentan el DSM -IV y el DSM -IV- TR.</p> <p>Por un lado nos encontramos con que se determinaron cinco grandes categorías dentro de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.</p> <p>Por otro lado, los 16 criterios establecidos anteriormente en el DSM-III-R fueron reducidos a solamente 6 características, convirtiéndose en un diagnóstico menos restringido.</p>

Fuente: Elaboración propia.

En la actualidad, en última la versión del DSM -V (2014), el autismo entra dentro de la categoría de los llamados **Trastornos del Neurodesarrollo**, entendida esta categoría como aquella en la que:

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de afecciones con el inicio en el período del desarrollo. Los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, y se caracteriza por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional (p.31).

Asimismo, el **Trastorno de Espectro Autista (F.84.0)** es definido de la siguiente forma:

El trastorno de espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos los déficits de la reciprocidad social, los comportamientos comunicativos no verbales usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits de la comunicación social, el diagnóstico del trastorno del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamientos, intereses o actividades del tipo restrictivo o repetitivo (p.31).

En definitiva, ha pasado mucho tiempo desde los inicios de la expresión “autista” hasta lo que conocemos hoy día, y con los numerosos cambios que se han ido produciendo a lo largo de la historia y que han marcado los inicios de una etapa, se ha aprendido mucho sobre lo que supone este trastorno desde que se le diera por primera vez un nombre.

### **2.3. Características, Grados y Mitos del Autismo.**

A menudo, se escucha hablar de las características que poseen algunos niños y que luego relacionan con niños con TEA, sin embargo, a lo largo de la historia y en los numerosos estudios e investigaciones que se han publicado, se ha concluido que en la multitud de síntomas que presentaban las personas con autismo, muchos de ellos no son específicos de este trastorno pues se ha dado el caso que la mayoría de las características que presentan, como los problemas del lenguaje o la deficiencia mental entre otras, pueden llegar a encontrarse también en otros individuos no autistas.

#### **2.3.1. Características Generales de los TEA.**

La descripción original que utilizó Kanner (1943) contenía las características que él creía que eran los principales síntomas que representaban a este trastorno. Sin embargo, conforme la sociedad ha evolucionado y la ciencia ha avanzado, estos aspectos han ido cambiando con ellos. Así pues, se ha visto que los síntomas o características que presenta el autismo, pueden llegar a variar entre los propios individuos ya que éstos poseen diferentes rasgos y capacidades intelectuales, convirtiéndose así en un panorama con elementos multiformes.

Asimismo, fue Wing (1988) quien introdujo por primera vez el concepto de *espectro* donde se reflejaba la idea de la diversidad de manifestaciones que presenta este tipo de

trastorno. No obstante, cabe señalar el trabajo que realizaron conjuntamente Wing y Gould (1979, citados en Happé, 1998) tratando de demostrar las características presentes en los niños autistas con respecto a otros trastornos, a partir de un estudio epidemiológico realizado en la región de Camberwell (Londres) a una población de niños y niñas de menos de 15 años. Para ello utilizaron la denominada *Tríada de Alteraciones*, descrita a continuación, donde se hacía referencia a las disfunciones que presentaban los niños con TEA. “Los problemas de *socialización, comunicación e imaginación* son suficientes y necesarios para representar fielmente gran parte del comportamiento reconocido como específico y universal del autismo.” (Happé, 1998, p.38):

- a. **Socialización:** Las habilidades de interacción que presentan los individuos autistas en relación con el entorno, difieren de lo que generalmente se tiene en mente como habitual. Es por ello, que en diferentes ocasiones los TEA pueden llegar a mostrar algún tipo de aislamiento social o “extrema soledad autista” como denominaba Kanner (1943) así como una gran pérdida de la predisposición que se tiene a relacionarse con los demás, lo que puede convertirse en una barrera que llegue a afectar de manera negativa a su integración con su entorno y otras personas.
- b. **Comunicación:** En numerosas ocasiones, las autistas pueden llegar a mostrar capacidades verbales y no verbales, pues dependiendo del individuo, los aspectos comunicativos pueden variar desde personas que no emplean ningún tipo de lenguaje (o bien son mudos o presentan ecolalia), hasta aquellos que poseen habilidades lingüísticas, pero que desconocen la forma de emplearlas de manera que puedan lograr una comunicación clara y recíproca. Entre los problemas del lenguaje más comunes que aparecen como dentro del autismo se encuentran los siguientes:
  - a. No hay ninguna muestra de signos, gestos o mímica compensatoria.
  - b. Existe una falta de respuesta al habla de los demás.
  - c. Uso repetitivo y estereotipado del lenguaje. “Ecolalia demorada” (Kanner, 1943).
  - d. Comprensión literal del lenguaje.
  - e. Problemas para iniciar o mantener con fluidez una conversación o hacerse comprender.
  - f. Existe un retraso en el desarrollo.

- g. Usa neologismos y una inversión pronominal.
- c. **Imaginación:** Las capacidades de las que disponen las personas con TEA para imaginar así como su manera de gestionar las emociones e intenciones de los demás son ajustadas, lo que supone una dificultad a la hora de desenvolverse de forma correcta en su entorno y/o ambiente social. Entre ellos podemos encontrar actitudes como:
  - a. Rebeldía ante los cambios y las nuevas experiencias o costumbres.
  - b. Movimientos estereotipados repetitivos.
  - c. Tendencia a mostrar comportamientos poco flexibles.
  - d. Muestras de “un deseo angustiosamente obsesivo de invariancia” (Kanner, 1943).

Debido a ello, uno de los principales problemas por los que pasan las personas que sufren este trastorno, es la discriminación social que por una parte, viene de la mano de esta socialización y, por otra parte, es debido a una desinformación y desensibilización existente por parte de la población. Así pues, las autoras intentaron entender esa cualidad manifestada en las deficiencias sociales y concluyeron que:

Todos los niños con alteraciones sociales tenían un comportamiento estereotipado y repetitivo, y casi todos presentaban una ausencia total o anormalidades en el lenguaje y las actividades simbólicas. Por consiguiente, el estudio demostraba una fuerte tendencia a que estos problemas se den juntos (Happé, 1998, p.37).

Este grupo de tres disfunciones, es conocido hoy día como la *Tríada de Wing*, y se ha convertido en una de las principales bases del diagnóstico del autismo. Por otra parte, Rivière (2001) fue uno de los autores que ha trabajado con mayor profundidad el concepto del TEA, hablando del mismo con diversidad de dimensiones, que se resumían en una única categoría. Según este autor, quien basó sus estudios en la psiquiatra, Wing (1981) y perfeccionó esta categorización.

A continuación, en la tabla 2. *Dimensiones del Continuo Autista*, se destacan seis importantes dimensiones donde se puede interpretar las principales características que describen el trastorno de espectro autista.

Tabla 2. Dimensiones del Continuo Autista

<p><b>I. Trastornos cualitativos de la relación social.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aislamiento completo. No apego a personas específicas. A veces indiferenciación personas/cosas.</li> <li>2. Impresión de incapacidad de relación, pero vínculo con algunos adultos. No con iguales.</li> <li>3. Relaciones inducidas, externas, infrecuentes y unilaterales con iguales.</li> <li>4. Alguna motivación a la relación con iguales, pero dificultad para establecerla por falta de empatía y de comprensión de sutilezas sociales.</li> </ol> <p><b>II. Trastornos de las funciones comunicativas.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia de comunicación, entendida como “relación intencionada con alguien acerca de algo”.</li> <li>2. Actividades de pedir mediante uso instrumental de las personas, pero sin signos.</li> <li>3. Signos de pedir. Sólo hay comunicación, para cambiar el mundo físico.</li> <li>4. Empleo de conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., que no sólo buscan cambiar el mundo físico. Suele haber escasez de declaraciones “internas” y comunicación poco recíproca y empática.</li> </ol> <p><b>III. Trastornos del Lenguaje.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mutismo total o funcional (este último con emisiones verbales no comunicativas).</li> <li>2. Lenguaje predominantemente ecolálico o compuesto de palabras sueltas.</li> <li>3. Hay oraciones que implican “creación formal” espontánea, pero no llegan a configurar discurso o conversaciones.</li> <li>4. Lenguaje discursivo. Capacidad de conversar con limitaciones. Alteraciones sutiles de las funciones comunicativas y la prosodia del lenguaje.</li> </ol> <p><b>IV. Trastornos y limitaciones de la imaginación.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia completa de juego simbólico o de cualquier indicio de actividad imaginativa.</li> <li>2. Juegos funcionales elementales, inducidos desde fuera, poco espontáneos, repetitivos.</li> <li>3. Ficciones extrañas, generalmente poco imaginativas y con dificultades para diferenciar ficción-realidad.</li> <li>4. Ficciones complejas, utilizadas como recursos para aislarse limitadas en contenidos.</li> </ol> <p><b>V. Trastornos de la flexibilidad.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estereotipias motoras simples (aleteo, balanceo, etc.).</li> <li>2. Rituales simples. Resistencia a cambios nimios. Tendencia a seguir los mismos itinerarios.</li> <li>3. Rituales complejos. Apego excesivo y extraño a ciertos objetos.</li> <li>4. Contenidos limitados y obsesivos de pensamiento. Intereses poco funcionales, no relacionados con el mundo social en sentido amplio, y limitados en su gama.</li> </ol> <p><b>VI. Trastornos del sentido de la actividad.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predominio masivo de conductas sin propósito (correteos sin meta, ambulación sin</li> </ol>
--

sentido, etc.).

2. Actividades funcionales muy breves y dirigidas desde fuera. Cuando no, se vuelve a (1).
3. Conductas autónomas y prolongadas de ciclo largo, cuyo sentido no se comprende bien.
4. Logros complejos (por ejemplo, de ciclos escolares), pero que no se integran en la imagen de un “yo proyectado en el futuro”. Motivos de logro superficial, externo y poco flexible.

Fuente: Rievère (2001)

Destacar que en el cuadro, se incluye una nueva dimensión, “Trastorno del Sentido de la Actividad”, que no había sido descrita hasta el momento dentro del cuadro de los TEA. Rievère (2001) con ella, hace una referencia a los principales problemas que se presentan en los TEA. Esta nueva dimensión cobra una gran importancia, ya que se relaciona con una de las mayores dificultades que se encuentran los profesionales y los padres a la hora de enseñar a los niños autistas y es la de encontrar formas para estimular y animar a los niños para que puedan lograr realizar actividades de manera autónoma.

### 2.3.2. Criterios de Diagnóstico.

Una de las clasificaciones más importantes y utilizadas en el mundo es el CIE-10, acrónimo de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, (ICD en inglés) y elaborada por la Organización Mundial de la Salud, donde a continuación, en la tabla 3. *Criterios de diagnóstico elaborados por el CIE-10 sobre el autismo*, se ofrecen los siguientes criterios de diagnóstico en relación al autismo.

Tabla 3. Criterios de diagnóstico elaborados por el CIE-10 sobre el autismo.

- A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad.**
- B. Deben estar presentes al menos seis de los síntomas de la siguiente clasificación:**
- 1. Alteraciones cualitativas en la interacción social que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas:**
    - a. Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, la expresión facial, la postura corporal y los gestos para regular la interacción social.
    - b. Fracaso en el desarrollo de relaciones con personas de su edad que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
    - c. Ausencia de reciprocidad socioemocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.



d. Falta de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos.

**2. Alteraciones cualitativas en la comunicación que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:**

- a. Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje hablado, aunque no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso de la utilización de gestos alternativos para comunicarse.
- b. Fracaso relativo para iniciar o mantener una conversación en la que es necesario el intercambio de respuestas con el interlocutor.
- c. Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
- d. Ausencia de juegos de simulación espontáneos (en edades tempranas) o de juego social imitativo.

**3. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:**

- a. Preocupación limitada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido.
- b. Existe, en apariencia, una adherencia a rutinas o rituales específicos y carentes de sentido.
- c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos que pueden consistir en palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.
- d. Preocupaciones por partes de objetos o por elementos carentes de funcionalidad de los objetos de juego.

*C. El cuadro clínico no puede atribuirse a otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo; trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje; trastorno reactivo de la vinculación de la infancia; trastorno de la vinculación de la infancia tipo desinhibido; retraso mental; trastorno de las emociones y del comportamiento; esquizofrenia y síndrome de Rett.*

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1992)

Y según el DSM-V, se observa en la tabla 4. *Criterios de diagnóstico elaborados por el DSM-V sobre el autismo*, la normativa actual de diagnóstico que presenta el TEA son los siguientes:

Tabla 4. Criterios de diagnóstico elaborados por el DSM-V sobre el autismo

**A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes:**

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

**B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes:**

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

**C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).**

**D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.**

**E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la**

**comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo**

Fuente: American Psychiatric Association (2014)

Finalmente, resaltar que la tríada de alteraciones descrita en el apartado anterior, conforman hoy día, una de las principales vías en la investigación sobre el autismo.

### **2.3.3. Manifestaciones del Autismo.**

Hasta ahora, hemos hablado e identificado las características generales que presentan todos los TEA, sin embargo, hay que resaltar el hecho de que este tipo de descripciones suelen manifestarse en determinadas edades, mayormente antes de los 3 o 4 años, por lo que es posible identificar a una edad temprana si un individuo presenta autismo o no.

Como se ha ido mencionando anteriormente, cada individuo con TEA es único y distinto a los demás, por lo que tiene sentido que la edad de detección también varíe de un caso a otro. Debemos resaltar la importancia en este caso de la Atención Temprana (en adelante AT) pues en numerosas ocasiones, se ha demostrado su eficacia a la hora de actuar de manera temprana en los niños con TEA ya que esto permite una intervención específica desde el principio de la vida del niño a fin de obtener beneficios en la detección de los síntomas así como favorecer una gran diferencia y generar mejorías significativas y duraderas (Mulas, 2009).

Por ello, antes de explicar distintos tipos de indicadores tempranos del TEA en el desarrollo, es necesario resaltar el porqué de la atención temprana así como su objetivo. Para ello, vamos a utilizar el Libro Blanco de la Atención Temprana, herramienta útil e indispensable para todo profesional a la hora de para comprender y desarrollar la AT.

El principal objetivo es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando, de la forma más completa, su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (Libro Blanco de la Atención Temprana. 2005, p.14)

A continuación, en la tabla 5: *Indicadores Tempranos del Espectro del Autismo en el Desarrollo*, se citarán una serie de indicadores que muestran signos tempranos en los niños autistas, los cuales deberán de considerarse únicamente como una guía general y

no como una definición exacta para su diagnósticos, ya que con la mencionada anteriormente *Triada de Wing* se pueden reconocer las características existentes por debajo de todas las variaciones indicadas. Asimismo, destacar que las diversas características mostradas en la siguiente tabla, pueden darse en cualquier rango de edad, así como también podrán manifestarse cualquiera de los signos establecidos en la etapa anterior.

