

PSICOLOGÍA

Mari Carmen JIMÉNEZ PÉREZ

EL AUTISMO Y LAS AULAS TGD

TFG/*GBL* 2014



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Maestro de Educación Infantil
/

Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Grado en Maestro en Educación Infantil
Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

EL AUTISMO Y LAS AULAS TGD

Mari Carmen JIMÉNEZ PÉREZ

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA

Estudiante / Ikaslea

Mari Carmen JIMÉNEZ PÉREZ

Título / Izenburua

El autismo y las aulas TGD

Grado / Gradu

Grado en Maestro en Educación Infantil / Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

María Jesús ÁLVAREZ URRICELQUI

Departamento / Saila

Departamento de Psicología y Pedagogía

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Preámbulo

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, modificado por el Real Decreto 861/2010, establece en el Capítulo III, dedicado a las enseñanzas oficiales de Grado, que “estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa de un Trabajo Fin de Grado [...] El Trabajo Fin de Grado tendrá entre 6 y 30 créditos, deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título”.

El Grado en Maestro en Educación Infantil por la Universidad Pública de Navarra tiene una extensión de 12 ECTS, según la memoria del título verificada por la ANECA. El título está regido por la *Orden ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil*; con la aplicación, con carácter subsidiario, del reglamento de Trabajos Fin de Grado, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad el 12 de marzo de 2013.

Todos los planes de estudios de Maestro en Educación Infantil se estructuran, según la Orden ECI/3854/2007, en tres grandes módulos: uno, *de formación básica*, donde se desarrollan los contenidos socio-psico-pedagógicos; otro, *didáctico y disciplinar*, que recoge los contenidos de las disciplinas y su didáctica; y, por último, *Practicum*, donde se describen las competencias que tendrán que adquirir los estudiantes del Grado en las prácticas escolares. En este último módulo, se enmarca el Trabajo Fin de Grado, que debe reflejar la formación adquirida a lo largo de todas las enseñanzas. Finalmente, dado que la Orden ECI/3854/2007 no concreta la distribución de los 240 ECTS necesarios para la obtención del Grado, las universidades tienen la facultad de determinar un número de créditos, estableciendo, en general, asignaturas de carácter optativo.

Así, en cumplimiento de la Orden ECI/3854/2007, es requisito necesario que en el Trabajo Fin de Grado el estudiante demuestre competencias relativas a los módulos de formación básica, didáctico-disciplinar y practicum, exigidas para todos los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil.

En este trabajo, el módulo *de formación básica*, nos ha proporcionado una serie de conocimientos y nociones a partir de los cuales hemos adquirido los específicos del área de psicología y de la diversidad del alumnado.

El módulo *didáctico y disciplinar*, se concreta en el desarrollo de una metodología analítico comparativa de diferentes fuentes y autores para concluir con la definición actual de TEA. Asimismo nos ha permitido analizar las metodologías de intervención con este tipo de alumnado.

Asimismo, el módulo *practicum*, se concreta en el análisis de la forma de trabajar de las aulas TGD, en comparación con nuestra experiencia docente en las aulas de Educación Infantil.

Resumen

El interés por lo que a día de hoy se conoce como Trastorno del Espectro Autista (TEA) se remonta hacia mediados del S.XIX con la primera definición de “psicosis infantil”. A ello le seguirían numerosas definiciones hasta dar lugar a la propuesta por el DSM-V.

En el presente trabajo se llevará a cabo el análisis de la evolución del término a lo largo de la Historia y la profundización en el conocimiento de uno de los métodos de intervención llevados a cabo con este tipo de alumnado, como el método Teeach y los modelos organizativos, concretamente las aulas UT/TGD. En la parte empírica del trabajo se han realizado entrevistas y cuestionarios al profesorado con el objetivo de ahondar en el conocimiento de la organización e integración de las aulas TGD en el centro donde se encuentren ubicadas.

Palabras clave: TEA; DSM-V; aulas TGD; análisis; integración.

Abstract

The interest for what we know as ASD (Autistic Spectrum Disorder) dates back to the XIX century when the first definition of childhood psychosis appeared. It was the beginning of numerous definitions to meet the one proposed by DSM-V. In this project we will analyze the historical evolution of the concept and study of the work's methodology and organization used with these students such as Teeach method and “TGD classrooms”. In the empirical part surveys and questionnaires have been developed in order to know the organization and integration of such classrooms in their schools respectively.

Key words: ASD; DSM-V, “TGD classrooms”, analysis; integration.

Índice

Introducción	1
1. Evolución histórica del concepto	3
1.1. Definición de Kanner	5
1.2. Evolución del concepto de Necesidades educativas especiales y de las estrategias de escolarización	6
1.3. Evolución del concepto Trastorno del Espectro Autista en el DSM	10
2. Concepción actual de TEA	11
2.1. Cómo se detecta el TEA	15
3. Métodos de intervención : Aulas UT/TGD	16
3.1. Breve historia de las aulas TGD en España	16
3.2. Aulas TGD en Navarra	17
3.2.1. Necesidades educativas especiales del alumnado con TGD	18
3.2.2. Las aulas TGD en centros ordinarios	19
3.3. Modelos de Intervención	22
3.4. Investigaciones sobre los Modelos de Intervención	24
4. Funcionamiento de las aulas TGD en Pamplona	31
4.1. Introducción	31
4.2. Objetivos e hipótesis	31
4.3. Metodología	32
4.4. Resultados	34
4.4.1. Funcionamiento aula TGD Centro Sagrado Corazón	34
4.4.2. Resultados de los cuestionarios realizados a profesores	37
4.4.3. Resultados de la entrevista a la PT	41
4.5. Discusión	42
Conclusiones y cuestiones abiertas	
Referencias	
Anexos	
A. Anexo I : Modelo de entrevista para el Creena	
A. Anexo II : Modelo de cuestionario para profesores	
A. Anexo III: Modelo de entrevista para la PT	
A. Anexo IV: Transcripción de la entrevista para la PT	

INTRODUCCIÓN

Aún es cuestión sin resolver cuál es la causa que genera la aparición del autismo en las personas. Hasta el momento no se ha logrado demostrar si realmente existe una causa genética o depende del ambiente donde el sujeto se desarrolle. A lo largo de la historia se han efectuado numerosos estudios e investigaciones con objeto de profundizar en el diagnóstico y lograr una definición que englobe a todas las personas que padecen estos síntomas bajo un mismo trastorno: Trastorno del Espectro Autista (TEA).

El objetivo del presente trabajo es ahondar en el conocimiento de los diferentes modelos y métodos de intervención a la hora de actuar con personas con autismo. Los métodos diferirán en cuanto al foco de atención: algunos valoran sobre todo la comunicación, otros la interacción social.

El interés por el tema elegido surgió debido a mi experiencia como tutora de Educación Infantil. En la misma aula podemos encontrarnos con numerosas realidades a las que debemos hacer frente con el propósito de fomentar el desarrollo integral de nuestros alumnos. Una gran diversidad del alumnado, con distintas necesidades de atención. La etapa de Educación Infantil, es vital a la hora de detectar carencias y necesidades, ya que, todos nuestros alumnos deben alcanzar los mismos objetivos al final de dicha etapa y si no lo hacen, o lo hacen con dificultades, puede ser debido a algún tipo de trastorno del desarrollo. Me decanté por el tema del autismo concretamente, porque el curso pasado tuve en el aula a un niño que presentaba ciertas características comunes a las personas con TEA pero no estaba diagnosticado. Este niño, mostraba dificultades a la hora de establecer relaciones con sus iguales (les pegaba, quitaba los juguetes, no era capaz de pedir el material compartido...). A la hora de jugar libremente en clase, lo hacía siempre con el mismo objeto (que lanzaba bruscamente hacia la pared, en ocasiones a sus compañeros...) y en el patio siempre permanecía solo y solía “descolgarse” del grupo con facilidad cuando nos desplazábamos por el colegio (para ir al baño, a la capilla etc.). Al finalizar el curso logró entablar relación con uno de sus compañeros, aunque no de forma correcta, ya que le perseguía y agobiaba. Finalizó el curso sin diagnóstico, aunque mejoró bastante

respecto al comienzo. Alcanzó todos los objetivos del primer curso de Infantil, mostrando gran capacidad intelectual. Este curso ha realizado grandes avances y “parece” que forma parte del grupo-clase.