Tabla 5. Indicadores Tempranos del Espectro del Autismo en el Desarrollo

12 Meses de edad	Entre los 12 y los 18 meses de edad	Hasta los 24 meses de edad
<p>No balbucea.</p> <p>No hace gestos como saludar con la mano, señalar para pedir alguna cosa o mostrar objetos.</p> <p>No reconoce su nombre ni responde cuando se le llama</p> <p>No se interesa ni se implica en juegos interactivos sencillos, como el “cucú-tras” o similares.</p>	<p>No dice palabras sencillas.</p> <p>No responde a su nombre.</p> <p>Presenta un uso limitado o disminuido del contacto ocular.</p> <p>Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto.</p> <p>Ausencia de imitación espontánea.</p> <p>No señala para “pedir algo” (protoimperativo).</p> <p>No mira hacia donde otros señalan.</p> <p>No enseña o muestra objetos.</p> <p>Puede manifestar una respuesta inusual ante estímulos auditivos.</p> <p>Falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucú-tras” o similares.</p>	<p>No dice frases de dos o más palabras, que sean espontáneas y no sólo repeticiones de lo que ha escuchado a los demás.</p> <p>Tiene dificultades para mantener el contacto ocular cuando se le habla, y no sigue objetos con la mirada.</p> <p>No se implica en juegos compartidos, y parece no disfrutar de la relación compartida con otras personas.</p>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), p.78.

Hay que destacar el hecho de que la detección precoz es de gran relevancia en los TEA, ya que como hemos mencionado anteriormente, una detección temprana supone un gran elemento imprescindible pero sobre todo, favorable a la hora de realizar un diagnóstico en los niños que presentan TEA así como en su posterior evaluación.

### 2.3.4. Grados del Autismo.

Como cualquier discapacidad diagnosticada, existen ciertos indicadores de gravedad que muestran una descripción clara sintomática. En relación al autismo, nos encontramos con dificultades que pueden variar según su contexto y pueden llegar a fluctuar con el paso del tiempo.

El DSM-V, expone tres niveles de gravedad que presentan los individuos con trastorno del espectro autista, los cuales son mostrados a continuación en la tabla 6.

Tabla 6. Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista

Nivel de Severidad	Comunicación Social	Intereses Restringidos y Conducta Repetitiva
<p><b>Grado 3</b> Necesita ayuda muy notable.</p>	<p>Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles, que raramente inicia una interacción y que, cuando lo hace, utiliza estrategias inhabituales para cumplir solamente con lo necesario, y que únicamente responde a las aproximaciones sociales muy directas</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de la acción.</p>
<p><b>Grado 2</b> Necesita ayuda notable</p>	<p>Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción</p>

	excéntrica	
<b>Grado 1</b> <b>Necesita ayuda</b>	Sin ayuda in situ, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece la comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente no tienen éxito.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía

Fuente: American Psychiatric Association (2014)

### 2.3.5. Mitos del Autismo.

Como ocurre en cualquier cultura, los mitos y leyendas creados por nuestros antepasados forman parte de nuestras vidas, ya sean como un entretenimiento, una forma de despertar inquietudes en los individuos o intentar dar una explicación a aquellos sucesos que nos son desconocidos o difíciles de comprender para los seres humanos. En el caso del autismo, a lo largo del tiempo, se ha encontrado una amplia variedad de leyendas que tratan de dar una explicación lógica, aunque no necesariamente correcta, a los comportamientos que se manifestaban en aquellas personas con TEA.

Numerosos son los mitos que podemos encontrar en relación a este trastorno, pero Happé (1998), en su libro *Introducción al Autismo* (ver tabla 7. Mitos y Hechos del Autismo) nos relata una breve y sencilla aclaración sobre aquellas creencias y hechos sobre el autismo, que se encuentran más presentes dentro de nuestras sociedades.

Tabla 7. Mitos y Hechos del Autismo.

Mitos	Hechos
El autismo <i>no</i> está causado por la	El autismo <i>es</i> una alteración con una base biológica.

“paternidad fría” <sup>3</sup>	
El autismo <i>no</i> se limita al tiempo de la infancia.	El autismo <i>es</i> un trastorno del desarrollo que dura toda la vida.
El autismo <i>no</i> siempre se caracteriza por tener habilidades especiales o de <i>savant</i> . <sup>4</sup>	El autismo <i>se da</i> en todos los niveles de CI, aunque normalmente vaya acompañado de dificultades de aprendizaje (retraso mental).
El autismo <i>no</i> es una “concha” que encierra a un niño “normal” que espera salir.	El autismo <i>es</i> una alteración grave de la comunicación, la socialización y la imaginación.

Fuente: Extraído de: Happé, F. (1998)

## 2.4. Diagnóstico Diferencial.

Como se ha ido argumentando a lo largo de este trabajo, el autismo es un trastorno y no una simple recolección de características, deficiencias y/o comportamientos que pueden llegar a unirse en un momento dado para luego darse juntas por una simple y mera casualidad.

El autismo está representado por un gran abanico de manifestaciones, por lo que a la hora de diagnosticar puede resultar algo complicado y hasta difícil, pues en numerosas ocasiones “el nivel de funcionamiento del individuo es tan pobre que su funcionamiento social, comunicativo e imaginativo puede ser muy bajo, pero en la línea de su nivel de desarrollo general” (Happé, 1998, p.157).

Por ese motivo, es necesario precisar ciertos aspectos ya que existen otros diagnósticos que se pueden configurar como territorios vecinos ya que parecen recordarnos al autismo. A continuación, se mostrará un cuadro resumen (tabla 8. *Diagnóstico Diferencial y Principales Diferencias con el Autismo*) donde se destacan aquellos cuadros de diagnóstico donde se resaltarán los aspectos más relevantes en el diagnóstico diferencial y que se presentan con respecto al TEA.

Tabla 8. Diagnóstico Diferencial y Principales Diferencias con el Autismo

Diagnóstico Diferencial	Principales Diferencias con el Autismo
-------------------------	--

<sup>3</sup>**Paternidad Fría:** Esta es una teoría que gozó de bastante popularidad durante una época de boom del psicoanálisis, pero que, de hecho, carece de base científica alguna, y es ampliamente rechazada en la actualidad (Happé, 2007). De hecho, el planteamiento del autismo desde la óptica del psicoanálisis ha sido uno de los mayores errores de la historia de la neuropsiquiatría infantil (ISCIII, 2006)

<sup>4</sup>**Savant:** Persona con autismo excepcionalmente talentosa en un campo especializado, por ejemplo, matemáticas, música o dibujo. El savant es capaz de realizar complejos cálculos mentales rápidamente o tocar una pieza musical después de haberla escuchado solamente una vez.

<p><b>Síndrome de Rett</b></p>	<p>Es un trastorno neurológico que sólo se presenta principalmente en personas del sexo femenino y se caracteriza por poseer un periodo previo del desarrollo aparentemente normal al inicio de la vida (antes de los 4 años) de un individuo.</p> <p>Asimismo, el Síndrome de Rett, presenta una serie de alteraciones que no se encuentran patentes en el autismo como pueden ser: la aparición de movimientos poco coordinados o la pérdida de habilidad de motricidad fina entre otros.</p>
<p><b>Mutismo Selectivo</b></p>	<p>En los individuos con mutismo selectivo, a diferencia del autismo, “la reciprocidad social no está deteriorada y no se presentan patrones de comportamiento restringidos o repetitivos” (DSM-V, 2014, P.57).</p>
<p><b>Trastorno del Lenguaje y Trastornos de la Comunicación Social (pragmático)</b></p>	<p>Se diferencian principalmente del autismo en que en el caso del trastorno del lenguaje pueden darse forma inicial algunos problemas en el desarrollo comunicativo y ciertas dificultades sociales de forma secundaria, mientras que en el autismo dicha alteraciones de la comunicación afectan a todas y cada una de las clases del lenguaje.</p> <p>Asimismo, no se observa dentro del trastorno del lenguaje la presencia de comportamientos, intereses o actividades que caracterizan al autismo como son la presencia de conductas de aislamiento, restringidas y/o repetitivas.</p>
<p><b>Discapacidad Intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) sin Trastorno del Espectro Autista</b></p>	<p>En el caso de la discapacidad intelectual sin TEA, resulta un tanto difícil de diferenciar con respecto al autismo ya que la mayoría de los casos (aproximadamente un 70%) los individuos con TEA, presentan o experimentan cierto grado de discapacidad intelectual mostrando retrasos en ciertas áreas con déficit cualitativo, generalmente relacionadas con las habilidades sociales y/o comunicativas que posea el individuo.</p>
<p><b>Trastornos de Movimientos Estereotipados</b></p>	<p>La característica que define este trastorno de, movimientos estereotipado, viene dada principales por una serie de comportamientos motores que suelen ser de carácter repetitivo y que en numerosas ocasiones consiste en mayoritariamente en agitar las manos, balancearse, dar cabezazos repetidamente, morder o golpear distintas parte del cuerpo entre otras características.</p>
<p><b>Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH)</b></p>	<p>El TDAH es uno de los trastornos más frecuentes que existe entre la población.</p> <p>A diferencia del autismo, el TDAH posee un patrón continuo o constante de inatención, desorganización y /o hiperactividad-impulsividad. Estos son rasgos que pueden manifestarse en las diversas áreas y situaciones en las que se desenvuelven los sujetos.</p> <p>No obstante, el TDAH suele manifestarse con gran frecuencia entre los individuos con TEA por lo que a la hora de diagnosticar TDAH es</p>



	importante que pueden darse casos de comorbilidad entre algunos individuos.
<b>Esquizofrenia</b>	Este tipo de trastornos suele encontrarse dentro del cuadro de los Trastornos de Espectro de Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos, y es que es en raras ocasiones que suele darse el caso de diagnosticar esquizofrenia en la infancia o durante la misma, a diferencia de lo que ocurre en el autismo, donde casi siempre se diagnostica al principio de estas etapas de la vida.

Fuente: Tabla de elaboración propia.

## 2.5. Legislación.

En la actualidad, no existen leyes vigentes que se ocupen de manera exclusiva del autismo, de hecho, los derechos que se configuran a los niños autistas se establecen dentro de las leyes y reglamentos que aplican de manera general en cada uno de las regiones del mundo a las personas discapacitadas. En otras palabras, las leyes que amparan a todos los niños discapacitados, ya sea cualquier de cualquier tipo, son las mismas para todos los individuos por lo que es necesario conocer y entender de manera adecuada, sobre todo los profesionales relacionados con el mundo de la educación, las disposiciones legales que contribuye a mejorar la calidad de vida de estos individuos.

Como se ha ido mencionando a lo largo de este trabajo, las personas con discapacidad (en este caso los TEA) suelen encontrar todo tipo de obstáculos que dificultan, e incluso impiden, en numerosas ocasiones, su participación dentro de la sociedad al mismo nivel que el resto de los ciudadanos. Muchas veces, incluso sus derechos y deberes se ven limitados en casi todos los ámbitos de sus vidas, llegando a producirse situaciones de exclusión social, marginación o discriminación entre otras.

Es importante destacar que La Declaración Universal de Derechos Humanos, así como los pactos internacionales de 1966 (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) y otros en adelante, reconocen la igualdad de todas las personas en derechos y libertades. En el caso español, se instaura la *Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*<sup>5</sup> donde se recoge a grandes rasgos que el gobierno, las administraciones y los poderes públicos están obligados, tanto por normativa interna así como internacional, a

<sup>5</sup> BOE-A-2013-12632 (2013) *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, núm., 289, 3 de diciembre de 2013.*

respetar, proteger y promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos y cada uno de sus ciudadanos. Dicha obligación destaca el colectivo más vulnerable, en este caso las personas con TEA.

Otro elemento fundamental es la *Estrategia Española en Trastornos del Espectro Autista*, iniciativa elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, instaurada en el año 2014 a nivel nacional, para principalmente contemplar y atender, todos y cada uno de los protocolos de acción que pueden llevarse a cabo dentro de los diversos ámbitos sociales: sanidad, cultura, educación o empleo entre otros, para las personas con TEA.

Uno de los objetivos propuestos con estas estrategias, ha sido el de dar voz a este colectivo de personas, pues debido a sus propias características, las barreras y los prejuicios erigidos por nuestra sociedad, los niños y niñas con TEA se encuentran al borde de la exclusión social. Es por ello que por medio de esta estrategia, se intenta promover la igualdad de oportunidades, así como reconocer y establecer los derechos y deberes de cada una de las personas con TEA y sus familias a lo largo de todo el territorio español. Por otro lado, si bien es cierto que a un nivel general, las leyes educativas que se recogen dentro del panorama español deben acreditar y cerciorarse que los usuarios con Necesidades Educativas Especiales (NEE en adelante), en este caso alumnado con TEA, o Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE en adelante), posean ciertos méritos y “ayudas” dentro de lo que se compone como el territorio español.

Resaltar entre otras cosas, la importancia que tienen algunas leyes para el alumnado con NEE, y que influyen a grandes rasgos, en las personas con TEA dentro de la Comunidad Canaria, lugar donde se desarrollará este proyecto de innovación educativa.

Como se menciona tanto en la *Resolución de la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa, por la que se dictan instrucciones para los centros escolares sobre la atención educativa y la evaluación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) en la educación infantil y en la enseñanza básica*<sup>6</sup>, la *Resolución por la que se dictan las instrucciones de organización y funcionamiento de los equipos de*

---

<sup>6</sup> Resolución de 30 de enero de 2008 de la dirección general de ordenación e innovación educativa, por la que se dictan instrucciones para los centros escolares sobre la atención educativa y la evaluación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) en la educación infantil y en la enseñanza básica.

*orientación psicoeducativa y psicopedagógica de la Comunidad Autónoma de Canarias*<sup>7</sup>, así como en la *Orden por la que se regula la atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en la Comunidad Autónoma de Canarias*<sup>8</sup>, es importante que todo el alumnado que posea NEE o NEAE, tenga una adaptación curricular correcta, adecuada y ajustada a las necesidades que muestra cada alumno, pues es importante que la respuesta educativa que se le ofrece al alumnado, sea tan variada como acertada, de tal forma que esas necesidades de adaptación, lleguen a cubrir los aspectos cotidianos y globales que exigen no sólo el ámbito curricular sino además del entorno socio-cultural de la sociedad.

Igualmente se debe de resaltar el hecho de que es necesario la realización una intervención temprana de tal forma en que se pueda mejorar el pronóstico general en los niños con TEA, pues, para poder realizar una adecuada adaptación curricular del alumnado es importante según el *Decreto por el que se regula la atención al alumnado en el ámbito de la enseñanza no universitaria de Canarias*.<sup>9</sup>

Iniciar y regular la detección precoz para conseguir que el alumnado de los primeros niveles con estas características sean estimulados de manera adecuada en la familia y en la escuela, optimizando así el desarrollo de sus competencias básicas, evitando que sus dificultades o condiciones iniciales, de no ser atendidas tempranamente, restrinjan la eficacia de la respuesta educativa y limiten su crecimiento como persona (BOC no 154, 2010)

Asimismo, estas disposiciones legales nos ayudan a conocer en mayor profundidad, el desarrollo de los procedimientos que se deberán de llevar a cabo con el fin de reconocer y aceptar las necesidades educativas que presentan el alumnado con TEA y que presentan la diversidad de los escolares en las aulas canarias.

Finalmente, destacar que la idea de integrar la discapacidad en nuestras sociedades no sólo a nivel educativo sino a nivel general, sigue suponiendo una lucha constante por

---

<sup>7</sup> Resolución de 02 de septiembre de 2010 por la que se dictan las instrucciones de organización y funcionamiento de los equipos de orientación psicoeducativa y psicopedagógica de la Comunidad Autónoma de Canarias.

<sup>8</sup>BOC-A-2010-250-7036 (2010) Orden por la que se regula la atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en la Comunidad Autónoma de Canarias, no 250, 22 Diciembre 2010

<sup>9</sup> BOC-A-2010-154-4580 (2010) El Decreto por el que se regula la atención al alumnado en el ámbito de la enseñanza no universitaria de Canarias, 29 de julio 2010

suponer un compromiso exigente por parte de todos y cada uno de los ciudadanos del mundo. Es evidente que resulta necesario una mayor concienciación por parte de la sociedad así como en la totalidad de los sectores y la integración en las leyes, normas, políticas, estrategias y demás, para poder hacer valer plenos y efectivos los derechos de las personas que presentan una discapacidad.

## 2.6. Técnica de Terapias y Programas Terapéuticos e Intervención Educativa

Actualmente, las opciones de tratamientos y/o programas terapéuticos para el trastorno de espectro autista, muestran un amplio abanico de opciones a la hora de iniciar una terapia desde que se iniciara por primera vez la definición de este trastorno. A medida que se ha ido vislumbrando la complejidad que supone el TEA, han ido naciendo cientos de avances en lo que a apoyo educativo se refiere.

A pesar de la existente creencia popular, los niños y niñas con TEA no poseen una capacidad restringida en lo que aprendizaje se refiere, sino todo lo contrario, se ha demostrado en numerosos casos que estos niños pueden desarrollar una vida tanto emocional como intelectual plena, aprender a pensar, a comunicarse así como a relacionarse con su entorno.

Debido a ello, como se muestra a continuación en la tabla 9. *Modelos de intervención en los trastornos del espectro autista*, se hablará de aquellos programas de intervención que se encuentran a día de hoy muy consolidados dentro de la comunidad educativa, lo que supone una gran ayuda a la hora de a generar un importante impacto en algunos de los aspectos claves y significativos en el momento de tratar con personas autistas.

Tabla 9. Modelos de intervención en los trastornos del espectro autista.

<b>Intervenciones psicoeducativas</b>
1. Intervenciones psicoeducativas. a. Análisis aplicado de la conducta (ABA)
2. Intervenciones evolutivas a. Floortime
3. Intervenciones basadas en terapias a. Terapia Ocupacional
4. Intervenciones combinadas

#### a. Modelo TEACCH

Fuente: Modelos de intervención en niños con autismo, Mulas, (2010)

No obstante, antes de dar paso a programas de intervención, es conveniente aclarar que en ningún caso el TEA tiene “cura”, es por ello que estas intervenciones o terapias, se encuentran enfocadas principalmente a la paliación de los síntomas, así como a la mejora de la calidad de vida y el pleno desarrollo del niño autista.

En el abordaje de un niño con TEA no es sólo importante seleccionar un método de intervención adecuado, sino también informar, contener y acompañar a la familia, mantener un contacto estrecho con los centros de atención temprana y educativos, y, además, asesorar respecto a las posibilidades de escolarización, para aprovechar mejor los recursos al alcance de las familias. (Mulas, F, 2010, p.78)

### 2.6.1. Técnica Floortime.

A comienzos de la década de los noventa, el psiquiatra infantil Greenspan, comienza a cuestionarse la necesidad de realizar un cambio que mejore la forma existente, por aquel entonces, de evaluar a aquellos niños que presentaban principalmente características con dificultades del desarrollo. Por ello, desarrolla el popularmente conocido “modelo DIR” o Modelo basado en el Desarrollo, las Diferencias Individuales y las Relaciones (*Developmental Individual Difference Relationship Model*) con la idea de favorecer y fomentar un excelente desarrollo infantil.

Las siglas del modelo DIR representan 3 componentes claves a considerar para poder entender y promover desarrollo infantil:

1. **D (Desarrollo):** Consiste en entender la etapa de Desarrollo socio-emocional o “funcional” en que se encuentra el niño/a.
2. **I (Individualidad):** Consiste en entender las diferencias Individuales que cada niño aporta al momento de interactuar.
3. **R (Relaciones):** Consiste en entender los patrones Relacionales que afectan la interacción del niño/a con sus padres o cuidadores significativos, aspecto que juega un rol clave para tener oportunidades de organizar los instrumentos del desarrollo al servicio de conductas comunicativas cada vez más complejas (Breinbauer, 2006, p.10).

En muchas ocasiones este modelo DIR se ha identificado con la terapia Floortime, sin embargo, hay que puntualizar que esta terapia es uno de los componentes del modelo DIR. La técnica *Floortime* (también conocida como la técnica de suelo), es una de las principales estrategias terapéuticas de intervención de este modelo, y se basa principalmente en la figura de un adulto que puede ayudar a fomentar a un niño a que amplíe sus “círculos de comunicación” (Breinbauer, 2006) de manera que se llegue a potenciar sus habilidades con las personas.

Es una práctica que está orientada principalmente a llevarse a cabo en el entorno del hogar pero que en muchas ocasiones, puede llegar a complementarse con cualquier otro tipo de actividad que se esté desarrollando. Sus principales metas consisten en:

1. Estimular la iniciativa procedente de los niños y aprovechar así sus inquietudes e intereses naturales.
2. Atraer al niño hacia un mundo compartido, es decir, intentar evitar esa “soledad autista” (Kanner, 1943) intentando llevar a cabo formas para llamar la atención e interés del niño para estimularlo a su vez.

Asimismo, otro de los objetivos destacados de esta técnica, consiste en ayudar al niño a lograr seis propósitos en el desarrollo y que se atribuyen a su crecimiento tanto emocional como intelectual:

1. Autorregulación e interés en el mundo que lo rodea.
2. Intimidad o un amor especial por el mundo de las relaciones humanas.
3. Comunicación bidireccional.
4. Difícil comunicación.
5. Ideas emocionales.
6. Pensamiento emocional

Por último, resaltar que la terapia *Floortime* es una práctica con una metodología basada en orientar al niño desde interacciones que sean simples hasta llegar progresivamente a otras más complejas, este proceso es lo que se denomina como "abrir y cerrar círculos de comunicación". (Greenspan, 1997).

## **2.6.2. Técnica de Intervención Conductual o Análisis Conductual Aplicado.**

La Técnica Conductual o Análisis Conductual Aplicado, (*Applied Behavioural Analysis*) también conocido como ABA, es un método de intervención conductual que se sostiene en los principios primordiales de la teoría del aprendizaje y donde se utilizan técnicas especializadas para enseñar nuevos comportamientos. Sus orígenes comienzan en 1913 de la mano del psicólogo y pedagogo estadounidense Thorndike con sus estudios de aprendizaje basados en la *causa y efecto* y que luego en 1927, continúa el fisiólogo y psicólogo ruso Pavlov. Hay que destacar además las importantes aportaciones de Watson y Skinner, a esta terapia.

Ahora bien, dentro de las técnicas ABA utilizadas, nos encontramos con diferentes tipos de métodos de intervención (Mulas, 2010):

- **Enseñanza de tareas discriminadas (*Discrete Trial Teaching, DTT*):** Este método consiste principalmente en la elaboración de una intervención precoz a la vez que intensa, pero estructurada, donde se emplean de forma repetitiva, una serie de acciones que enseñen a los niños paso a paso, ciertos tipos de conductas o respuestas (reforzamiento positivo). A la hora de emplear esta técnica se emplean cuatro principales elementos:
  - El profesional expondrá una orden o planteará una pregunta al niño que resulte clara de entender (estímulo).
  - En ocasiones la orden vendrá dada por un refuerzo.
  - El niño deberá de responder ya sea de manera correcta o incorrecta (respuesta).
  - Finalmente, por medio de la respuesta obtenida del niño, el profesional actuará en consecuencia ya sea otorgando un premio o refuerzo por una respuesta positiva o bien se ignorará o se corregirá la respuesta incorrecta de cara al futuro.
- **Entrenamiento en Respuestas Centrales (*Pivotal Response Training, PRT*):** Consiste básicamente en la detección de conductas en los niños con TEA para que éstos logren motivar, de tal forma que puedan aprender conductas relacionadas con la integración.
- **Análisis de Conducta Verbal (*Verbal Behaviour Intervention, VBI*)** Se centra principalmente en los elementos y características dentro de las funciones del lenguaje.
- **Intervención Conductual Intensiva Temprana (*Early Intensive Behavioural***

**Intervention, EIBI):** Este tipo de intervención se da exclusivamente en niños en edades tempranas a los que se les ha detectado y diagnosticado TEA.

No obstante, conforme ha ido pasando los años, la reforma de conducta ha tenido una enorme evolución y crecimiento. Como mencionan Gary y Pear (1998), el método ABA se extendió en todo el mundo contando con una gran aceptación en el área profesional y utilizado en numerosos centros, desarrollando seis importantes áreas de aplicación debido a tres principales razones:

1. La heterogeneidad de lugares en la que ha sido efectiva, van desde hospitales psiquiátricos, escuelas y actividades de la comunidad general.
2. Los programas educativos existentes y el sistema tradicional, han presentado un desencanto de forma regresiva.
3. Es una terapia objetiva y tiene el poder de ser observada, siendo así una de las características más importantes de la terapia conceptual.

Existen otras razones, no tan importantes, pero de igual forma sería interesante realizar una breve mención para tenerlas presentes.

- La modificación de la conducta se encuentra orientada a controles positivos de la conducta, pero el mal uso de los profesionales al utilizar esta técnica, hace que en numerosas ocasiones se tenga un concepto distorsionado de esta.
- Se han dado casos, en los que determinadas instituciones utilizan el castigo para eliminar una conducta, pero olvidan establecer controles positivos para desarrollar una conducta deseable y antagónica a la anterior.
- La gran mayoría de terapeutas ofrecen al niño la oportunidad de jugar y ganar premios en lugar del escenario de "trabajar".
- Existen una serie de requisitos generales que el terapeuta deberá tener presentes para llevar a cabo la terapia conductual, previa a la modificación de conducta.

Finalmente hay que resaltar, que esta terapia, al igual que la anterior, se descompone en habilidades específicas realizando tramos cortos, de manera que se logra enseñar desde competencias específicas hasta llegar a conductas complejas.

### **2.6.3. El Método TEACCH.**

El método TEACCH o Tratamiento y Educación de Niños Autistas y con Dificultades de comunicación (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication*



*Handicapped Children*) es un programa desarrollado por Schopler (1966), un profesor de Psicología en la Universidad de Carolina del Norte y su co-fundador Reichler en los años 70. En la actualidad se encuentra implantado en 45 estados americanos, y más de veinte países de todo el mundo han elaborado sus programas de intervención inspirados en esta metodología.

La característica fundamental de este método es la elaboración de una educación de carácter estructurada donde se aproveche las capacidades del tipo cognitivo-comportamental para todas las personas autistas de todas las edades, sin excepción, pues el TEACCH posee una política de “rechazo cero” ya que su primacía reside en lograr construir estrategias para el desarrollo productivo e independiente de los TEA.

Los principios y filosofía en la que se basa el método TEACCH son:

1. Comprensión de las características del autismo.
2. Colaboración entre padres y profesionales.
3. Mejora de la adaptación.
4. Evaluación educativa individualizada.
5. Teorías cognitivas y conductuales.
6. Desarrollo de las habilidades y aceptación de los déficits.
7. Orientación holística.
8. Servicio permanente y apoyo en la comunidad.
9. Enseñanza Estructurada.

Como elemento más importante dentro de la metodología TEACCH, a continuación, se describirá brevemente las características principales que componen de esta práctica.

### **2.6.3.1. Enseñanza Estructurada**

El concepto de enseñanza estructurada, es uno de los principios más importantes de la división TEACCH. Hay que destacar que la enseñanza estructurada ha evolucionado desde los que fueron sus inicios hasta llegar a adaptar la práctica educativa que conocemos hoy día, convirtiéndose así en el método primordial por el cual el TEACCH ayuda a que los individuos con TEA sepan qué esperar. A lo largo de este trabajo, se ha hablado de los individuos con autismo quienes poseen ciertas singularidades, lo que hace que este principio se encuentre basado “en la comprensión de las características del alumno con

autismo para ayudarle a aprender y vivir una vida independiente” (Gándara, Carmen & Mesibov, Gary, 2014, p 45).

Para ello, a la hora de elaborar las intervenciones educativas, los profesionales utilizan para la formación de los TEA, elementos por medio del canal visual-sensorial, de manera que sus principales objetivos son aumentar la independencia de las personas autistas, lograr una reducción de las conductas desafiantes en los distintos ambientes y/o entornos en los que se desenvuelven los alumnos y, conseguir una disminución del estado de ansiedad y confusión que suelen manifestarse en los TEA, todo ello considerando el desarrollo de las habilidades cognitivas, sociales y conductuales.

Así pues, a continuación se explicará los cuatro principales componentes de la enseñanza estructurada (Mesibov, Shea & Schopler, 2005) que son esenciales dentro de cada programa educativo.

### **A. Estructurada Física del Entorno.**

Hace referencia a la estructura física y a la organización del entorno. En ella se habla de la manera más adecuada en la que se debe de organizar el entorno físico (el aula de trabajo), así como el mobiliario y todos los materiales y elementos que se emplean a la hora de llevar a cabo las intervenciones educativas, proveyendo de una información e instrucción al alumnado de una manera clara y concisa tanto física como visualmente y manejable para las personas con TEA, evitando de esta forma posibles distracciones al alumno.