Por todo lo citado en el párrafo anterior, me pareció de gran interés y motivación profundizar en el tema, ya que me gustaría disponer de estrategias y “pistas” a la hora de detectar cualquier indicio sobre el trastorno. Por otra parte, me parece importante que todo el profesorado posea nociones básicas sobre cómo actuar y tratar con el alumnado con Necesidades Educativas Especiales, ya que forman parte del mismo centro.

El presente trabajo constará de dos partes. La primera de ellas será un parte teórica donde se llevará a cabo una revisión cronológica sobre las definiciones del autismo en los últimos años y los métodos de trabajo empleados a la hora de escolarizar a estos alumnos. En la segunda, parte empírica, se procederá a un estudio más detallado sobre las aulas TGD en Navarra, concretamente en Pamplona. La metodología utilizada para obtener la información será el empleo de una serie de técnicas cualitativas: entrevistas y cuestionarios. Las entrevistas se propusieron al Equipo de Psíquicos del Creena y a las PT del Colegio Sagrado Corazón y del centro público El Lago de Mendillori. Asimismo, los cuestionarios se plantearon a los tutores de Educación Infantil de ambos centros.

1 .EVOLUCIÓN HISTÓRICO-CONCEPTUAL DEL AUTISMO

El interés y preocupación por lo que hoy en día se conoce como Trastorno del Espectro Autista (TEA) surgió hacia mediados del siglo XIX, con la primera descripción de “psicosis infantil” (Volkmar, 1999). Ello fue debido al crecimiento en la importancia de factores como la experiencia y dotación genética a la hora de observar el desarrollo integral del niño .A esta exposición inicial le seguirían los conceptos “insanidad” y “esquizofrenia” infantil. (De Sanctis 1906).

El concepto “autismo” ha pasado por tres etapas a lo largo de la historia:

1ª etapa. Desde 1943 hasta mediados de los 60 época en la que prevalecen las explicaciones de tipo psicodinámico. El trastorno es considerado una respuesta de inhibición.

2º etapa. Predominan las teorías basadas en la psicología experimental, conductismo. Se culpabiliza a la familia de dicho trastorno. Se define el autismo como un trastorno en el desarrollo del niño.

3º etapa. Cognitivista-interaccionista. Esta etapa comienza en 1985, en ella se llevan a cabo estudios con el fin de averiguar qué proceso mental desarrollado en la infancia sufría algún tipo de alteración que determinaba la aparición del trastorno autista.

En la página siguiente se muestra una tabla con el fin de enmarcar el concepto autismo bajo la ley educativa correspondiente. La evolución comienza desde la definición de Kanner de 1943 hasta la actualidad.

Tabla 1. Concepto de autismo conforme a la Ley educativa vigente

Legislación/ Organización	Concepto autismo y NEE	Autores
1945 Ley Enseñanza Primaria	Anormales y deficientes mentales	Kanner 1943
1953-1955 Parlamento Nacional de Educación Especial	Reacción psicótica de la infancia	DSM II 1968
1970 LOE	Alumnos especiales	Rutter 1978 DSM III –R
1982 LISMI	TGD: síndrome Rett, síndrome Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia y autismo atípico	Lorna Wing y Judith Gould 1979
1990 LOGSE	TGD: síndrome Rett, síndrome Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia, trastorno autista y trastorno generalizado del desarrollo no específico	DSM IV 1994 Ángel Rivière
2006 LOE	Educación inclusiva TEA sustituye a TGD	DSM V 2013
2014 LOMCE	Incluye a los TDAH como alumnos con NEE	

1.1. Definición de Kanner

El doctor Leo Kanner (1943) observó que algunos de sus pacientes presentaban un trastorno caracterizado por una carencia profunda en el compromiso social, que comenzaba en el nacimiento, mostrando problemas de comunicación y respuestas inusuales hacia el medio inanimado, a una temprana edad. No respondían por ejemplo, a las idas y venidas de sus padres, pero eran extremadamente sensibles a cualquier pequeño cambio en el medio o rutina; como dejar un cajón de la cocina abierto. Kanner, cuando realizó la descripción de que los 11 niños (8 niños y 3 niñas) presentaban alteraciones autistas en el contacto afectivo, lo hizo de forma lúcida y atórica

Tres de los once niños eran mudos, aunque la lengua de los que hablaban, era notablemente ecolalia, literalidad e inversión pronominal. Kanner especuló que probablemente tuviesen buen potencial intelectual, ya que en ocasiones se les expuso a ciertos test de desarrollo cognitivo, obteniendo buenos resultados.

Observó que en algunas ocasiones, los padres (la figura paterna concretamente) eran personas inteligentes, de éxito en la vida, pero las interacciones con sus hijos parecían extrañas y raras. Pero, por otra parte la aparente naturaleza congénita del problema hizo difícil atribuir el trastorno a la relación padre-hijo.

En la definición de Kanner, la característica esencial del autismo era la incapacidad del niño para relacionarse, "viven en su mundo". El término "autismo" utilizado por Kanner, se relacionó con esquizofrenia, aunque hay diferencias importantes con la misma, tanto en la historia familiar como en las características clínicas.

Tuvieron que pasar dos décadas hasta que investigadores y clínicos llegasen a la conclusión de que si todos los aspectos del test de inteligencia fueran tenidos en cuenta, muchos niños con autismo serían diagnosticados como retrasados mentales. Durante muchos años un bajo CI se achacaba a un incumplimiento intencionado a la hora de realizar los tests, aunque en estudios recientes la proporción de niños autistas con retraso mental ha descendido en comparación con los ejemplos de hace 30 ó 40 años. Se pensó que la naturaleza del problema podría radicar en la relación padre-hijo, aunque se demostró que los padres de niños con autismo no presentaban altos grados

de psicopatología o déficits específicos en el cuidado de sus hijos, por lo que se catalogó como un “problema” en el niño.

1.2. Evolución del concepto de Necesidades educativas especiales y de las estrategias de escolarización

La escolarización de las personas Necesidades Educativas Especiales (NEE) ha ido sufriendo modificaciones, dependiendo de la ley educativa vigente. En la época en la que el autismo era considerado una respuesta de inhibición, la educación en España estaba regida por la Ley de Enseñanza Primaria (1945) que manifestaba que, *“El estado para atender a la niñez desvalida y proporcionarle educación adecuada, establecerá Escuelas especiales para niños anormales y deficientes mentales y fomentará escuelas, igualmente especiales, para niños sordomudos, ciegos y deficientes físicos. Todos se regirán por reglamentos peculiares”*.Art.33.

En 1953 se fundó en España el patronato de Educación para la Infancia Anormal, el cual, en 1955 se convertiría en el Parlamento Nacional de la Educación Especial. Esta entidad se encargaba de organizar las secciones provinciales de Educación Especial pero no sería hasta la década de los 60 cuando comenzaron a abrirse mayor número de colegios, la mayor parte de ellos privados. Hasta entonces las dificultades que presentaban las personas deficientes, sólo habían sido tratadas desde un punto de vista médico. En esta época empezaron a tratarse desde el entorno educativo.

A través de una revisión llevada a cabo por M^a Casanova (2011) para la revista Participación Educativa, se comprueba que, hasta 1970, con la publicación de la Ley General de Educación (LGE), el alumnado con NEE era escolarizado en centros de Educación Especial. Esta Ley reconocía que los alumnos podrían asistir a centros ordinarios, cuando su déficit se lo permitiera (deficientes ligeros), aunque la integración de los alumnos con NEE leves en el aula ordinaria no fue efectiva. Estos alumnos seguían siendo tratados discriminatoriamente, puesto que clasificaba a los alumnos según sus capacidades, marginando a los “alumnos especiales”. Esta Ley también hacía referencia al alumnado con altas capacidades (aunque dicha intervención no sería puesta en práctica hasta 1996).

En 1975, se fundó el Instituto Nacional de Educación Especial, con principios acordes a los establecidos por la Ley. Este instituto fue muy importante y llevó a cabo la creación

del Plan Nacional de Educación Especial (que sería base fundamental de la posterior LISMI) y la reglamentación de la Educación Especial de 1982 y 1988, atendiendo a las propuestas internacionales, como el informe Warnock, en 1978. Estas propuestas abogaban por la integración del alumnado en la vida escolar. Dichos principios establecerían las bases de la Educación.