Es importante tener en cuenta a la hora de organizar el trabajo con el alumnado, el realizar un establecimiento de áreas específicas, de manera que ayuden a delimitar una clara separación de las áreas en las que el niño/a trabajará/jugará conforme a su edad y nivel de comprensión. Existen distintos tipos de estructuración física:

- Aulas divididas en áreas específicas.
- Espacios con límites claros.
- Materiales adaptados.

### **B. Agendas.**

El programa TEACCH es conocido por el uso de las agendas diarias individualizadas. Debido a las características que presentan los alumnos con autismo éstos necesitan en todo momento de una precisión y predictibilidad de los hechos.

El objetivo de las agendas, consiste en organizar y secuenciar el tiempo y las actividades que realizará el alumno de tal forma, que transmita al alumno de manera visual (ya sea por medio de una fotografía, imagen, dibujo, símbolo o palabra escrita) qué es lo que va a pasar y en qué orden, logrando de esta forma un comportamiento sosegado y colaborador por parte de los niños. Además de proporcionar precisión y predictibilidad, el uso de agendas diarias facilita rutinas cómodas, predecibles y estables para los alumnos, lo que les ofrece la oportunidad de poder desplazarse por todos y cada uno de los diferentes espacios y entornos en los que se desenvuelven.

De igual forma, se le enseña al alumnado a percibir y comprender la información ambiental y el manejo de habilidades con el fin de lograr una mayor autonomía.

Una de las grandes posibilidades de los calendarios es educar en flexibilidad y afrontamiento del cambio. Puede incluirse sistemáticamente una clave para el cambio en el calendario, cada día, y explicarlo al alumno de manera que pueda aprender que las cosas pueden variar, sentirse cómodo con el cambio y canalizar vías para afrontar situaciones difíciles sin abrumar. (Gándara, 2007, p 181).

Al igual que ocurriría con la estructura física del entorno, las agendas deben de adecuarse al nivel evolutivo, cognitivo y comunicativo de los niños/as con TEA.

### **C. Sistema de Trabajo.**

“El sistema de trabajo dice al alumno lo que va a hacer cuando empiece cada actividad o llegue al área de trabajo” (Gándara, 2007, p 182). En los sistemas de trabajo se ayuda principalmente a que el alumno organice sus actividades. Resulta de un componente fundamental en las tareas que desempeñan los alumnos, pues tiene como objetivo el facilitar que éstos lleven a cabo con éxito ya sea de manera independiente, por parejas o en grupos, el trabajo que se deberá de realizar antes, durante y después del desarrollo de la actividad propuesta, logrando de este modo que los niños adquieran autonomía en numerosas áreas, como pueden ser las habilidades de autocuidado.

Del mismo modo que en los dos apartados anteriores, el sistema de trabajo debe de adecuarse al nivel evolutivo, cognitivo y comunicativo de los niños con TEA, respetando siempre las necesidades y habilidades de cada alumno.

### **D. Estructura e Información Visual.**

Dentro de la Enseñanza Estructurada es muy importante a la hora de desarrollar las actividades correctamente, tener muy presente los elementos visuales ya que ayudan y enseñan al alumno a entender, comprender y realizar de manera clara y precisa aquellas tareas que son propuestas a desarrollar durante su intervención.

Existen tres componentes cruciales que ayudan a este tipo de organización en TEACCH obtenga resultados positivos:

- 1. La Claridad Visual:** “Para clarificar la información puede utilizarse el etiquetado, la codificación por colores, el realce y la limitación de la cantidad de materiales expuestos.” (Gándara, 2007, p.183). Es importante que el alumno sepa siempre dónde está cada cosa y aclarar los componentes de todas las actividades que se desarrollen, siendo en todo momento claros, directos y precisos, lo que ayudará a que el niño realice dicha actividad con un menor nivel de ansiedad.
- 2. Organización Visual:** “La organización de la tarea visual es similar a un plan o plantilla, en los que las etapas se especifican claramente en el diseño de la tarea.” (Gándara, 2007, p.183). En este caso, hablamos de la distribución, organización y estabilidad de los materiales que se usarán durante las actividades. Dichos elementos deberán de estar siempre ordenados de forma coherente y precisa para no crear confusión a los niños con TEA. Asimismo, este tipo de organización, logrará que ellos mismos puedan, de manera independiente, tomar o devolver cualquier material que usen sin la ayuda de un adulto.
- 3. Instrucciones Visuales:** Al igual que los dos casos anteriores, esta última estructuración abarca características visuales ya sean a través de imágenes, dibujos, fotos, símbolos o palabras que son esenciales en las tareas de trabajo. Está muy conectada a lo que se ha ido viendo con anterioridad, ya que con ella se pretende ayudar a los TEA a entender qué es lo que se supone que deben hacer.

#### **2.6.4. La Terapia Ocupacional.**

La Terapia Ocupacional (T.O. en adelante) presenta numerosas y variadas definiciones que intentan reflejar lo que significa la terapia ocupacional. Debido a la gran cantidad de definiciones que se pueden encontrar en los numerosos manuales de T.O., se ha decidido elaborar un breve cuadro resumen, tabla 10: *Definiciones sobre la Terapia Ocupacional*,

con aquellas definiciones presentadas por las organizaciones y/o asociaciones con gran carácter representativo y universal.

Tabla 10. Definiciones sobre la Terapia Ocupacional

<p><b>Organización Mundial de la Salud (OMS)</b></p>	<p>El conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.</p>
<p><b>Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)</b></p>	<p>La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación</p>
<p><b>Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA)</b></p>	<p>La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.</p>
<p><b>Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales (CAOT)</b></p>	<p>Terapia ocupacional es una profesión de las ciencias de la salud que provee servicios a los individuos cuya capacidad para funcionar en su vida cotidiana está alterada como consecuencia de enfermedad o daños físicos, de problemas del desarrollo, del proceso de envejecimiento, de enfermedades mentales o problemas emocionales. Los objetivos de la Terapia Ocupacional son asistir al individuo para que alcance un estilo de vida independiente, productivo y satisfactorio. Los terapeutas ocupacionales utilizan actividades adaptadas para incrementar el funcionamiento del individuo y su productividad.</p>
<p><b>Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)</b></p>	<p>Disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad corre un riesgo o está dañada por cualquier causa.</p>

Fuente: Tabla de elaboración propia

Ahora bien, fue en el año 1914, cuando se comenzó a emplear el término “terapia ocupacional” en lugar del conocido anteriormente como trabajo ocupacional (Barton, 1915; Dunton, 1913). Dicho término se implantó rápidamente y con él surgió la idea de fundar lo que se conoce como la *Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia*

*Ocupacional* (NSPOT), constituida por los propios Barton y Dunton, y otros profesionales tales como, Slagle, Johnson, Kidner y Newton. Con el surgimiento de este nuevo tipo de terapia, se creó un modelo que además de ser nuevo, era distintivo y se encontraba enfocado en considerar y tratar a las personas que sufren cualquier tipo de deterioro en sus capacidades. Así pues, el objetivo inicial (y actual) de la T.O. se centra exclusivamente en la ocupación (como su propio nombre indica), para mejorar de esta forma la autosuficiencia, la independencia así como la inclusión de las personas (en este caso usuarios con TEA) en nuestras sociedades teniendo como finalidad principal tratar de enseñar tareas específicas y clarificadas “reeducando” o “entrenando” a los usuarios, o bien adaptando dichas actividades o el propio entorno de los individuos para poder ayudarlos de tal forma en que logren ser autosuficientes en la realización de cualquier tarea o reto que se les presente.

Por otra parte, desde los que fueran sus inicios, la T.O. ha florecido por todo Estados Unidos debido, principalmente, a la gran aceptación cultural que ha recibido de sus conceptos básicos, recibiendo de esta forma un potente sistema de apoyo por parte de los gobiernos y las agencias privadas del país. En otros países esta disciplina ha tenido menos aceptación y apoyo por parte de la sociedad, por lo que han quedado retrasados en el desarrollo de la T.O., sin embargo hay que resaltar el hecho de que actualmente su influencia en el mundo ha aumentado.

A parte de Estados Unidos como principal país de aceptación de esta terapia, se puede encontrar con que Canadá, Gran Bretaña y Australia han implantado este tipo de intervención en sus centros logrando mejorar las actividades no solo educativas sino también la calidad de vida de sus usuarios. En el caso español, sólo se ha dado el caso en las provincias del País Vasco y Aragón.

Asimismo, el papel de la T.O. en alumnado con TEA resulta un tanto difícil de explicar debido a la gran variedad sintomática de presentación, el estilo de aprendizaje y la posible (y potencial) respuesta que presentan cada uno de los diferentes y distintos usuarios con los que se interviene. En lo que al nivel educativo se refiere, el principal objetivo de la T.O. es el de conseguir dar una respuesta a las numerosas necesidades educativas que presenta el alumnado con TEA, de tal forma que se les proporcionen aquellas herramientas necesarias y que les posibiliten lograr a estos individuos, la adaptación,

inclusión/integración y participación de manera activa, potenciando su independencia tanto en su entorno y/o ambiente cotidiano a la vez que en la sociedad.

Las principales áreas en las que se divide el trabajo de la T.O. (específicamente para alumnado con TEA) son los descritos a continuación en la tabla 11.

Tabla 11. Principales áreas en las que se divide la Terapia Ocupacional

Áreas Ocupacionales	Equilibrio Ocupacional	Componentes/ Destrezas del Desempeño	Contexto y Entorno
1. Actividades básicas para la vida diaria. 2. Actividades Instrumentales de la vida diaria. 3. Trabajo. 4. Educación. 5. Participación Social. 6. Ocio. 7. Juego. 8. Descanso y sueño.	1. Organización. 2. Equilibrio.	1. Destrezas motoras y praxis. 2. Destrezas sensoriales-perceptuales. 3. Destrezas de regulación emocional. 4. Destrezas cognitivas. 5. Destrezas de comunicación y sociales.	1. Cultural. 2. Personal. 3. Físico. 4. Social. 5. Temporal. 6. Virtual.

Fuente: Tabla de elaboración propia

### 3. Análisis de Necesidades

Tras la realización de una investigación previa a entidades y centros dirigidos al alumnado con TEA, se ha conseguido obtener participación por parte de un pequeño porcentaje de ellos, ya que el resto de centros se encontraban con problemas de disponibilidad horaria en función a la cantidad de trabajo.

Por otra parte, y en la misma línea, el centro La Escuelita de Ilusiones, se encuentra con la misma problemática de disponibilidad, no obstante y a pesar de este hecho, se ha podido ver que algunos de los datos que ofrecen la misma escuela en su página web oficial son erróneos, tales como la ubicación del centro, pues a la hora de realizar un desplazamiento hacia la localización ofrecida por el centro, no ha habido tal éxito al encontrarla. Asimismo, dentro de la metodología ofertada por el centro, y la cual se encuentra descrita en su página web oficial, se observa que el método de trabajo que emplean es la técnica de Terapia de Intervención Conductual o Análisis Conductual Aplicado (ABA), siendo éste un método de trabajo que fomenta principalmente la autonomía personal de los niños y niñas pero que no resulta ser un recurso factible a la hora de impartir conocimientos básicos establecidos dentro del currículum de primaria.

Finalmente, y a pesar de volver a encontrar numerosos obstáculos a la hora de entrevistar a los padres y madres de niños autistas de los centros y asociaciones para personas con autismo, se ha procedido a vaciar los datos realizados por medio de una investigación teórica, la realización de una entrevista a una profesional en materia de TO y la participación de una de las principales asociaciones de autismo de Canarias, así como las experiencias personales propias en la vivencia con alumnado con TEA, donde se ha detectado la necesidad de diseñar una propuesta de un programa educativo en base a la TO para todos los centros educativos, ya bien sean públicos o privados, donde se refleje que el alumnado con TEA podrá adquirir esos conocimientos básicos del currículum de primaria y poseer así de cara al futuro, una formación académica que la escuela debe de ofrecer, pues:

La escuela es una institución social, relacionada con otras instituciones y ámbitos sociales que configuran la estructura de una sociedad [...] Su misión expresada en términos muy genéricos y que, por ello, es fácil que generen consenso, consiste en preparar a las nuevas generaciones para insertarse en la sociedad de la que forman parte, adquiriendo aquellos elementos de la cultura



(conocimientos, normas, valores, habilidades) que se consideran fundamentales, tanto para esa inserción como para la propia “supervivencia” de la sociedad (Blanco, 2000, p.205).

### **3.1. Justificación.**

El TEA hoy día es bien conocido dentro de nuestra sociedad debido al aumento de casos que han sido diagnosticados en los últimos años. En la actualidad, los datos nos muestran que aproximadamente, uno de cada 110/150 padece TEA siendo cuatro veces mayor en los niños que en las niñas. A pesar del gran reconocimiento que se le ha dado a este trastorno así como a sus categorías, el progreso en los métodos de detección y diagnóstico, los avances e innovaciones científicas, educativas y tecnológicas existentes actualmente dentro del campo de la neurociencia, la etología y la patología siguen siendo desconocidos, aunque numerosos expertos creen que hay una base genética y factores epigenéticos<sup>10</sup>.

Sin embargo, muchos de estos niños no son diagnosticados en las primeras etapas de sus vidas, sino cuando han alcanzado la edad para ir a los colegios. Es en ese entonces, cuando los padres deciden llevar a sus hijos a centros especializados o asociaciones que les ayuden a dar respuesta a las necesidades que presentan las personas con autismo. En este sentido, la actuación en base a la educación y aplicada en todos los campos de la vida, es el mayor y más poderoso instrumento a la hora de ayudar a las personas con este trastorno, de manera que se logre potenciar al máximo sus capacidades de desarrollo personal y de participación social.

Asimismo, tras la revisión teórica expuesta anteriormente y el análisis de necesidades descrito, a continuación se pasará a elaborar la justificación de la propuesta del proyecto de innovación educativa basado en una mejora en la educación para niños con TEA en España, así como en la propuesta de una mejora de la ya existente pero escasa formación académica. Uno de los pocos centros educativos especializados en materia de autismo y que existen en Canarias, es el centro Ilusiones ubicado en la zona de La Laguna, en la isla de Tenerife y cuyo sistema de intervención es la técnica ABA. Dicha técnica es óptima

---

<sup>10</sup> Epigenético, ca: 1. adj. Biol. Perteneciente o relativo a la epigénesis. Epigénesis: Del lat. mod. *epigenesis*, y este del gr. *ἐπι- epi-* 'a continuación de' y *γένεσις génesis* 'génesis'.1. f. Biol. Doctrina según la cual los rasgos que caracterizan a un ser vivo se configuran en el curso del desarrollo, sin estar preformados en el huevo fecundado.

(Extraído de la Real Academia Española, 2017)

pero no suficiente, ya que existen numerosos métodos de intervención cuyos resultados son a la par que óptimos y eficaces pero que están siendo grandes olvidados. Recordar además, que la extensa variedad de técnicas podría ayudar a los centros a conseguir más resultados así como una mejora a la hora de impartir conocimientos básicos a los sujetos con TEA.

No obstante, es necesario destacar la evidente escasez existente de centros exclusivamente educativos y de carácter público para niños con TEA, pues el Sistema Educativo Público del que goza actualmente el país no cuenta con los medios económicos suficientes. Una muestra de ello se contempla en la evidencia donde en numerosas ocasiones, las familias de niños con autismo se enfrentan a situaciones en las que la educación de dichos sujetos es una necesidad que actualmente no se encuentra totalmente paliada por el Ministerio de Educación.

Por ello, y en vista de esa necesidad de mejorar las técnicas de intervención en educación básica primaria en alumnado con TEA y la accesibilidad a ellas, se pretende presentar el diseño de una propuesta educativa para favorecer y facilitar una educación primaria a los alumnos con TEA en más centros, tanto públicos como privados, para a su vez, poder implantar diversas técnicas de intervención a las ya existentes, logrando así obtener otro tipo de resultados en otros ámbitos, como puede ser la asimilación de conceptos para este conjunto de sujetos.

Por otra parte, la técnica propuesta en este proyecto es la T.O., la cual es una técnica que se encuentra desarrollada con gran aprobación en Estados Unidos, debido a la gran aceptación cultural que ha recibido de sus conceptos básicos, de tal forma que se ha convertido en un gran sistema de apoyo para los gobiernos así como las agencias privadas del país. Por otro lado, aunque esta disciplina ha tenido menos aceptación y apoyo en otros países, hay que resaltar el hecho de que actualmente su influencia en el mundo ha ido aumentando conforme ha pasado el tiempo.

Aunque no se conocen datos o porcentajes estadísticos concretos sobre los resultados de aplicación de la T.O en el sistema educativo, es importante resaltar que esta modalidad en el caso de Estados Unidos, se encuentra instaurada desde 1975, de tal forma que rigen y basan su formación para personas con discapacidad, haciendo un especial hincapié en la importancia de un terapeuta ocupacional en la formación de estas personas.

Por otro lado, en lo referente a la normativa, EE.UU cuenta actualmente con la *Ley de Educación de los Individuos con Discapacidad* (IDEA) donde se establece que la enseñanza ha de ser adecuada y gratuita, así como disponer de un ambiente menos restrictivo, como el de un aula ordinaria. Además de ello, se exige de una evaluación adecuada para que todas las personas puedan formar parte del proceso educativo así como las familias deben de tener programas individualizados, de tal forma que se considera que la T.O puede mejorar no solo las habilidades de los estudiantes sino que se trata de una modalidad educativa es inclusiva.

Como se ha visto anteriormente, no sólo Estados Unidos es el principal país de aceptación de esta terapia, sino que se puede encontrar con que Canadá, Gran Bretaña, Australia y en el caso español País Vasco o Aragón, han implantado también con éxito este tipo de intervención en sus centros mostrando resultados altamente positivos logrando a su vez, mejorar las actividades no solo educativas sino también la calidad de vida de sus usuarios. En el caso del País Vasco concretamente, existe una mejora evolutiva en la atención a alumnos con NEE tras haber implantado este modelo en sus aulas, de tal forma que se ha convertido en la primera comunidad en España que ha definido el papel del T.O en el sistema educativo.

Más aún, a partir de las respuestas dadas por una terapeuta ocupacional de un centro en la isla de Tenerife, se ha tomado como referencia sus respuestas ya que habla sobre cómo la terapia ocupacional dentro del ámbito educativo, especialmente en el campo de la enseñanza, puede llegar a ofrecer servicios como:

- Aportar ideas para mejorar el desempeño de alumnos con discapacidad.
- Entrenamiento en habilidades y destrezas necesarias para un correcto funcionamiento en la escuela.
- Asesoramiento en adaptaciones y productos de apoyo para niños con discapacidad.
- Integración sensorial.

Y es que según explica esta terapeuta, el trabajar con TO, puede llegar a brindar un amplio campo de posibilidades de intervención con los sujetos, de tal forma que se pueda apoyar no solo en el campo de la educación, como resulta en esta ocasión, sino que además trabajar con la TO resulta en general, más efectivo para la adquisición de aprendizajes nuevos, ya que proporciona herramientas y alternativas que pueden llegar a

mejorar el desempeño de las personas en su vida diaria y en todos los diferentes tipos de intervenciones o de programas que se puedan llevar a cabo.

Finalmente, y aunque hay que resaltar el importante papel que juegan las asociaciones de TEA, en el caso de Canarias es evidente que falta mucho por hacer en lo que innovación educativa se refiere, pues se ha visto que las técnicas actuales empleadas en los centros y/o asociaciones, sufren de ciertas carencias educativas..

## **4. Datos de Identificación del Proyecto.**

### **4.1. Descripción de los Destinatarios.**

En primera instancia esta propuesta se encontrará destinada a la educación en general, ya sea esta de carácter público, privado o concertada. Por ello, surge la intención de ir un paso más allá y llegar a mejorar la educación primaria que reciben todos los usuarios que posean algún tipo de discapacidad en general, todo ello elaborado por medio de actividades en base a la TO. Asimismo, esta propuesta se encuentra enfocada principalmente para tratar con niños y niñas que han sido diagnosticados con TEA desde una temprana edad y que actualmente se encuentren cursando estudios primarios, por lo que irá dirigido además, hacia el profesorado así como demás profesionales que interactúan y trabajan día a día con alumnado con autismo de tal forma en que se les pueda orientar a la hora de tratar y/o atender a niños con discapacidad.

### **4.2. Contexto/Institución.**

Principalmente esta propuesta estará dirigida a todos aquellos centros especializados en materia sobre el autismo, que se encuentren dentro del territorio español y que posean además, las mismas características del centro la Escuelita de Ilusiones ubicada en el municipio de La Laguna, en la isla de Tenerife (Canarias). Por otro lado, también irá orientada, a todos los centros escolares públicos y privados de toda España, así como todas aquellas asociaciones e instituciones que sin ánimo de lucro trabajan con este tipo de alumnado.

Finalmente, y a un nivel más amplio, también estará dirigido a grandes rasgos, principalmente a los Consejos Escolares Municipales de cada municipio de las Islas Canarias, donde se intentará aunar a todos los colegios, centros y demás instituciones para alumnado (en esta ocasión) con TEA.

## **5. Objetivos del Proyecto.**

A continuación, pasarán a explicarse los objetivos, tanto generales como específicos, que han sido planteados y que conforman este proyecto.

### **5.1. Objetivos Generales.**

1. Diseñar un programa educativo para niños con TEA.
2. Promover la T.O. dentro de los centros y escuelas de niños con TEA, además de argumentar cómo la T.O. puede ayudar a intervenir en las personas con TEA logrando una mayor autonomía en la realización de actividades diarias y favorecer así una mayor inclusión educativa en los centros educativos.
3. Concienciar e incentivar a los colegios, así como a los consejos escolares municipales para que se puedan añadir clases específicas para niños con discapacidad, entre ellos niños con TEA.

### **5.2. Objetivos Específicos.**

1. Mejorar la respuesta educativa del alumnado con TEA.
2. Fomentar la autonomía educativa del alumnado con TEA.
3. Facilitar una educación de calidad al alumnado que presenta TEA en las primeras etapas educativas y en el marco educativo del aprendizaje a lo largo de vida.
4. Fomentar la comprensión de las características y de los principios del apoyo conductual positivo.
5. Impulsar la colaboración entre las Administraciones Educativas, otras instituciones así como las entidades u organizaciones para llevar a cabo la atención integral y completa al alumnado con TEA.
6. Sensibilizar a la comunidad educativa y a los agentes implicados sobre la importancia de la inclusión educativa del alumnado con TEA, para lograr por parte de estos una mayor participación en los distintos ámbitos de la sociedad y no sólo en áreas específicas de la vida.

## **6. Metodología y Propuesta de Actuación.**

### **6.1. Procedimiento/ Estrategia de Actuación.**

La estrategia a seguir para llevar a cabo esta propuesta, pretende inicialmente llevar a cabo la persecución de los objetivos anteriormente propuestos.

En primer lugar, se comenzará con el objetivo “*Diseñar un programa educativo para niños con TEA*” y sus dos derivados objetivos específicos:

1. Mejorar la respuesta del alumnado con TEA.
2. Fomentar la autonomía educativa del alumnado con TEA.

Con estos puntos, se ha elaborado un supuesto de actividades en base a las asignaturas troncales impartidas en el currículum de primaria y empleado la técnica de terapia ocupacional donde se explica cómo se pretende que el alumnado no sólo consiga adquirir los conocimientos básicos del currículum de primaria sino que además lleguen a asimilarlos, de tal forma que por medio de la realización de actividades que ellos mismos elaborarán, obtengan un mayor conocimiento no solo de las materias establecidas dentro del currículum de primaria, y que son fundamentales así como la idea clave de esta propuesta, sino que además en un segundo plano y por medio de la TO, se logre a un nivel personal mejorar funciones motoras, psicomotrices, sensoriales y emocionales que cada niño con TEA pueda llegar a padecer. Para llevar a cabo este tipo de actividades de TO, el cual será un trabajo mayoritariamente individual con el alumnado, los espacios donde se desarrollarán principalmente estas actividades serán dentro de un aula.

Del mismo modo, para los objetivos restantes, tanto generales como sus derivados específicos, se presentará la propuesta de este proyecto como tal tanto a las entidades privadas como a las públicas educativas, siendo de ésta última el escaño más alto y de mayor importancia, el Ministerio de Educación Pública, donde se explicará la relevancia de añadir la técnica de terapia ocupacional en las clases del alumnado con TEA.

Asimismo, como instrumentos de recogida de información para elaborar esta propuesta, se ha empleado en primer lugar, un análisis previo sobre el contexto teórico sobre la situación de las personas con TEA y en segundo lugar, la utilización de ciertos procedimientos de recogida de información a través de la colaboración de entrevistas realizadas a los diferentes agentes implicados que han proporcionado la información necesaria para elaborar esta propuesta de innovación educativa.

Para finalizar, este proyecto se presentará a finales del curso 2016/17 y tras su previa aprobación, principalmente será puesto en marcha del nuevo curso académico 2017/18, donde las horas destinadas a la realización del primer objetivo planteado, será de un total de 37 semanas lectivas.

## 6.2. Propuesta de Actividades.

Como se podrá observar a continuación en la tabla 12, sólo se ha elaborado un ejemplo por actividad (véase anexo) en base al currículum de primaria establecido en el territorio español. Estas actividades son solo una forma de ver el tipo de acciones, así como los recursos, materiales y temporalización que se podrían realizar en base a la TO siendo el objetivo principal, trabajar con este tipo de metodología en el alumnado que presenta NEE o NEAE, en este caso alumnado con TEA, logrando de esta manera que los niños pueda llegar a adquirir los conocimientos y competencias que se encuentran establecidos dentro de la Ley Educativa de Educación Primaria de España.

Como se ha mencionado anteriormente, esto supone tan solo un ejemplo de actividades que se podrían realizar, en el caso de que la propuesta sea aceptada y el proyecto de innovación sea llevado a cabo, se presentarán diferentes actividades programadas para todo un curso académico, a modo de guía didáctica de las diferentes asignatura de primaria y adaptadas a cada alumno.

Tabla 12. Objetivos.

Objetivo General	Objetivo Específico	Metas	Actividades	Objetivos Operativos en base al currículum de primaria.
Diseñar un programa educativo para niños con TEA	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la respuesta educativa del alumnado con TEA.</li> <li>Fomentar la autonomía educativa del alumnado con TEA</li> </ol>	Que el alumnado consiga obtener los conocimientos básicos del currículum de primaria.	<ol style="list-style-type: none"> <li><u>Lengua &amp; Literatura Castellana:</u> La Fábrica de palabras.</li> <li><u>Matemáticas:</u> Mi medusa divertida.</li> <li><u>Ciencias Naturales:</u> Mi Tarro de la Naturaleza.</li> <li><u>Ciencias Sociales:</u> Mi Libro de Profesiones</li> <li><u>Primera Lengua</u></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><u>Lengua &amp; Literatura Castellana:</u> Adquisición de la Competencia Lingüística.  Conocimiento Progresivo de la Lengua Materna.  Desarrollo de las destrezas básicas: escuchar, hablar, leer, escribir de forma integrada.</li> <li><u>2.1. Matemáticas:</u> Adquisición de la Competencia Matemática.</li> </ol>

			<p><u>Extranjera:</u> My Abc of Bottle Caps.</p> <p>6. <u>Educación Física:</u> Mini Yoga Divertido</p>	<p>Alcanzar una eficaz alfabetización numérica.</p> <p><u>3.1 Ciencias Naturales:</u> Aprender a aprender</p> <p>Comprender e interpretar la realidad (social y natural) a través de la interrelación de conocimientos</p> <p><u>4.1 Ciencias Sociales</u> Aprender a vivir en sociedad</p> <p>Adquirir competencias sociales y cívicas.</p> <p>Adquisición de concienciación y expresiones culturales.</p> <p>Comprender e interpretar la realidad (social y natural) a través de la interrelación de conocimientos</p> <p><u>5.1 Primera Lengua Extranjera:</u> Adquisición de la Competencia Lingüística.</p> <p>Conocimiento Progresivo de una primera lengua extranjera.</p> <p>Adquisición de conca y</p>
--	--	--	---	---



				<p>expresiones culturales de otros países.</p> <p>Desarrollo de las destrezas básicas: escuchar, hablar, leer, escribir de forma integrada.</p> <p>6.1. <u>Educación Física.</u> Aprender a Aprender</p> <p>Desarrollo de las destrezas básicas: escuchar, hablar, leer, escribir de forma integrada.</p> <p>Adquisición de la Competencia Motriz</p>
--	--	--	--	---

Fuente: Tabla de elaboración propia.

### 6.3. Agentes que intervienen.

Para la puesta en marcha de este proyecto de innovación educativa, se hace necesaria la implicación y participación en primer lugar de las instituciones educativas (Ministerio Educación, Consejos Escolares Municipales, Centros Públicos y Privados Educativos) y todas aquellas asociaciones y demás que de alguna forma estén involucradas con usuarios con TEA, así como la comunidad escolar (profesorado, pedagogos, diferentes profesionales de la educación, y padres y madres del alumnado) así como el apoyo de terapeutas ocupacionales.