Tras la definición de Kanner, comenzaron una serie de investigaciones con el objetivo de establecer descriptores fiables sobre el síndrome, pero no todos los intentos de desarrollar definiciones más categóricas tuvieron éxito, hubo que esperar a la descripción de Rutter (1978), que basada en la de Kanner, dio paso a la primera definición categorizada del autismo. La definición de Rutter caracterizaba al autismo en torno a la edad de su aparición (antes de los 30 meses), las relaciones sociales inadaptadas, y la aparición de comportamientos desadaptativos a los desarrollados por el resto de individuos de la misma edad. Estas personas presentarían serios problemas para adaptarse a nuevos entornos, a los cambios...

Paralelamente, los primeros programas y servicios diagnósticos, atención e investigación específica dirigidos a personas con autismo comenzaron a iniciarse, concretamente en Madrid, hacia 1978. Estas investigaciones concluyeron que las personas con Trastorno del espectro autista (TEA) presentan serios problemas a la hora de desarrollar las capacidades descritas por la Teoría de la mente. Esta expresión fue acuñada por Premack y Woodruff (1978) con el objetivo de hacer referencia a la capacidad de las personas para entender, anticipar y predecir los comportamientos de otros. La persona con la capacidad de "Teoría de la mente" es capaz de entender su estado mental y el de otras personas de su alrededor. Tienen la habilidad de entender sus propias sensaciones y las de los demás, pudiendo ser capaces de anticipar su comportamiento y el de otras personas. Esta capacidad se desarrolla hacia los 3, 4 años. En los humanos esta capacidad está relacionada con la naturaleza y el ambiente.

Tras la Constitución Española de 1978, se publicaría la Ley de Integración Social de los Minusválidos, 1982 (LISMI) la cual hace referencia al desarrollo de la vida de las personas con alguna discapacidad. En sus artículos 23 y 31, propone la integración del alumnado con necesidades especiales en el sistema ordinario (Educación Inclusiva). Tras la publicación de esta ley, comienzan a integrarse a los alumnos con NEE en los

centros ordinarios en vez de en los centros de Educación Especial como se hacía hasta entonces. Uno de los principios básicos de la Educación Inclusiva es la participación de dichos alumnos en la vida escolar del centro, con el resto de los alumnos. Por otra parte, habría que mencionar el Real Decreto 334/1985, el cual propone un mismo currículo para todo el alumnado, atendiendo a sus necesidades individuales desde un punto de vista integrador. Los alumnos con NEE serían escolarizados en aulas ordinarias, mientras que en los centros de Educación Especial lo harían los que no pudieran asistir a los centros ordinarios. Esta ley consideraba de vital importancia la preparación de los profesores encargados de atender a este tipo de alumnado, por ello se creó el título de Profesor de Educación Especial, el cual, se formaría en Pedagogía terapéutica dando lugar al actual PT (Profesor de Pedagogía Terapéutica).

Al mismo tiempo, se seguían realizando investigaciones sobre el autismo. Los conceptos actuales TGD Y TEA hacen referencia a una serie de trastornos neuroevolutivos que comparten la tríada de alteraciones definida por Lorna Wing y Judit Gould (1979).

Con la implantación de la LOGSE (1990), se instaura como norma la escolarización de los alumnos con NEE en centros ordinarios. El sistema educativo atendería a la diversidad del alumnado propiciando situaciones de aprendizaje que favoreciesen el pleno desarrollo personal y social. Eran los comienzos de la educación inclusiva. Se planteaba el desarrollo integral de todo el alumnado fomentando la participación en la vida escolar, su autonomía, a través de los principios de tolerancia y no discriminación. Todos los alumnos debían lograr los mismos objetivos, dentro de sus posibilidades. Esta educación estaría basada en los principios de equidad e inclusión. Abogaba por una educación para todos, independientemente de sus características personales, sociales y culturales, los alumnos con NEE participarían íntegramente en la vida escolar y social de las escuelas ordinarias donde estuviesen escolarizados.

“La opción por la inclusión significa el final de las etiquetas, de la educación especial y de las aulas especiales, pero no el de los apoyos necesarios ni de los servicios que deben proporcionarse en las aulas integrales”. (Stainback & Stainback, 1999, .16).

Bajo el marco de esta normativa, Ángel Rivière (1997), llevó a cabo la aportación, de vital importancia a la hora de la evaluación y definición de los TEA. (Trastorno del espectro autista) a través del Inventario del Espectro Autista (IDEA), donde se

constituyen doce dimensiones generales del desarrollo psicológico. Por otra parte en 2002, se promulgó la Ley Orgánica de Calidad de Educación (LOCE), aunque finalmente no llegó a entrar en vigor.

Actualmente el sistema educativo se rige por la LOE (2006), que aboga por una educación inclusiva permitiendo a los centros cierta flexibilidad para poder atender a la diversidad del alumnado. La LOE establece que *“las administraciones educativas dispondrán del profesorado cualificado, medios y recursos precisos para la atención al alumnado con necesidad específica de apoyo”* (LOE 2006 Art.72). Se basa en los principios de la “educación inclusiva”.

“La comprensión completa de las características y necesidades de apoyo de niños inmigrantes con discapacidad intelectual y con otro tipo de limitaciones, requerirá atender bien a los aspectos culturales (...)”. (Verdugo, 2003, 10).

Una comparación llevada a cabo por Francisco Giner de Los Ríos (2014) señala las principales diferencias entre la LOE (Ley vigente) y la LOMCE (próxima Ley de educación si llega a entrar en vigor) en lo referido al alumnado con NEE. Con esta nueva ley, la Administración brindará apoyo especial a los centros que integren a alumnos en desventaja social. Por otra parte, dichos centros deberán disponer de los recursos necesarios para todos los alumnos que presenten NEE, incluyendo a los alumnos con TDAH. También será competencia de las administraciones elaborar adaptaciones curriculares que propicien el desarrollo de los alumnos con altas capacidades. La administración tendrá que valorar y detectar las necesidades del alumnado de manera temprana, para facilitar la intervención en el caso que ésta fuese necesaria. La escolarización de dicho alumnado se llevará a cabo desde un modelo inclusivo.

Con la LOMCE, se brindaría mayor importancia a la detección precoz de las NEE. En esta detección precoz el papel del educador es de vital importancia. Alicia Sainz Martínez (2006), destacó que el objetivo principal de la Educación Infantil es el desarrollo integral del niño. Para ello, en esta etapa el educador tendría una doble función, prevenir y compensar las desigualdades causadas por diferencias sociales, ritmos de aprendizaje y/o discapacidad y trastornos del desarrollo con el fin de posibilitar el mismo.

En Educación Infantil se detectan las dificultades y necesidades presentadas por los niños, lo que posibilita la intervención temprana. A través de la observación y el diagnóstico precoz, se identifican las necesidades para poder atenderlas y compensarlas, atendiendo a las necesidades individuales por medio de propuestas globales, que, a través de intereses personales permitan realizar las adaptaciones necesarias para atender a la diversidad. Esta intervención debe tener carácter intencional para potenciar el óptimo desarrollo de los niños con NEE.

1.3. Evolución del concepto Trastorno del Espectro Autista en el DSM

Según las diferentes publicaciones del DSM, el concepto TGD y los trastornos que engloba el mismo, han ido variando.

Tabla 2. Clasificación del concepto TEA en los diferentes DSM.

Sistema clasificación	Definición
DSM II (APA 1968)	TGD para definir una reacción psicótica de la infancia
DSM III (APA 1980)	Autismo se incluye dentro de una nueva clase de trastornos
DSM III-R	TGD para trastornos generales como: síndrome Rett, síndrome Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia y autismo atípico
DSM IV (APA 1994)	TGD abarca los siguientes trastornos: síndrome Rett,-síndrome Asperger trastorno desintegrativo de la infancia, trastorno autista y trastorno generalizado del desarrollo no específico
DSM V (APA 2013)	Desaparece el concepto TGD y se sustituye por TEA, el cual abarca cuatro de los cinco trastornos de la categoría TGD, por lo que desaparece el síndrome Rett.

Huerta M.et al (2012) en una comparación que realizaron entre el DSM- IV y DSM- V, concluyeron que se han logrado considerables progresos en el diagnóstico en las seis últimas décadas desde la descripción original de Kanner. El término autismo es más

distintivo desde la publicación del DSM- IV consiguiéndose una uniformidad y consenso en el diagnóstico.

En el DSM-V (APA, 2013) los trastornos englobados bajo el término TGD pasarían a calificarse como Trastorno del Espectro Autista (TEA) abarcando cuatro de los cinco trastornos previos. El síndrome de Rett desaparece en la categorización TEA.

En el DSM-IV, el TGD se caracteriza por: problemas en las relaciones sociales, comunicación con el resto de las personas y desarrollo de comportamiento desadaptativos con protagonismo de fijaciones y acciones estereotipadas. En el DSM-V, estas tres características se resumirían en dos, dificultades socio-comunicativas e intereses selectos y comportamientos repetitivos.

2. CONCEPCIÓN ACTUAL DE TEA

En estas últimas décadas el concepto “autismo” ha ido evolucionando, como ya se ha comentado en el capítulo anterior, hasta llegar a la concepción actual de TEA. El objetivo de estos cambios es el poder “ubicar” bajo el mismo concepto a todos los sujetos afectados de TEA (Regier, Kuhl y Kupfer 2013) en lugar de etiquetarlos individualmente con su correspondiente “trastorno específico”. De esta forma, ya no contemplaremos que una persona esté afectada de autismo o que sufra el síndrome de Asperger, sino que consideraremos que esa persona tiene un TEA.

Francesc Cuxart (2000) abogó que el autismo afecta a un 75% de la población, su CI entra dentro de los límites de la deficiencia mental con un CI de 50 puntos. Gracias a las últimas investigaciones se ha reducido la edad en el diagnóstico y los niños previamente diagnosticados con retraso mental, entran en el marco de TEA. Los cambios en la política de educación especial en el criterio del diagnóstico, y la creciente aparición de servicios también han facilitado dicho progreso.

Los niños con autismo tienen una especial dificultad en atribuir estados mentales a sí mismos y a los demás, pueden presentarse diferentes grados, no siendo el mismo en todos los sujetos. El perfil de un sujeto con autismo sería una persona que tiene graves dificultades para manejarse con todo lo que sea complejo, sutil, efímero y variable.

El trastorno autista es más frecuente en los hombres que en las mujeres con una proporción 4:1 pero cuando es la niña la afectada el trastorno es más severo.

Inicialmente se sugirió la asociación del autismo con clases sociales altas, pero no existe una distribución por clases socioeconómicas.

En la mayoría de los casos la edad de inicio suele ser entre el 1º y 2º año de vida. Factores como la posible negación de los padres, el menor nivel socio cultural o un relativo alto nivel intelectual de los niños, podrían retrasar la detección de los casos. Los padres son los primeros en alertarse, ya que a la hora de desarrollar vínculos afectivos con sus hijos, los niños permanecen rígidos o muy flácidos en su brazos, no establecen contacto ocular, prefieren estar solos y rara vez solicitan ayuda o consuelo en los demás.

Los niños autistas suelen caracterizarse por:

- Alteraciones en la conducta social
- Perturbaciones en la comunicación
- Retraso cognitivo
- Conductas ritualizadas
- Alteraciones del humor
- Encopresis, enuresis
- Alteraciones del sueño y alimentación e incapacidad de adquirir habilidades de auto cuidado
- Anomalías físicas
- Cambios en el desarrollo/curso/ pronóstico

Por otra parte, las personas con TEA no son capaces de atribuir los estados mentales descritos por la “Teoría de la Mente”. Estas personas se muestran insensibles ante los sentimientos de los demás. Al no ponerse en el lugar “del otro” no piensan las cosas antes de decirlas o hacerlas, lo hacen directamente aunque sus acciones puedan hacer daño. Tampoco tienen la capacidad de entender segundas intenciones, por ello, hay que darles consignas muy claras, sin bromas ni doble sentido.

Las personas con TEA no pueden comprender el interés de la otra persona en un discurso. Estas personas pueden hablar ininterrumpidamente sobre un mismo tema sin percatarse de que puedan aburrir al interlocutor.

No son capaces de discernir malos entendidos, por lo que no comprenden que el resto de personas puedan confundirse inintencionadamente. Al no poseer la Teoría de la Mente son incapaces de mentir y por tanto, de entender los engaños.

Las personas con TEA requieren de una intervención educativa de calidad con el fin de mejorar sus condiciones de vida. Los niños con TEA son capaces de aprender, pero para ello necesitan un ambiente de aprendizaje muy cuidado, regido por unas normas muy diferenciadas. Por ello, el profesor referente deberá prestar especial atención a las mismas, puesto que cualquier cambio en la dinámica de la clase puede ocasionar importantes alteraciones en el proceso de aprendizaje de estos niños. (Schreibman et al.1981).

El término TEA incluye la noción dimensional de un continuo como una categoría (junto con los aspectos que abarcaba el concepto TGD) donde se producen alteraciones en la interacción social, la comunicación y la imaginación. Las alteraciones definidas según la Tríada de Wing (1988) incluyen la alteración cualitativa de la relación social, de la comunicación verbal y no verbal y la actividad imaginativa (comunicación e imaginación) y un repertorio reducido de actividades e intereses.

La noción del espectro autista es una definición derivada de la noción del continuo autista utilizada por Lorna Wing y Judit Gould en 1979, tras descubrir que la tríada de trastornos psicológicos, patognómicos del trastorno autista (problemas en la comunicación, relaciones sociales e imaginación) y los trastornos en la flexibilidad mental y de comportamiento también era padecidos por personas no enmarcadas dentro del marco TGD.

Ángel Rivière (1997) elaboró con mayor profundidad el concepto de espectro autista, y la consideración del autismo como un continuo de diferentes dimensiones, y no como una categoría única .A través de esta definición se podrán establecer las semejanzas y diferencias entre las personas con diferentes grados de autismo. Rivière señala seis factores principales de los que depende la naturaleza y expresión concreta de las alteraciones que presentan las personas con espectro autista en las dimensiones que siempre están alteradas (las relaciones sociales, la comunicación y lenguaje, la anticipación y flexibilidad):

1. La asociación o no del autismo con retraso mental más o menos severo (o lo que es lo mismo, del nivel intelectual o cognitivo).
2. La gravedad del trastorno que presenta.
3. La edad (el momento evolutivo de la persona autista).
4. El sexo, el trastorno autista afecta con menos frecuencia; pero con mayor grado de alteraciones a mujeres que a hombres.
5. La adecuación y eficiencia de los tratamientos utilizados y de las experiencias
6. El compromiso y apoyo de la familia.

Por otra parte, se dan muchos problemas asociados que dificultan la participación de las personas autistas en el medio que les rodea. La educación de las personas con autismo debe basarse en la integración y normalización, y basada en el aprendizaje.

Las personas con TEA presentan problemas a la hora de realizar los procesos normales de aprendizaje por lo que necesitan consignas muy marcadas y claras a la hora de comunicarse. Estas personas también muestran problemas para generalizar los aprendizajes por ello, deben llevarse a cabo programas estructurados de enseñanza-aprendizaje, que con la participación de toda la comunidad educativa y la propia familia, permitan normalizar la vida de las personas con TEA. Por tanto, las personas con TEA precisan de unas personas encargadas de enseñarles las habilidades sociales necesarias.

La creación de asociaciones de padres y familiares de personas con autismo a nivel autonómico, estatal, europeo y mundial ha servido como plataforma para la creación de servicios para atender a las necesidades de las personas con TEA. No ocurre lo mismo con los servicios asistenciales y los programas de formación e investigación sobre TEA, puesto que presentan grados de desarrollo desiguales en las diferentes Comunidades autónomas de España.

Como recoge la Declaración de Venecia de la IACAPAP (1998), un tratamiento amplio de las personas con TEA debe incluir componentes como:

- Terapias de conductas individuales para remediar síntomas específicos.
- Educación para promover el desarrollo social, emocional y del lenguaje.
- Apoyo y ayuda familiar para mantener al niño dentro de la familia.
- Programas de ocio y tiempo libre para mejorar la maduración emocional.

- Entrenamiento vocacional para conseguir un trabajo integrado en la comunidad.
- Escolarización adecuada para facilitar la participación en valores culturales y grupos de edad adecuados.
- Psicoterapia para promover la competencia social y emocional.
- Ayuda eficaz frente a la ansiedad y otros problemas.
- Medicación para áreas específicas de sintomatología cuando sea necesario.