## 7. Propuesta de Evaluación.

### 7.1. Criterios de evaluación y sus indicadores.

Para finalizar este proyecto, se elaborará una ejemplificación del modelo del tipo de evaluación que se emplearía con la TO, donde se valorará principalmente el aprendizaje del alumnado con TEA.

Antes de comenzar a hablar sobre el tipo de evaluación que se llevará a cabo, hay que resalta que el primer paso para poder evaluar correctamente a un niño con TEA es tener

siempre presente y actualizados sus datos de nivel de desarrollo así como sus niveles funcionales por medio de la realización de una evaluación psicopedagógica previa. Ahora bien, inicialmente a la hora de evaluar desde la terapia ocupacional, se tendrá presente el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), solidificado durante la década de 1970, y apareciendo por primera vez en el año 1980, en la reconocida revista americana de terapia ocupacional (*American Journal of Occupational Therapy*).

Se trata de un modelo donde su objetivo principal es intentar conseguir que pueda ser aplicado a los diferentes y diversos ámbitos de actuación de las personas. Se puede considerar a Kielhofner (1980), junto con Burke, Barris, Ici, Oakley y otros los autores principales de este modelo. Aunque el modelo de la ocupación humana está basado en diversos y distintos marcos teóricos de la terapia ocupacional, su principal principio según Kielhofner (1985, 1995, 2002) es que el objeto de estudio sea la ocupación en sí misma, de tal forma, que no solo se le otorga a los sujetos una gran importancia sino además, a la visión de la realidad de éstos y específicamente a la situación ocupacional en la que se encuentran.

Así pues, este modelo orientado específicamente hacia niños con NEE, se encuentra encaminado hacia el tratamiento de niños en intervención temprana, lo que hace posible comprender cómo el juego (en este caso) dentro de la volición<sup>11</sup> del niño, sus hábitos y rutinas, sus capacidades así como su entorno, permite condicionar la participación en las numerosas y variadas ocupaciones que se les propone.

Este modelo sostiene que a medida que el niño participa en diversas ocupaciones con diferentes grados de éxito, cambia sus capacidades, ideas y sentimientos sobre sí mismo, y su disposición a actuar (Kielhofner, 2006). En general, con los niños pequeños este modelo es usado en combinación con otros modelos de la práctica. (Abelenda J, 2007)

Resaltar además, que las capacidades son importantes en este modelo ya que también son elementos que favorecen al desarrollo de la identidad y competencia ocupacional de los niños. En este sentido, éstas se encuentran sujetas a esta etapa de desarrollo de los

---

<sup>11</sup> Volición: El concepto de volición describe la motivación del niño para realizar elecciones de actividad. El proceso volicional implica anticipar, elegir, experimentar e interpretar las experiencias ocupacionales en las que se participa, y es dependiente de los valores, intereses y el sentido de causalidad personal del niño. (Extraído de Abelenda J, 2007)

niños donde lo más destacables son los numerosos cambios que pueden llegar a producirse a lo largo del tiempo, de modo que el niño logra aumentar así su capacidad de interactuar con el entorno que lo rodea.

Ahora bien, aunque se usará una evaluación basada en el modelo de la ocupación humana para evaluar las actividades realizadas conforme a la TO, es necesario aclarar que en relación a la forma de evaluar el nivel de aprendizaje en la adquisición de los conocimientos de primaria, y debido a que se trata de un alumnado con NEAE, será necesario adaptar las necesidades evaluativas del alumnado por lo que se emplearán una evaluación global, usando como principal técnica de evaluación la observación, siendo en este caso una observación continua considerándola como un elemento inseparable del proceso educativo, lo que permitirá ver claramente el desarrollo del aprendizaje del alumnado a lo largo de su escolarización, lo que en el caso del alumnado con TEA se destaca por:

- Una observación continua del alumnado con TEA a la hora de realizar las actividades planteadas así como su evolución en el proceso de aprendizaje continuo y global dichos conocimientos además de su avance en el conjunto de las áreas establecidas.
- La utilización de los nuevos conceptos adquiridos durante el curso, tanto dentro como fuera del aula.
- La correcta identificación de elementos, objetos, escenarios y/o situaciones construidas a partir del material trabajado durante el curso.

Asimismo, se podrá contemplar de una forma detallada, clara y permanente las habilidades procedimentales y actitudinales que el estudiante irá desarrollando conforme pase el tiempo de modo se le pueda brindar orientación y realimentación cuando se requiera de tal forma que se garantice el proceso de enseñanza/aprendizaje del alumnado y mejorar así tanto los procesos como los resultados de dicha intervención.

Para ello se mostrará a continuación, en la tabla 13. *Indicadores de evidencia del grado de aprendizaje del colectivo*, los indicadores empleados en relación al aprendizaje de los conocimientos del currículum de primaria donde se intentará alcanzar algunos de los objetivos propuestos por el España en base a dicho currículum.

Tabla 13. Indicadores de evidencia del grado de aprendizaje del colectivo.

<p>A) Conocer y apreciar los valores y las normas de convivencia, aprender a obrar de acuerdo con ellas, prepararse para el ejercicio activo de la ciudadanía y respetar los derechos humanos, así como el pluralismo propio de una sociedad democrática.</p> <p>B) Desarrollar hábitos de trabajo individual y de equipo, de esfuerzo y de responsabilidad en el estudio, así como actitudes de confianza en sí mismo, sentido crítico, iniciativa personal, curiosidad, interés y creatividad en el aprendizaje, y espíritu emprendedor.</p> <p>C) Adquirir habilidades para la prevención y para la resolución pacífica de conflictos, que les permitan desenvolverse con autonomía en el ámbito familiar y doméstico, así como en los grupos sociales con los que se relacionan.</p> <p>D) Conocer, comprender y respetar las diferentes culturas.</p> <p>E) Conocer y utilizar de manera apropiada la lengua castellana y desarrollar hábitos de lectura.</p> <p>F) Adquirir en, al menos, una lengua extranjera la competencia comunicativa básica que les permita expresar y comprender mensajes sencillos y desenvolverse en situaciones cotidianas.</p> <p>G) Desarrollar las competencias matemáticas básicas e iniciarse en la resolución de problemas, así como ser capaces de aplicarlos a las situaciones de su vida cotidiana.</p> <p>H) Conocer los aspectos fundamentales de las Ciencias de la Naturaleza, las Ciencias Sociales, la Geografía, la Historia y la Cultura.</p> <p>I) Utilizar diferentes representaciones y expresiones artísticas e iniciarse en la construcción de propuestas visuales y audiovisuales.</p> <p>J) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social.</p> <p>K) Conocer y valorar los animales más próximos al ser humano y adoptar modos de comportamiento que favorezcan su cuidado.</p> <p>L) Desarrollar sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás.</p>
--

Fuente: Objetivos de la Educación Primaria, BOE (2014)

## 7.2. Instrumentos de recogida de datos y análisis de los datos.

Es necesario tener presente que a la hora de evaluar en base al modelo de ocupación humana en TO, es evaluar al alumnado por medio de técnicas que ayuden a conocer el grado de asimilación tanto de los conceptos, en este caso en relación al currículum de primaria, así como de la evolución personal. Por ello, se ha seleccionado como instrumento de evaluación el llamado *Perfil de Ocupacional Inicial del Niño* (Short Child Occupational Self Assessment) también conocido como S.C.O.P.E., lo que permitirá trabajar de una forma amplia y variada con alumnado de hasta 21 años.

Este instrumento en sí, “permite evaluar los elementos que reafirman o limitan la participación ocupacional, siendo éstos propios del niño (volición, habituación y capacidad de desempeño) o del ambiente (físico y social) en donde se desarrollan.”

(Aubert V., J. et al., 2013, p 84) de tal forma que se evalúa principalmente al niño por medio de su propia trayectoria y evolución personal.

El S.C.O.P.E. como instrumento, emplea una escala de puntuación en letras, la cual se manifiesta en cuatro categorías representadas y ordenadas (Facilita; Permite; Inhibe; Restringe), que muestran el impacto que cada factor puede tener, ya sea éste de carácter de personal y/o ambiental, en la realización de actividades ocupacionales, de tal forma que los datos obtenidos se analizan por medio de una perspectiva observacional donde las diferentes variables o indicadores que sean relevantes (en este caso) para el alumnado de primaria con TEA en la adquisición de dichos conocimientos.

Para ello, se clasificará esos resultados obtenidos por medio de los ítems mencionados anteriormente, según si éstos consolidan (“Facilita”, “Permiten”) o limitan (“Restringe” o “Inhibe”) la participación ocupacional de dicho usuario, de modo que se podría identificar aquellas áreas en las que los niños con TEA tienen mayores dificultades y fortalezas dentro del contexto educacional.

### **7.3. Agentes que Intervienen en la Evaluación.**

Para llevar a cabo este proyecto se necesitará la intervención de diferentes recursos humanos, tanto para su puesta en marcha como para su evaluación, ya mencionados anteriormente los agentes que llevarán a cabo el proyecto, se da lugar a mencionar aquellos agentes que serán claves a lo largo de la evaluación de dicho proyecto como parte final del mismo.

Estos agentes se centrarán en un terapeuta ocupacional quien a través de la técnica de evaluación del Modelo de la Ocupación Humana, realizará un análisis de los resultados. A su vez los educadores asignados a este proyecto, también tendrán un papel fundamental en el proceso de evaluación, ya que son éstos los que desarrollarán día a día el proyecto con los alumnos con TEA, consiguiendo de esta manera matizar ciertos puntos dentro de la técnica de evaluación y que pudieran presentarse de forma ambigua.

## 8. Conclusiones y Defensa del proyecto

Para terminar y a modo de conclusión, hemos de decir que tras la realización de una previa investigación teórica para la realización de esta propuesta de innovación educativa, hemos observado como el colectivo con TEA se encuentra en una clara situación de desventaja en comparación al resto del mundo. Las desventajas que este colectivo sobrelleva, abarcan un amplio abanico que van desde el ámbito personal hasta pasar por el educativo y profesional.

Dentro de las diferentes leyes dirigidas a este tipo de colectivos, existen artículos específicos que explican cómo estos individuos tienen el derecho a obtener una educación básica obligatoria y gratuita, al igual que el resto de personas, sin embargo, hemos observado que a pesar de ser un derecho humano no existe dicha educación básica obligatoria y gratuita para éstos, ya que o bien las familias de las personas con TEA pueden acudir a una asociación, en la cual se le facilita al colectivo con TEA técnicas para desenvolverse en la vida cotidiana y cuyo ingreso es bajo pago, es decir, va dirigido al ámbito social y personal, no al educativo y no es gratuito, o bien podrían acudir a una escuela privada también paga, en la que nos encontramos con el mismo problema: la metodología de estas escuelas se centra en fomentar principalmente la autonomía personal de estas personas y no tanto a paliar esa falta de desarrollo educativo y profesional. Sin embargo, hemos podido observar como el modelo americano incluye la terapia ocupacional para educar a este colectivo con TEA, si va dirigido a preparar al alumno para un futuro en el que pueda formar parte del mundo como una persona más ya que se trata de eso mismo, son personas como otras cualquiera y en donde puedan desarrollarse dentro del ámbito profesional, por tanto, nos parece un tanto utópico el hecho de que existan leyes que hablen de los derechos de estas personas como derechos universales a todos los seres humanos y que por otra parte no existan leyes para hacer posibles estos derechos.

Por ello, hemos querido incluir el método americano en nuestro país, ya que hemos observado como en el País Vasco está teniendo un gran éxito y sería idóneo que este método fuera llevado a todo el territorio español. Asimismo, la elaboración de esta propuesta de innovación ha conseguido que abriéramos nuestras mentes a ámbitos casi tabú en la sociedad de hoy en día, ya que hemos visto como no solo no se habla de este tipo de colectivos con necesidades específicas sino, que están prácticamente ignorados por el sistema educativo, profesional, social, etc., por lo que se ha querido integrar al

colectivo en una vida universal como la del resto, en la que el cumplimiento de sus derechos sea algo posible y no una simple quimera, queriendo darles su lugar dentro del mundo educativo y ofrecerle posibilidades en el mundo laboral en un futuro.

No obstante, nos gustaría recordar que un mundo mejor es posible, es posible con la ayuda de todos, es posible si llevamos a cabo todas esas leyes que parecen ser escritas para lavar nuestra conciencia, ya que es muy paradójico que existan leyes en la que se incluyan a las personas con necesidades específicas a tener el derecho a una vida similar al del resto de personas pero que después no haya absolutamente ninguna ley que haga que dichos derechos se cumplan, por tanto pretendemos dar ese lugar a estas personas que no resultan estar por debajo de nadie ni ser diferentes de los demás, queremos que sea posible un mundo lleno de diversidad en el que todos seamos iguales y podamos disfrutar de los mismos derechos universales.

Por otro lado, se pretende de manera intrínseca que la discriminación disminuya por parte del resto a este colectivo, ya que, consideramos el hecho de que estos individuos puedan llegar tener un pequeño lugar dentro de las escuelas lo que hará posible que el alumnado ordinario no pueda observar diferencias entre ellos y el alumnado con necesidades específicas, ya que si hacemos que estos niños convivan desde muy pequeños, las necesidades específicas como el TEA serán vistas como algo normal, y no como pasa hoy en día que resultan ser excluidos y en gran medida, discriminados. ¿Porque las personas con necesidades específicas deben aislarse en asociaciones o escuelas privadas?; ¿Acaso no son personas con los mismo derechos humanos que los demás?; ¿Quizás no hemos sabido diferenciar estas necesidades como algo normal y no como si fueran marginados? Estas son las preguntas en las que hemos basado la realización de esta propuesta.

A modo de defensa de esta propuesta debemos recalcar, que en el caso del alumnado con autismo es importante tener servicios especializados que puedan ayudar no sólo con métodos concretos, sino con una clara dirección pedagógica. Por ello, creemos que esta propuesta de innovación educativa tendrá una importancia notable en nuestro país debido a que el contenido y las actividades basadas en la terapia ocupacional que se describen en la propuesta y son dirigidas al colectivo con TEA, resultar tener un interés destacado al tiempo que innovador dentro del ámbito educativo no solo, en el caso de la comunidad Canaria sino, a nivel territorial.

Asimismo, nuestra propuesta se pretende llevar a cabo desde una perspectiva inclusiva de tal forma que se integre la adquisición de conocimientos básicos del currículo de primaria en alumnado con TEA, procurando reducir así su exclusión en la escuela, en los currículos y por ende, en la cultura y sociedad, y la mejora de la práctica de los centros educativos (públicos y privados).

Por otro lado, esta iniciativa contempla el valor de una educación accesible a todos los colectivos de la sociedad y que por un motivo u otro, no son capaces de poder ofrecer a todos sus miembros, ya que no solo ayuda a incluir una innovación para las personas con autismo sino con algún otro tipo de discapacidad de tal forma que supondrá la puesta en marcha de nuevas técnicas de intervención educativas.