2.1 Cómo se detecta el TEA

Como ya se ha comentado anteriormente Ángel Rivière (1997), desarrolló el Inventario del Espectro Autista (IDEA) con el objetivo de diagnosticar a las personas con autismo. Las dimensiones generales que se deben considerar a la hora de valorar el desarrollo psicológico de dichas personas serían las siguientes:

Área social

1. Relación social.
2. Capacidades de referencia conjunta (atención, acción y preocupación conjunta).
3. Capacidades intersubjetivas y mentalistas.

Comunicación y lenguaje

4. Funciones comunicativas.
5. Lenguaje expresivo.
6. Lenguaje receptivo.

Flexibilidad y anticipación

7. Competencias de anticipación.
8. Flexibilidad mental y comportamental.
9. Sentido de la actividad propia.

Simbolización

10. Imaginación y capacidades de ficción.
11. Imitación.

12. Suspensión (capacidad de hacer significados).

Por otra parte Robins et al. (2001) llevaron a cabo una modificación del antiguo CHAT (Checklist form Autism in Toddlers) creado por Baron Cohen y cols. en 1992 dando lugar al M-CHAT que ha dado mejores resultados a la hora de diagnosticar a los niños autistas aunque este cuestionario no precisa de la presencia de un observador, tan sólo se tiene en cuenta el informe de la familia.

Otro método de diagnóstico utilizado es el ADOS (Lord y cols., 1989) que fue planteado con el fin de valorar el retraso en el lenguaje en niños de edades comprendidas entre 5 y 12 años.

3 .MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

3.1 Breve historia de las aulas TGD en España

En un artículo publicado en “La Voz Digital de Cádiz” (2008) disponible en <http://www.lavozdigital.es/cadiz/20081207/cadiz/anos-aulas-autismo-20081207.html>

se expone que la iniciativa de las aulas TGD, comenzó en 1979 en Cádiz(en el aula del Colegio de Gadir), a través de la APNA (asociación de padres de niños autistas) debido a la fuerza de 7 familias (cuyos niños procedían de centros de Educación Especial, otros habían estado enclaustrados en sus casas y otros venían de centros de profundos) que se dieron cuenta de que el sistema educativo no daba respuesta a las características y necesidades de sus hijos, con autismo o trastornos parecidos. El grupo estaba compuesto por 7 alumnos con problemas de comunicación y conducta y 2 profesoras. Las profesoras, al tener poco conocimiento sobre el trastorno, el primer curso “fueron a salto de mata”.

Los primeros alumnos presentaban serios problemas de comportamiento, por lo que hubo que comenzar a trabajar conjuntamente con las propias familias. Los padres de los primeros alumnos de estas aulas se implicaron en la construcción y desarrollo de las mismas (ya que presentaban serias carencias técnicas y materiales), dedicando su tiempo libre a la preparación de éstas. Las actividades intelectuales eran realizadas dentro de la propia aula, y las sociales debían realizarse fuera de la misma. Para ello salían de compras, al parque....

3.2 Aulas TGD en Navarra

A través de la información publicada por el CREENA (en su página web oficial (<http://creena.educacion.navarra.es>), se llega a la conclusión que el alumnado con necesidades educativas especiales (englobado dentro de TGD, trastornos de la comunicación, discapacidad intelectual) y la necesidad de integrarlos en centros ordinarios, dio lugar a la aparición de las aulas UT/TGD (como así se conocen en Navarra, o aulas estables en el País Vasco).

Dichas aulas se encuentran en centros ordinarios, ya sean públicos o concertados. Tienen como objetivo principal propiciar una educación a través de una atmósfera estructurada y organizada, brindando al alumnado oportunidades para integrarse y desarrollar actividades dentro del centro ordinario. La ratio para estas aulas es de 3 a 5 alumnos. La orden foral 93/2008, es la normativa que establece que es el orientador del centro donde el alumno está escolarizado, quien, con las directrices del equipo de Atención Temprana (0-3) y del equipo específico (en este caso del Equipo de psíquicos) del centro de recursos de Educación Especial de Navarra (Creena), quien lleva a cabo el informe correspondiente para su escolarización.

El alumno con necesidades educativas especiales puede ser escolarizado en: un centro ordinario (grupo ordinario o programa específico), aula TGD, Unidad de currículo especial (discapacidad intelectual), una modalidad combinada o un centro de educación especial.

A la hora de escolarizar a los alumnos, el equipo de Atención Temprana podrá sugerir a la familia la posibilidad de hacerlo en un aula UT/TGD. Una vez finalizada la escolarización en las UT/TGD se llevará a cabo una propuesta de escolarización en una Unidad de Currículo Específico (UCE) o en un centro de Educación Especial (CEE). La escolarización en las UT/TGD se lleva a cabo por la propuesta del orientador del centro de origen, con la colaboración del equipo de psíquicos del Creena. Si tras el análisis de los informes y evaluaciones, se llega a la conclusión de que el alumno cumple los requisitos de acceso a la UT/TGD, entonces el informe se conduce a la sección de Necesidades Educativas Especiales, quien toma la decisión, dependiendo de las plazas disponibles y las características del alumno, a qué unidad se les deriva.

En estas aulas TGD se escolariza a los niños con Trastornos generales del desarrollo y/o trastornos graves de la comunicación y retrasos mentales con problemáticas asociadas. Se les escolariza en centros ordinarios, proporcionando oportunidades para la inclusión en contextos ordinarios. Las UT/TGD se encuentran en las etapas de Educación Infantil (2º ciclo) y de Educación Primaria.

3.2.1. Necesidades educativas especiales del alumnado con TGD

Dependiendo de las características del alumnado, las necesidades educativas de los mismos y por tanto las intervenciones llevadas a cabo, pueden variar. Según la información del Creena, serían las siguientes:

Tabla 3. Características del alumnado con NEE

Características	Metodología
“Corporales”: Padecen infecciones congénitas (neurológicas...)	Seguimiento neuropediátrico, dependiendo de las características del alumno.
“Motrices”: Manifiestan estereotipias motrices (acciones repetitivas y rítmicas)	Propuestas de conductas alternativas a sus estereotipias.
“De autonomía”: Problemas a la hora de planificar y de realizar habilidades básicas de autonomía personal (debido a fobias)	Secuencias relacionadas con hábitos de higiene y autonomía (control de esfínteres, vestir, aseo).
“Cognitivas”: Alteraciones de memoria, percepción, abstracción, imitación y atención	Señales visuales y marcas. Aprendizaje de habilidades básicas. Trabajo de la capacidad de imitación.
“Lenguaje y comunicación”: Poca intencionalidad comunicativa. Emplean a los demás para conseguir su objetivo. Ecolalias, alteraciones en el habla. Problemas en conversaciones, y socio comunicativos.	Propuestas de habilidades comunicativas básicas para el desarrollo del deseo a comunicarse, la iniciativa y la elección. Trabajo de habilidades comunicativas específicas y socio comunicativas básicas en contextos ordinarios. Desarrollo del lenguaje oral funcional.
“Equilibrio personal”: Problemas de autorregulación, aislamiento y ensimismamiento. Fijación o apego a objetos concretos o a alguna de sus partes, fobias a los mismos.	Organización de ambientes para facilitar la comprensión de las situaciones. Actividades afines a sus intereses y a sus motivaciones. Desarrollo de formas de comunicación alternativas a los comportamientos

Auto y heteroagresiones.	inadaptados y conductas inadecuadas.
Conductas repetitivas y estereotipadas	
“Activación e inserción social”:	Integración en diferentes entornos e
Problemas para interactuar con extraños a su entorno.	interiorización de las habilidades sociales específicas de cada uno de ellos,
Suelen evitar contacto físico y ocular.	desarrollando sentimientos y emociones.

3.2.2. Las aulas TGD en centros ordinarios

Las aulas TGD están compuestas por un profesor de PT (pedagogía terapéutica) cuidador, profesor de audición y lenguaje y especialista en orientación educativa. Los alumnos podrán acudir al centro acompañados por su familia, en el transporte escolar proporcionado por el centro (siempre que sea posible) o en un transporte específico para el aula en concreto (taxi). Si los alumnos hacen uso del servicio de comedor escolar, los cuidadores correspondientes serán los encargados de ocuparse de los mismos.

Las aulas TGD se organizan para responder a la necesidad educativa propuesta en el Currículo general de centro. La OF-93/2008 del 13 de junio, organiza la atención a la diversidad y establece en su artículo 4 *“medidas organizativas para el alumnado con Necesidades educativas especiales”*.