Con esta propuesta se destacan factores de gran relevancia y que se son llevados a cabo con una metodología dinámica, específica y concreta, lo que permite que el alumnado con TEA esté inmerso en un proceso de rico aprendizaje e innovador, productivo y divertido, donde el sistema empleado resulta óptimo ya que el tipo de enseñanza/aprendizaje propuesto es continuo y a largo plazo, obteniendo de esta forma unos conocimientos básicos imprescindibles para poder convivir en sociedad, además de resultar enriquecedor para los propios usuarios.

Finalmente, también hay que tener en cuenta los agentes de viabilidad y sostenibilidad del proyecto, en cuanto al agente de viabilidad, afirmamos que es viable debido a que sus objetivos y justificación resultan concisos, realistas y concretos. En lo referente al segundo factor, la sostenibilidad nos garantiza que los objetivos e impactos positivos del proyecto perdurarán después de la fecha de su realización debido a que el aprendizaje por medio de la TO que adquirirán el alumnado con TEA, les servirá para desenvolverse en cualquier ámbito de la vida.



## 9. Bibliografía.

- American Psychiatric Association. (1952) *DSM. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España. Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (1968) *DSM-II Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España. Editorial Masson.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España. Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España. Editorial Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires. Argentina Editorial Médica Panamericana, p.50-52.
- Arcas, M y Segura, M. (2010) *Educación de las emociones y los sentimientos*. Madrid, España, Ed Narcea.
- Artigas-Pallares, J, & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Aubert, J, Berenguer, L., Cofré, M.J, Leyton, C, González, A, Sepúlveda, R (2013) Explorando la participación ocupacional en niños con epidermolisis bullosa integrados al sistema educacional chileno. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (1), 81-91.
- Balbuena Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 61-81.
- Breinbauer, C. (2006). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, 11, 119-134.
- Blanco, N. (2000) Las intenciones educativas. En Angulo, J.F., y Blanco, N., (Ed.) *Teoría y Desarrollo del Currículum*. España. Editorial Ediciones Aljibe.
- BOE-A-2013-12632 (2013) *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, núm., 289, 3 de diciembre de 2013.*

- BOC-A-2010-250-7036 (2010) *Orden de 13 de diciembre de 2010, por la que se regula la atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en la Comunidad Autónoma de Canarias, núm., 250, 22 de diciembre de 2010.*
- Cuxart, F. (2000) *El Autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga. Ediciones Aljibe.
- De la Peña Olvera, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Rev. Fac Med UNAM*, 43(6), 243-244.
- Deutsch Smith, D, 2003, *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*, Madrid, España. Editorial Pearson Prentice Hall.
- Egge, M. (2008). *El tratamiento del niño autista*. Madrid, España. Editorial Gredos.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005) *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Recuperado de: <http://www.gat-atenciontemprana.org/>
- Frith, U., & Mira, M. (1992). Autism and Asperger syndrome. *Focus on Autistic Behavior*, 7(3), 13-15.
- Frith U. (1989) *Autismo*. Madrid, España, Editorial Alianza.
- Garcia Parajua, P. y Magariños López, M. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. España: Editorial Medica Panamericana.
- Gándara Rossi, C. & Mesibov, G.B. (2014) *Introducción al programa TEACCH: filosofía y servicios*. En García Sánchez, J.N. (2014) *Prevención en dificultades del desarrollo y del aprendizaje*. (p.41-56) Madrid, España. Ediciones Pirámide.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.
- Greenspan S, & Wieder, S (2008) *Comprender el autismo*. Barcelona: España, Editorial Integral - RBA Libros.
- Happé, F. (1998). *Introducción al Autismo*. Madrid: España Alianza Editorial, p.22
- Harris, P.L. (1992) *Los niños y las emociones*. Madrid: España. Alianza Editorial.
- Hunter-Watts, C. (2009) *Método A.B.A. Modificación de conductas en niños con autismo*. Escuela de Educación Especial “San Martín de Porres”, Argentina.

Extraído de <http://www.eps-salud.com.ar/Claudio-Hunter.htm>

- Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Nervous Child*, 2 (217-250).
- Limon, A (2007) Síndrome del espectro autista. Importancia del diagnóstico temprano. *Gac. Méd. Méx.* 143(1).
- Manis Astudillo, J., Zalaquett Montenegro, C., Guajardo Sainz, H., & Aron A.M. (1980). Tratamiento de la esquizofrenia infantil. *Revista chilena de pediatría*, 51(4), 281-284.
- Marina, J.A. y López Penas, M. (1999) *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: España, Editorial Anagrama.
- Miguel Miguel, A.M. (Diciembre 2006). El mundo de las emociones en los autistas. *Revista Electrónica Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*. 7(2). Universidad de Salamanca.
- Millá, M.G. y Mulas, F (2009) Atención Temprana y Programas de Intervención Específica en el Trastorno del Espectro Autista. *Rev Neurol*, 48(2) 47-52.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev. Neurol*, 50(3), 77-84.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) *Estrategia Española en Trastorno del Espectro Autista*. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/estrategiaEspanolaAutismo.htm>.
- Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
- Organización de las Naciones Unidas (1966) *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>.
- Organización de las Naciones Unidas (1966) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10 (1992): *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid,

España. Editorial Meditor, p.196-197

- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Recuperado de: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)
- Quijada G, C. (2008). Espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 79(Supl. 1), 86-91.
- Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y Autismo (2/2). *Universidad Autónoma de Madrid*.
- Rivière, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la Intervención Educativa*. Madrid: España, Editorial Trotta, p.31-32.
- Resolución de 30 de enero de 2008 de la dirección general de ordenación e innovación educativa, por la que se dictan instrucciones para los centros escolares sobre la atención educativa y la evaluación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) en la educación infantil y en la enseñanza básica.
- Resolución de 9 de febrero de 2011, por la que se dictan instrucciones sobre los procedimientos y los plazos para la atención educativa del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en los centros escolares de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Romero Ayuso, D. (2003) *Terapia Ocupacional: teorías y técnicas*. Barcelona, España. Ed: Masson.
- Salmurri, F. (2012) *Libertad Emocional. Estrategias para educar las emociones*. Barcelona, España. Ed. Espasa Libros.
- Schopler E. (2001) *El Programa TEACCH y sus principios*. Ponencia realizada por el Dr.Schopler en las Jornadas Internacionales de Autismo y PDD, Barcelona, España.
- TEACCH Center, P. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 27(4), 173-186.
- Téllez-Vargas, J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en psiquiatría biológica*, 7(1), 6-27.
- Wing, L (1981). Asperger's Syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*. 11 (01), p.115-129.

- Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia.* Barcelona, España, Ediciones Paidós Ibérica.

## 10. Anexos

### 10.1. Anexo 1.

#### Fichas Técnicas de las Actividades.

<b>Nombre de la Actividad.</b>	<i>La Fábrica de Palabras/ My Abc' of Bottle Caps.</i>
<b>Rama a la que pertenece.</b>	Lengua & Literatura Castellana, Primera Lengua Extranjera (inglés)
<b>Objetivo General.</b>	Diseñar un programa educativo para niños con TEA.
<b>Objetivo Específico al que pertenece.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la respuesta educativa del alumnado con TEA.</li> <li>2. Fomentar la autonomía educativa del alumnado con TEA</li> </ol>
<b>Objetivos Operativos en base al Currículum de Primaria.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquisición de la Competencia Lingüística.</li> <li>• Conocimiento Progresivo de la Lengua Materna.</li> <li>• Desarrollo de las destrezas básicas: escuchar, hablar, leer, escribir de forma integrada.</li> <li>• Conocimiento Progresivo de una primera lengua extranjera.</li> <li>• Adquisición de concienciación y expresiones culturales de otros países.</li> </ul>
<b>Objetivo Operativo que se trabajan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de la motricidad fina.</li> <li>• Desarrollo cognitivo.</li> <li>• Desarrollo de habilidades de atención.</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad.</b>	<p>Previamente, enseñaremos al alumnado a colocar las letras del alfabeto (que ya habrán visto en cursos anteriores) en pequeños tapones de botellas (para ello usaremos pequeñas pegatinas que contengan cada una de las letras del alfabeto). Una vez colocadas cada una de las letras del abecedario, procederemos a formar palabras. Para ello, inicialmente le enseñaremos al alumnado la palabra que queremos que forme y ellos mismos deberán de buscar las letras correspondientes a la palabra que queremos que conformen.</p>

<b>Agentes.</b>	El profesorado, pedagogos, profesorado de educación especial, y demás profesionales de la educación que puedan estar implicados.
<b>Recursos Humanos.</b>	No son pertinentes en esta actividad.
<b>Recursos Materiales.</b>	Tapones de botellas, pegatinas,
<b>Forma de Evaluación.</b>	Modelo de Ocupación Humana (SCOPE) Observación continua del alumnado
<b>Duración.</b>	Un curso académico.

<b>Nombre de la Actividad.</b>	<i>Mi Medusa Divertida.</i>
<b>Rama a la que pertenece.</b>	Matemáticas.
<b>Objetivo General.</b>	Diseñar un programa educativo para niños con TEA.
<b>Objetivo Específico al que pertenece.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la respuesta educativa del alumnado con TEA.</li> <li>2. Fomentar la autonomía educativa del alumnado con TEA</li> </ol>
<b>Objetivos Operativos en base al Currículum de Primaria.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adquisición de la Competencia Matemática.</li> <li>● Alcanzar una eficaz alfabetización numérica.</li> </ul>
<b>Objetivo Operativo que se trabajan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desarrollo de la motricidad fina.</li> <li>● Desarrollo cognitivo.</li> <li>● Desarrollo de habilidades de atención.</li> </ul>

<b>Descripción de la actividad.</b>	Conforme se les quiera enseñar al alumnado los números y sus secuencias, se les dará un trozo de cuerda, el dibujo de una medusa que habrán pintando ellos mismos, y (en este caso) 55 cuentas de colores. Con esas cuentas, los alumnos deberán de ir colocando en cada cuerda una serie de cuentas conforme a los números del 1- 10 (en este caso) para finalmente tener una medusa donde en cada uno de sus tentáculos (cuerda) se hallen el número de cuentas que corresponde a la serie de número que ellos mismos han dado en clase.
<b>Agentes.</b>	El profesorado, pedagogos, profesorado de educación especial, y demás profesionales de la educación que puedan estar implicados.
<b>Recursos Humanos.</b>	No son pertinentes en esta actividad.
<b>Recursos Materiales.</b>	Cuerdas, cuentas de colores, el dibujo de una medusa.
<b>Forma de Evaluación.</b>	Modelo de Ocupación Humana (SCOPE) Observación continua del alumnado
<b>Duración.</b>	Un curso académico.

<b>Nombre de la Actividad.</b>	<i>Mi Tarro de la Naturaleza.</i>
<b>Rama a la que pertenece.</b>	Ciencias Naturales.
<b>Objetivo General.</b>	Diseñar un programa educativo para niños con TEA.
<b>Objetivo Específico al que pertenece.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la respuesta educativa del alumnado con TEA.</li> <li>2. Fomentar la autonomía educativa del alumnado con TEA</li> </ol>



<p><b>Objetivos Operativos en base al Currículum de Primaria.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aprender a aprender</li> <li>● Comprender e interpretar la realidad (social y natural) a través de la interrelación de conocimientos</li> </ul>
<p><b>Objetivo Operativo que se trabajan.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desarrollo de la motricidad fina.</li> <li>● Desarrollo cognitivo.</li> <li>● Desarrollo de habilidades de atención.</li> <li>● Desarrollo de la motricidad fina</li> <li>● Desarrollo socio-emocional.</li> <li>● Coordinación de movimientos ojo/mano</li> <li>● Estimulación visual y auditiva.</li> </ul>
<p><b>Descripción de la actividad.</b></p>	<p>Se les da al alumnado un tarro vacío para que le añadan agua, purpurina, colorantes de colores y pequeños animales pequeños de plástico (esto dependerá del ecosistema, animal o habitar que se quiera recrear) una vez introducido todos los elementos, el alumnado tendrá un tarro (o varios) donde se podrá observar el tipo de ámbito en el que viven los diferentes seres vivos.</p> <p>Asimismo, aunque este tarro se use para conceptos de Ciencias Naturales, en muchas ocasiones puede ayudar al niño con TEA a relajarse cuando se enfrente a situaciones estresantes o con sobrecargas sensoriales y demás.</p>
<p><b>Agentes.</b></p>	<p>El profesorado, pedagogos, profesorado de educación especial, y demás profesionales de la educación que puedan estar implicados.</p>
<p><b>Recursos Humanos.</b></p>	<p>No son pertinentes en esta actividad.</p>
<p><b>Recursos Materiales.</b></p>	<p>Tarros vacíos, colorantes de colores, diferentes animales, plantas y demás formas o seres vivos de plásticos, purpurinas.</p>
<p><b>Forma de Evaluación.</b></p>	<p>Modelo de Ocupación Humana (SCOPE)</p> <p>Observación continua del alumnado</p>
<p><b>Duración.</b></p>	<p>Un curso académico.</p>

<b>Nombre de la Actividad.</b>	<i>Mi Libro de Profesiones.</i>
<b>Rama a la que pertenece.</b>	Ciencias Sociales
<b>Objetivo General.</b>	Diseñar un programa educativo para niños con TEA.
<b>Objetivo Específico al que pertenece.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la respuesta educativa del alumnado con TEA.</li> <li>2. Fomentar la autonomía educativa del alumnado con TEA</li> </ol>
<b>Objetivos Operativos en base al Currículum de Primaria.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aprender a vivir en sociedad</li> <li>● Adquirir competencias sociales y cívicas.</li> <li>● Adquisición de concienciación y expresiones culturales.</li> <li>● Comprender e interpretar la realidad (social y natural) a través de la interrelación de conocimientos</li> </ul>
<b>Objetivo Operativo que se trabajan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desarrollo de la motricidad fina.</li> <li>● Desarrollo cognitivo.</li> <li>● Desarrollo de habilidades de atención.</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad.</b>	Conforme se les quiera enseñar al alumnado las profesiones de las que estamos rodeados, se elaborará junto con ellos una especie de “diccionario” donde ellos mismos elaborarán un cuaderno manipulable donde incluiremos elementos que se puedan quitar y poner, por ejemplo, para hablar de la profesión del panadero, se habrá elaborado en el mismo cuaderno un escenario de una panadería, y con figuras y otros elementos que los niños podrán poner y quitar conforme a se trabajen las profesiones.
<b>Agentes.</b>	El profesorado, pedagogos, profesorado de educación especial, y demás profesionales de la educación que puedan estar implicados.
<b>Recursos Humanos.</b>	No son pertinentes en esta actividad.