El currículo de las aulas TGD se basará en las competencias propuestas para Educación Infantil y Educación Primaria. En Educación Infantil, se estructurará a través de áreas, mientras que en Primaria lo hará por ámbitos.

El aula TGD llevará a cabo un currículo adaptado dependiendo de las necesidades educativas de cada alumno. Dicho currículo estará incorporado al Proyecto Educativo de Centro, y se definirá en la programación de la unidad. Por otra parte se elaborarán las adaptaciones curriculares individuales o programación de cada alumno.

En la etapa de Educación Infantil las capacidades constituidas en el currículo del II Ciclo de Educación Infantil, servirán de marco de referencia, teniendo en cuenta las capacidades del I Ciclo, dependiendo de las necesidades del alumno. A la hora de trabajar, se hará por áreas que se establecen por medio de los objetivos y contenidos perfectamente secuenciados (siendo más amplios que los ámbitos) y a través de un enfoque interdisciplinar para propiciar aprendizajes globalizados, significativos y

funcionales dentro de un contexto de situaciones variadas que promuevan su generalización al resto de contextos.

En Educación Infantil las áreas serían las siguientes:

- Conocimiento de sí mismo y autonomía personal.
- Conocimiento del entorno.
- Lenguajes: comunicación y representación.

Mientras que en Educación Primaria:

- Lenguaje y comunicación.
- Conocimiento lógico-matemático.
- Conocimiento del medio social y cultural.
- Educación artística.
- Educación física.
- Autonomía y relación social.

La OF 47/2009, de 2 de abril, regulariza la evaluación de los alumnos del segundo ciclo de Educación Infantil. Esta evaluación tendrá que ser formativa, continua, individualizada y global.

La OF 216/2007, de 18 de diciembre por la que *“se regula la evaluación y promoción del alumnado que cursa la Educación Primaria, concreta los principios enumerados en el DF 24 de 2007, con la finalidad de definir un proceso de evaluación coherente con las competencias básicas. El artículo 10, punto 2, referido a la Atención a la Diversidad queda modificado por la OF 93 de 2008.”*

En esta orden foral la evaluación se entiende como la valoración del proceso de aprendizaje de los alumnos, dependiendo de sus habilidades en las competencias básicas y a los objetivos educativos de cada etapa, a sus habilidades y al trabajo y esfuerzo desempeñado en dicho proceso.

La evaluación será global, (teniendo en cuenta las competencias básicas y los objetivos generales de etapa) continua (valorando el proceso de enseñanza y aprendizaje) e integrada en el contexto escolar. La evaluación se llevará a cabo dependiendo de los criterios de evaluación establecidos en las adaptaciones curriculares realizadas al currículo ordinario.

Los resultados de la evaluación continua serán recogidos trimestralmente por el PT de la unidad. El tutor de la unidad también será el responsable de coordinar el proceso de evaluación y ha de tener en cuenta la información aportada por los cuidadores por medio del “programa de autonomía personal e integración social” del que dispone cada alumno. Trimestralmente tendrá lugar una reunión de todo el equipo docente con el orientador del centro, para evaluar el proceso de aprendizaje de cada alumno. Como establece la OF 93/2008, al finalizar cada una de las etapas se realizará una revisión prescriptiva de la modalidad de escolarización.

En Educación Infantil el alumnado escolarizado estará comprendido entre 3 y 5 años de edad en centros ordinarios. Si algún alumno presenta necesidades educativas especiales, la escolarización podría ampliarse un año más siempre que se propicie su integración socioeducativa. Para ello debe establecerse un acuerdo entre los padres o representantes legales, con el informe del servicio de Inspección Educativa y la autorización del Servicio de Ordenación e Innovación; ocurriendo de forma similar en Educación Primaria.

Los alumnos de las aulas TGD pertenecen a la comunidad educativa del centro por ello participarán en todas las actividades del mismo y se integrarán en las áreas y actividades de su grupo ordinario de referencia.

El tiempo y el espacio de integración de dichos alumnos en sus aulas de referencia, será establecido por el PT, orientador y cuidador, dependiendo de las características y necesidades de los alumnos. Estos tiempos podrán sufrir variaciones a lo largo del curso. El alumno realizará las actividades de integración en un grupo ordinario correspondiente a su edad cronológica, a ser posible.

Las coordinaciones generales serán llevadas a cabo por el tutor de la unidad y el orientador. A la hora de evaluar los objetivos programados, el tutor de la unidad, el profesor de PT, y el orientador deberán coordinarse con el tutor del aula ordinaria de referencia y con el profesor especialista que intervenga en la misma. Los profesionales que intervienen en el aula: tutor, cuidador, PT, y profesor de audición y lenguaje, tendrán que unificar los criterios de intervención con el objetivo de dar respuesta a las necesidades educativas que tengan lugar.

Dichas reuniones serán establecidas bajo criterio de cada centro, pudiendo realizarse los miércoles, en horas complementarias...

Por otra parte se llevarán a cabo coordinaciones con los servicios externos que toman parte en el diagnóstico e intervención de dichos alumnos. El nivel de concreción será establecido a través de los orientadores del centro y del equipo de Psíquicos del Creena.

Los servicios que se ofrecen son los siguientes:

- Hospital de Día Infanto- Juvenil de Salud Mental Natividad Zubieta
- Equipos del Creena
- Servicios sociales, unidades de barrio, equipo de atención de la infancia y adolescencia
- Centro de salud
- Servicios de Neuropediatría
- Centros Educativos Implicados

3.3. Modelos de intervención

Existen diferentes modelos de intervención a la hora de actuar con personas con TEA. Según el artículo publicado por Mulas et al. (2010), la intervención propuesta en 1997 por el grupo de Mesibow, sería la siguiente:

1. Intervenciones biomédicas

En la actualidad apenas se utilizan.

2. Intervenciones psicoeducativas

2.1 .Intervenciones conductuales

Tienen como objetivo instruir nuevas conductas y habilidades a los niños, llevando a cabo la práctica de diferentes programas como:

- Programa Lovaas
- Análisis aplicado de la conducta (ABA) contemporáneo, el cual, engloba diferentes modelos que se desarrollaron siguiendo su propuestas. Estos programas serían los siguientes: Pivotal Response Training (PRT)

- Natural Language Paradigm (NLP)

- Incidental Teaching

2.2 .Intervenciones evolutivas

Este tipo de intervenciones tienen como objetivo solventar las dificultades específicas basándose en la enseñanza e interiorización de habilidades que les permitan adaptarse a la rutina diaria. Serían habilidades de tipo funcional y motor.

Estas intervenciones se desarrollan a través de programas como:

- Floor time
- Responsive teaching
- Relationship development intervention (RDI)

2.3 .Intervenciones basadas en terapias

El objetivo de estas intervenciones sería trabajar las habilidades sociales y comunicativas (lenguaje) o sensoriomotrices (terapia ocupacional).

2.3.1 Intervenciones basadas en la comunicación

- Estrategias visuales, instrucción con pistas visuales
- Lenguaje de signos
- Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS)
- Historias sociales (social stories)
- Dispositivos generales del lenguaje (SGDS)
- Comunicación facilitada (FCT)
- Entrenamiento en comunicación funcional

2.3.2 Intervenciones sensoriomotoras

- Entrenamiento e integración auditiva (AIT).
- Integración sensorial.

2.4. Intervenciones basadas en la familia

Estas terapias están basadas en la participación de la familia en el tratamiento del trastorno. Las familias reciben asesoramiento e información. Los programas de este tipo de intervención serían los siguientes:

- Programas PBS (Family- centred- positive Behaviour Support Programs).
- Programa Hanen (More than words)

2.5. Intervenciones combinadas

Este tipo de intervenciones compagina tanto métodos conductuales como educativos. Dichos métodos serían los siguientes:

- Modelo SCERTS
- Modelo TEACCH
- Modelo DENVER
- Modelo LEAP

3.4 Investigaciones sobre los Modelos de intervención

La revista "Pediatrics" llevó a cabo en 2007 una revisión de todas las estrategias educativas y terapias asociadas al tratamiento de niños autistas. La meta principal de los tratamientos será disminuir las características principales y los déficits asociados, desarrollando la independencia, y mejorando la calidad de vida de estas personas.

Las intervenciones educativas, incluyendo las estrategias de comportamiento y terapias de habilitación, son la base de los tratamientos para personas con autismo. Estas intervenciones engloban habilidades comunicativas, sociales, habilidades para la vida diaria, el juego, actividades de ocio y tiempo libre, logros académicos y comportamientos desadaptativos. Los tratamientos médicos también suelen tener resultados positivos aunque no son el principal tratamiento a la hora de intervenir dicho trastorno.

Los modelos de intervención revisados fueron modelos de intervención conductual, intervención combinada, intervención evolutiva, intervenciones sensoriomotoras y modelos basados en la comunicación.

La efectividad del modelo ABA (Análisis aplicado de la conducta contemporáneo), ha sido comprobada. Los niños que reciben tratamiento temprano de comportamiento, desarrollan la capacidad del lenguaje, mejoran los resultados académicos y comportamientos adaptados, tanto como algunos comportamientos sociales, obteniendo mejores resultados que los niños en grupos controlados.

El método TEACCH (Enseñanza estructurada desarrollado por Schopler et.co 1996) está basado en la estructura e incluye una organización física del medio, secuencias predecibles de actividades, programas visuales, rutinas flexibles, sistemas de actividades y trabajo estructurado y actividades visuales estructuradas.

Numerosos informes muestran un gran progreso en niños que han trabajado con TEACCH y una satisfacción y mejora en la enseñanza de habilidades a padres. Ozonoff y Cathart (1998) comprobaron que los niños que trabajaron con el programa TEACCH durante cuatro meses combinado con sus programas de tratamiento diario, mejoraron notablemente en comparación con los niños que solo recibían tratamientos diarios.

Los modelos de desarrollo (developmental models) se basan en el uso de la teoría del desarrollo para organizar las hipótesis atendiendo a la naturaleza fundamental del autismo. Por ejemplo, el modelo DENVER tendría como objetivo corregir los déficits en imitación, comunicación de las emociones, teoría de la mente y la participación social por medio del juego, relaciones interpersonales y actividades que desarrollan el pensamiento lógico.

El modelo DIR se centra en la metodología “floor time”, sesiones de juego y otras estrategias para mejorar las relaciones y las interacciones sociales y emocionales. Sin embargo, la eficacia de este método es limitada, con significativos errores metodológicos.

El modelo RDI (Relationship Developmental Intervention) está fundamentado en actividades que promueven el comportamiento interactivo con el objetivo de animar al niño a relacionarse para que descubra el lado positivo de la actividad y se sienta motivado para aprender las habilidades necesarias para establecer dichas relaciones, aunque la eficacia de este método es anecdótico.

Las terapias de lenguaje (Speech and languages therapy) han demostrado eficacia en el desarrollo de habilidades comunicativas en niños autistas. Estas terapias llevan a cabo el uso de las modalidades de conversación argumentativas, incluyendo gestos, lengua de signos, pictogramas... El “Picture Exchange Communications System” (PECS) también es frecuentemente utilizado.

Un reciente estudio demostró que por medio del programa "Social skill Instruction" la atención y el juego simbólico pueden ser enseñados y estas habilidades generalizadas a diferentes situaciones y ambientes.

Por último los programas de terapia ocupacional e integración sensorial (SI), (programas de intervención sensorial) son utilizados para solventar déficits en procesos neurológicos e integración de la información sensorial que permite interactuar con el ambiente de una manera adaptativa. Pero la eficacia de estos programas tampoco ha sido demostrada. Este estudio demostró que el programa ABA era el más eficaz.

Como conclusión podríamos decir que el autismo afecta a uno de cada 15 niños y requiere tanto de intervención médica continua, como de intervención no médica, por ello se debe de llevar a cabo una buena guía con el fin de realizar las intervenciones pertinentes.

Tras la revisión de forma general de los diferentes métodos de intervención, destacaremos las investigaciones realizadas sobre las intervenciones conductuales (método ABA) y las intervenciones combinadas. Ello es debido a que por una parte las intervenciones conductuales consiguen la modificación de comportamientos inadecuados, mientras que las intervenciones combinadas compaginan tanto métodos conductuales como educativos.

El estudio realizado en 1987 por Koegel et al., demostró que el 47% de los niños que habían asistido durante 40 horas semanales a la terapia ABA, fueron capaces de finalizar las clases de primer grado alcanzando funciones intelectuales normales.

Esta terapia consiste en presentar al niño un estímulo (petición) que produzca una consecuencia (refuerzo o castigo) dependiendo de la respuesta del niño hacia dicho estímulo. ABA es el mejor método para controlar los comportamientos autistas como: autolesiones, rituales, repeticiones, agresiones y comportamientos disruptivos. Este método puede disminuir e incluso extinguir los comportamientos mencionados y promover alternativas.

Todos los comportamientos (aprendidos o enseñados) pueden descomponerse en tres partes: antecedentes (qué lo produce), comportamiento (el comportamiento en sí) y consecuencia (qué ocurre tras el comportamiento).

Durante la terapia los comportamientos son analizados para observar:

- Qué comportamiento desarrolla el niño.
- Cuándo son desarrollados los comportamientos.
- A qué escala ocurren.
- Qué sucede antes y después del comportamiento.
- Cuál es el objetivo del comportamiento.

Para analizar dichos comportamientos se realizan actividades a través de la técnica PRT (Pivotal Response Training). Las instrucciones se efectúan para enfatizar la metacognición (aprendiendo a aprender). En este caso aprendiendo a cómo escuchar, ver, imitar, preguntar y hacer. Cuando el comportamiento aprendido del niño mejora, van desapareciendo las guías e instrucciones. Es importante cambiar el contexto de enseñanza –aprendizaje con el fin de generalizar los comportamientos aprendidos a otras situaciones. Los comportamientos inadecuados no son reforzados.

La persona encargada de llevar a cabo esta terapia debe ser paciente, empática, querida por los niños... al mismo tiempo que desarrolla observaciones objetivas a través del análisis de los comportamientos.

Los beneficios de la puesta en práctica de esta terapia serían los siguientes:

- Permite la generalización de habilidades a otras áreas.
- Aumenta la motivación.
- Son divertidas tanto para niños, padres y terapeutas.
- Resultan útiles para modificar comportamientos y enseñar nuevos.
- Reducen los comportamientos inadecuados.
- Promueven una comunicación funcional variada.

Este tipo de terapia podría ser parte de un programa de tratamiento que también incluiría intervención biomédica.

Por otra parte, en 2009 se llevó a cabo una investigación en Australia y Nueva Zelanda para analizar las causas del retraso producido entre las primeras sospechas de los padres y la obtención de un diagnóstico médico.

Los datos fueron obtenidos a través de la participación de 331 encuestas. Dichos resultados indicaron un alto grado de satisfacción y/o poca preparación por parte de los profesionales médicos en relación con el autismo.

Se examinaron terapias biomédicas, no biomédicas y terapias ocupacionales. Las aproximaciones no biomédicas más utilizadas fueron las de habla y ocupacionales (75,3% y 63%), análisis aplicado de la conducta (ABA) (34,7%).

Una encuesta realizada en los EEUU por la Universidad de Texas en Austin en 2004, reveló que las investigaciones más comunes eran las de terapia del habla y programas visuales, mientras que integración sensorial y análisis aplicado de la conducta eran utilizados por un 37%. Por otra parte, un 52% de las familias utilizaban algún tipo de tratamiento farmacológico un 27% llevaban a cabo una dieta especial y un 43% hacían uso de vitaminas como complemento suplementario.

Una de las intervenciones analizadas en el estudio fue la intervención conductual ABA, Esta intervención es utilizada para modificación de comportamiento. Se fundamenta en que la influencia de la respuesta asociada con un comportamiento puede modificar y modelar el mismo.

Esta intervención implica la puesta en práctica de técnicas psicológicas y educativas adaptándose a las necesidades individuales de cada niño y cuál es la causa que produce alteraciones en sus comportamientos. Dicha intervención desarrolló técnicas de análisis de comportamiento enseñanza de conductas funcionales y evaluación del progreso de las mismas.

Esta terapia es uno de los métodos más comunes para el tratamiento de déficits de comportamiento en niños autistas. Dentro de esta terapia se incluirían los siguientes programas: Pivotal Response Treatment (PRT), Picture Exchange Communication system (PECS), Self-management y un amplio abanico de habilidades sociales. El objetivo de este programa es descubrir la manera de motivar al niño a través de la aplicación de diferentes técnicas y del refuerzo positivo para conseguir que las sesiones sean divertidas y productivas.