<b>Recursos Materiales.</b>	Gomaeva, tijeras, velcro, pinturas, ceras, lápices de colores.
<b>Forma de Evaluación.</b>	Modelo de Ocupación Humana (SCOPE) Observación continua del alumnado
<b>Duración.</b>	Un curso académico.

<b>Nombre de la Actividad.</b>	<i>Mini Yoga Divertido.</i>
<b>Rama a la que pertenece.</b>	Educación Física
<b>Objetivo General.</b>	Diseñar un programa educativo para niños con TEA.
<b>Objetivo Específico al que pertenece.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la respuesta educativa del alumnado con TEA.</li> <li>2. Fomentar la autonomía educativa del alumnado con TEA</li> </ol>
<b>Objetivos Operativos en base al Currículum de Primaria.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a Aprender</li> <li>• Desarrollo de las destrezas básicas: escuchar, hablar, leer, escribir de forma integrada.</li> <li>• Adquisición de la Competencia Motriz.</li> </ul>
<b>Objetivo Operativo que se trabajan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de una conformidad con su cuerpo.</li> <li>• Integración Social.</li> <li>• Desarrollo socio-emocional.</li> <li>• Flexibilidad, coordinación y fortaleza del cuerpo.</li> </ul>

<b>Descripción de la actividad.</b>	En esta actividad, el profesorado junto con un profesional de educación física o maestro de yoga, hará que el alumnado con TEA realice una serie de posturas de yoga, permitiendo al niño acostumbrarse a su cuerpo y desarrollando diferentes objetivos.
<b>Agentes.</b>	El profesorado, pedagogos, profesorado de educación especial, y demás profesionales de la educación que puedan estar implicados.
<b>Recursos Humanos.</b>	Profesores de yoga o educación física
<b>Recursos Materiales.</b>	No son pertinentes a esta actividad.
<b>Forma de Evaluación.</b>	Modelo de Ocupación Humana (SCOPE) Observación continua del alumnado
<b>Duración.</b>	Un curso académico.

## 10.2 Anexo 2.

### **Entrevista Terapeuta Ocupacional & Consentimiento Informado.**

El presente documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación de esta entrevista. Léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen.

Con el apoyo de la Facultad de Educación ubicada en la Universidad de La Laguna, se lleva a cabo esta entrevista con fines formativos y de desarrollo profesional que están llevando a cabo las estudiantes Aimara García González y M<sup>a</sup> Desiré Hernández Ortiz, del Grado de Pedagogía que realizan su labor en la Universidad de La Laguna con las siguientes condiciones:

1. La información aportada está protegida por el artículo 5 de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, por la que se regula el derecho de información en la recogida de los datos. Posteriormente, se procesarán los datos observando los siguientes requisitos:
  - a. Eliminación de cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes.
  - b. Los datos contenidos en el texto sólo serán accesibles por personal relacionado con el trabajo.
  - c. El tratamiento de dicho texto quedará reservado a los fines de este trabajo de fin de grado. Si quisiera hacerse uso de esta información para cualquier otro fin, se pedirá su autorización expresa.
  - d. Los datos se utilizarán para redactar un informe sobre la situación de las personas con T.E.A. sus necesidades y el proceso diagnóstico, intentando en todo momento exponer conclusiones generales (y no individuales o particulares) de la información cedida.
  - e. Si en algún momento los autores quisieran hacer uso de una expresión, frase o párrafo textual de los informantes por considerar que refleja adecuadamente las actitudes o necesidades de la mayoría de las personas, se pedirá a los informantes por medio de este consentimiento expreso, el poder citar esa expresión, frase o párrafo, conservando siempre el anonimato de la fuente.
2. En cualquier momento, previo a la redacción a este trabajo, los informantes

tienen el derecho de solicitar que los datos cedidos en el curso de su entrevista no sean tenidos en cuenta a la hora de redactar dicho informe.

FACULTAD DE EDUCACIÓN  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

ULL | Universidad de La Laguna

Yo, Don/Dña. .... he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de la entrevista y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en esta entrevista y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En *La Laguna*....., a *30* de *Mayo* de 20*17*...

Firmado:

Don/Dña. \_\_\_\_\_  
(El/la usuario/a)

## **Cuestionario para la Terapeuta Ocupacional**

El presente cuestionario tiene como objetivo recoger datos sobre la Terapia Ocupacional (TO) en cuanto a diagnóstico, orientación y educación con el fin de intentar mejorar la calidad de vida de las personas con TEA así como las de sus familiares por medio de la TO.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

### **1. ¿Qué significa para usted la Terapia Ocupacional?**

La T.O es parte fundamental del proceso rehabilitador e integrador de personas con cualquier tipo de discapacidad. Desde mi punto de vista, tiene gran valor y debería ser incluido en los servicios socio-sanitarios públicos.

### **2. Según su experiencia, ¿en qué ámbitos de actuación se desarrolla la TO con mayor frecuencia?**

Por cuestión de número se actúa más en el ámbito de la tercera edad (residencias, centros de día) y está aumentado en el nº de TO en neurorehabilitación (infantil y adultos).

### **3. A lo largo de su carrera, ¿qué tipo de intervenciones basadas en TO ha realizado con mayor frecuencia?**

Mi experiencia se ha centrado en neurorehabilitación.

### **4. A la hora de llevar a cabo la TO, ¿qué tipo de destrezas/habilidades son las que frecuentemente son abordadas en sus pacientes/individuos?**

El trabajo en el que se centra un T.O es el entrenamiento de actividades de la vida diaria (AVDs), que a su vez requieren de entrenamiento en áreas específicas: destrezas motoras, habilidades y capacidades cognitivos, adaptación al entorno (y del entorno).

### **5. Como Terapeuta Ocupacional, ¿cuál cree que es la mayor barrera a la que se enfrentan las familias de los pacientes?**

- La falta de recursos asistenciales de etapas tempranas.
- Y la continuidad de recursos para la transición a la vida adulta.

### **6. En su opinión, ¿cuáles son los beneficios de trabajar con TO?**

1. El trabajo práctico, en general, es más efectivo para la adquisición de aprendizajes nuevos.

2. Te dan herramientas y alternativas para mejorar el desempeño de las personas en su vida diaria.

**7. Simplificando un poco el campo de intervención, ¿cómo cree que se podría intervenir por medio de la TO en un niño diagnosticado con TEA y cuáles serían los beneficios de trabajar con ella con ese niño?**

- El trabajo desde T.O con niños con TEA debe realizarse con los niños y SUS FAMILIAS.
- Es fundamental, el entrenamiento en rutinas, horarios, hábitos...
- Se deben proporcionar herramientas que faciliten el desempeño ocupacional de estos niños y niñas- ámbito escolar, familiar y social.
- Se puede trabajar desde el ABORDAJE DE INTEGRACIÓN SENSORIAL DE AYRES para regular el procesamiento sensorial del niño (que puede dificultar su desempeño).
- Importante la terapia a través del juego.
- El trabajo en el ámbito educativo es de una gran relevancia. (La T.O. ayuda a una mejor integración en la escuela)

**8. ¿Qué tipo de instrumentos (pruebas, test) de TO serían los más apropiados a la hora de poder trabajar intervenir con un niño autista?**

2. Valoración de T.O: valoración propia creada por el T.O, incluye valoración motora, cognitiva, sensorial y social.

3. Perfil ocupacional del niño (SCOPE) (0-21 años).

4. Cuestionario volicional pediátrico (PVO) (2-6 años).

5. Autoevaluación ocupacional para niños (LOSA)

**9. Como profesional, ¿qué importancia cree que tiene la TO hoy día en el Mundo Educativo?**

La T.O en el entorno educativo tiene gran importancia ya que puede ayudar al niño a tener un mejor rendimiento y puede orientar a profesores y maestros en cómo atender las necesidades de niños con discapacidad.

**4. ¿Cuáles cree usted que son los servicios puede ofrecer la T.O. en el ámbito educativo, en especial en el campo de la enseñanza?**

- La T.O puede formar parte del equipo de trabajo de un colegio.



- Aportar ideas para mejorar desempeño de alumnos con discapacidades.
- Entrenamiento en habilidades y destrezas necesarias en para un correcto funcionamiento en la escuela.
- Asesoramiento en adaptaciones y productos de apoyo para niños con discapacidad.
- Integración sensorial

### 10.3 Anexo 3.

#### **Entrevista Asociación ACTRADE & Consentimiento Informado.**

El presente documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación de esta entrevista. Léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen.

Con el apoyo de la Facultad de Educación ubicada en la Universidad de La Laguna, se lleva a cabo esta entrevista con fines formativos y de desarrollo profesional que están llevando a cabo las estudiantes Aimara García González y M<sup>a</sup> Desiré Hernández Ortiz, del Grado de Pedagogía que realizan su labor en la Universidad de La Laguna con las siguientes condiciones:

1. La información aportada está protegida por el artículo 5 de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, por la que se regula el derecho de información en la recogida de los datos. Posteriormente, se procesarán los datos observando los siguientes requisitos:
  - a. Eliminación de cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes.
  - b. Los datos contenidos en el texto sólo serán accesibles por personal relacionado con el trabajo.
  - c. El tratamiento de dicho texto quedará reservado a los fines de este trabajo de fin de grado. Si quisiera hacerse uso de esta información para cualquier otro fin, se pedirá su autorización expresa.
  - d. Los datos se utilizarán para redactar un informe sobre la situación de las personas con T.E.A. sus necesidades y el proceso diagnóstico, intentando en todo momento exponer conclusiones generales (y no individuales o particulares) de la información cedida.
  - e. Si en algún momento los autores quisieran hacer uso de una expresión, frase o párrafo textual de los informantes por considerar que refleja adecuadamente las actitudes o necesidades de la mayoría de las personas, se pedirá a los informantes por medio de este consentimiento expreso, el poder citar esa expresión, frase o párrafo, conservando siempre el anonimato de la fuente.
2. En cualquier momento, previo a la redacción a este trabajo, los informantes

tienen el derecho de solicitar que los datos cedidos en el curso de su entrevista no sean tenidos en cuenta a la hora de redactar dicho informe.

3. En cualquier momento, antes o después de la redacción del informe, los informantes tienen derecho a solicitar a los autores la destrucción de cualquier documento o soporte informático en el que se conserven los datos extraídos de la presente entrevista.

Yo, Don/Dña. Miriam Oliva Metola he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de la entrevista y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en esta entrevista y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En Las Palmas de Gran Canaria, a 31. de Mayo de 2017

Firmado:

Miriam Oliva Metola

Psicóloga responsable del área de atención psicosocial

Asociación Actrade

## **Cuestionario para los centros y/o asociaciones de personas con autismo.**

El presente cuestionario tiene como objetivo recoger datos sobre las necesidades de las personas con autismo y sus familias en cuanto a diagnóstico, atención, orientación y educación con el fin de intentar mejorar la calidad de vida de las personas con TEA así como las de sus familiares. Les agradecemos de antemano su colaboración.

### **DATOS SOBRE EL MÉTODO DE INTERVENCIÓN O TERAPIA EMPLEADO**

1. **Nombre del centro:** Asociación ACTRADE.
2. **¿Con qué tipo de intervención o terapia, se suele trabajar activamente en el centro?**

Nuestra asociación ofrece diferentes programas terapéuticos y de ocio en horario extraescolar. Para usuarios con TEA de entre 3 y 26 años. Utilizamos las bases del Apoyo conductual positivo para el trabajo sobre conductas, metodología TEACCH en la elaboración de actividades y distribución del espacio, método de lectura global de Rosa ventoso, Sistema PECS para la adquisición de la comunicación...Cada una de ellas es utilizada según proceda en los diferentes servicios que ofrecemos.

3. **¿Qué motivos ha impulsado al centro a utilizar este tipo de intervención y no otras?**

Consideramos que todas son intervenciones con suficiente aval científico, apoyadas por las federaciones y asociaciones que trabajamos con personas con TEA, y tenemos formación específica que hace que las utilicemos de manera adecuada.

4. **¿Qué tipo de instrumentos y/o herramientas son empleadas para llevar a cabo las intervenciones en el centro?**

La mayoría de herramientas que utilizamos las elaboramos nosotros mismos, y corresponden a elementos que favorecen el aprendizaje, la comunicación...

5. **¿Cuál considera el centro que es el grado de eficacia obtenido tras el empleo este tipo de intervenciones?**

Alto \_\_\_\_\_

Medio X

Bajo \_\_\_\_\_

**6. En relación a su respuesta anterior, explique los motivos de dicha elección.**

Consideramos que para valorar el grado de eficacia de las intervenciones se debe tener en cuenta los objetivos alcanzados y cómo éstos se han generalizado a todos los niveles de la vida de los usuarios. Por ello, aunque alcanzamos objetivos siempre tenemos objetivos por alcanzar. No obstante, estas intervenciones son las que nos dan un mejor resultado.

**7. ¿Qué tipo de comorbilidades son las más frecuentes en los niños con TEA con los que trabaja el centro? ¿Cómo afecta eso a la intervención?**

Nuestros usuarios tienen epilepsia, discapacidad intelectual, déficit de atención e hiperactividad. Esta comorbilidad afecta a la intervención al igual que el resto de características, en que la intervención debe ser individualizada, y hay que conocer muy bien a cada usuario.

**8. ¿Qué nivel de autonomía logran alcanzar los niños una vez llevada a cabo este tipo de intervención? Explique un ejemplo del tipo de actividades en las que se pueden ver reflejados resultados.**

Dependiendo de la necesidad de apoyo que tenga cada chico va alcanzando diferentes niveles de autonomía y a diferente ritmo. Dentro de nuestra entidad, a través de métodos de enseñanza como encadenamiento hacia atrás, economía de fichas... conseguimos que los chicos aprendan sin error habilidades como control de esfínteres, habilidades de aseo, vestido... así como autonomía a la hora de realizar determinadas actividades en el centro, cocina, huerto...

**9. Con el tipo de intervención empleada por el centro, ¿de qué manera se logra gestionar las emociones de los niños y en qué tipo de emociones suele ser más frecuentes la gestión de las mismas?**

Para la gestión de las emociones se trabaja dando espacios donde los estímulos estén controlados, a través del apoyo conductual positivo se analizan las situaciones en las que los chicos han tenido algún momento de desregulación y se previene, identificando los detonadores, la escalada de conductas... Disponemos de materiales sensoriales, Montessori... para la autorregulación emocional, así como de materiales para que los chicos aprendan a reconocer sus propias emociones, las de los demás y sepan regularlas.

**10. Los especialistas insisten mucho en la importancia de la detección precoz y el**