En estos programas de terapia, y más concretamente en PRT, el fin es incrementar y generalizar la capacidad para comunicarse (lenguaje), juegos...a otras situaciones al mismo tiempo que se disminuyen los comportamientos que obstaculizan el aprendizaje.

Los resultados son favorables. La mayoría de los niños autistas con conductas ritualistas o auto-lesivas disminuyen o eliminan estos comportamientos tras la terapia.

Este tipo de terapias favorecen el establecimiento de contacto visual, fomentan el aprendizaje y mantienen la concentración.

Otra investigación llevada a cabo por la Universidad de California, en San Diego en 2009, demostró que el empleo del modelo PRT (Pivotal Response Training) era eficaz para mejorar la comunicación, el juego y la interacción social de niños autistas. Aunque este programa es puesto en práctica en las escuelas, fue desarrollado en una primera instancia para terapia individual y su efectividad no ha sido comprobada en las clases.

Este tratamiento conductual está basado en los principios de la terapia ABA. Esta terapia es una intervención desarrollada para favorecer estímulos y generalizar respuestas, disminuyendo la dependencia e incrementando la motivación. El programa PRT fue diseñado tras la realización de unos estudios que identificaron los componentes del comportamiento fundamental que afecta al resto de los comportamientos.

Los comportamientos fundamentales serían aquellos comportamientos esenciales para ampliar las áreas del funcionamiento del niño que al ser estimuladas producen mejoras en comportamientos no objetivos. Se han identificado cuatro comportamientos fundamentales:

- Respuesta a múltiples señales
- Motivación
- Auto-control
- Auto-iniciativa

Según Koegel et al. (1999) cuando estos comportamientos funcionales se estimulan, se produce una mejora en autonomía, auto-aprendizaje y generalización de nuevos aprendizajes.

El programa PRT es estructurado, y tiene como principio las situaciones naturales de enseñanza. El método PRT es dirigido por el niño, (en oposición a los dirigidos por el terapeuta o padres) brindándole al mismo oportunidades para iniciar situaciones de aprendizaje, aunque las directrices para realizar estos comportamientos deben ser enseñadas. PTR pretende conseguir un incremento de la motivación a través de la elección de los niños, el empleo del refuerzo positivo....También ha sido desarrollado para alcanzar las habilidades del lenguaje, del juego y comportamientos sociales.

Antes de dar una consigna el profesor o padre debe asegurarse que el niño presta atención. La consigna tiene que presentarse con un lenguaje que el niño pueda entender (claro, ininterrumpido y apropiado a la tarea) y que provoque una respuesta que ya haya sido aprendida por el niño o vaya a aprenderse seguidamente. Las instrucciones tienen que estar relacionadas con algo que al niño le guste, con lo que permitimos que el niño elija el juguete o la actividad. Los refuerzos dependerán de la conducta, se administrarán incluso en las aproximaciones a la respuesta y estarán relacionados de alguna manera con el comportamiento deseado. Por tanto si el niño responde correctamente o se efectúa un buen intento, le premiaremos con algo relacionado con la conducta desarrollada.

En cambio en España, en 2010, un estudio realizado por el doctor Fernando Mulas demostró que el método Teeach basado en el análisis de la manera de pensar y aprender a interactuar con el entorno de los niños autistas, es el método más eficaz a la hora de desarrollar habilidades sociales y comunicativas, disminuyendo las conductas inadaptadas, enriqueciendo la calidad de vida de dichas personas a la vez que reduce el estrés que se ocasiona en las familias. Sin embargo, no se han realizado estudios que revelen su eficacia.

Para la intervención con TEA no hay un consejo en cuanto al método a utilizar, ya que éste debe ajustarse a las necesidades de cada individuo y al medio que le rodea, pero suele abogarse por las intervenciones combinadas desarrolladas en entornos estructurados. La importancia de la familia en el tratamiento es vital, por lo tanto se deberá informar a la mismas de cómo interactuar con su hijo.

Finalmente “la detección precoz” es muy importante para cambiar el futuro pronóstico funcional. Los pediatras ante cualquier indicio de rasgo autista tendrán que derivar a los niños a un centro de atención temprana o a los servicios de neuropediatría. La intervención estará basada en un modelo multidisciplinar donde los diferentes especialistas (neurólogos, psicólogos, logopedas...) la familia y la comunidad educativa deberán tomar parte en el mismo.

4. FUNCIONAMIENTO DE LAS AULAS TGD EN PAMPLONA

4.1. Introducción

En los capítulos anteriores, se ha recogido la existencia de diferentes métodos de trabajo para intervenir con personas con TEA. La escolarización de estas personas dependerá de varios factores (situación familiar, disponibilidad de las aulas, gravedad del trastorno), pudiendo ser en centros de educación especial o en centros ordinarios en un aula UT/TGD. En el presente trabajo nos centraremos en las aulas TGD.

El conocimiento del funcionamiento de las aulas TGD de Educación Infantil en Navarra, es una herramienta importante a la hora de fomentar la integración de dichos alumnos en la vida escolar del centro ordinario correspondiente. Además la coordinación con las personas responsables de dichas aulas, permitirá un mayor conocimiento de pautas de actuación e intervención que facilitará el desarrollo social de los alumnos TGD con el resto de los alumnos del centro.

4.2. Objetivos e hipótesis

Los objetivos que me planteo alcanzar tras la realización del presente trabajo, son los siguientes:

- Conocer el funcionamiento de las aulas TGD en Navarra.
- Conocer los métodos de intervención utilizados con niños con TEA.
- Conocer cómo se aplican pautas de intervención a la hora de actuar con niños con TEA por parte del profesorado ordinario.

Tras proponer los objetivos citados, de la revisión de la literatura al respecto, surgen estas hipótesis:

- Si como se señala en el DSM V, se engloba a todos los trastornos bajo el concepto Tea, la atención será globalizada y no habrá tratamientos individualizados.
- Las aulas TGD se han convertido en un recurso general para acoger a los niños que no pueden/ no quieren ir a un centro de educación especial, sin un tipo de patología común.

- Los profesores del aula ordinaria no conocen el funcionamiento del aula TGD a no ser que tengan algún alumno de integración.
- La mayor parte de los profesores no participan en la Unidad de apoyo educativo.
- Como consecuencia del desconocimiento de dicho funcionamiento, no existen pautas de actuación si surge algún conflicto entre los niños del aula TGD y los del aula ordinaria.
- Existe falta de coordinación y conocimiento del aula de TGD por parte del profesorado ordinario.
- Habrá diferencia de percepción en función de los años de experiencia. A más experiencia más conocimiento del alumnado con NEE
- Los hombres y las mujeres darán una importancia diferente al tema de la información que reciben sobre alumnado NEE.
- Los profesores más jóvenes tendrán menos idea de cómo trabajar con alumnado NEE.

4.3. Metodología

Se ha estudiado la realidad en las dos aulas TGD de Educación Infantil que existen en Pamplona. Aprovechando nuestra labor docente, en cursos pasados, como profesora de Educación Infantil en el Colegio Sagrado Corazón tenía conocimiento de dicha aula y algunas nociones básicas sobre los alumnos escolarizados en la misma y, a través de la colaboración de la PT del centro, se ha podido proceder a un análisis detallado del aula TGD del mismo. Por este motivo decidí profundizar en la metodología y formas de trabajar llevadas a cabo en ella. En Pamplona hay dos aulas de TGD para Educación Infantil, ubicadas en los centros de Sagrado Corazón (centro concertado) y El Lago de Mendillorri (centro público).

Por otra parte se ha realizado un análisis de las leyes que regulan la ordenación y organización de estas aulas (concretamente la Orden Foral 93/2008). También se ha efectuado una extensiva consulta a través de diferentes buscadores de internet (google, google académico) y concretamente la página web del Centro de Recursos De

Educación Especial de Navarra (Creena) para ahondar en el conocimiento de los recursos disponibles para las aulas TGD en Pamplona.

Para obtener la información y posterior análisis específico de los resultados de la investigación, se han utilizado técnicas cualitativas para profundizar en el conocimiento de las aulas TGD en los centros en los que se encuentran situadas. Estas técnicas han sido las siguientes:

- Entrevista con el Creena. Es preciso comentar que esta entrevista no fue posible concertarla debido a que el Equipo de Psíquicos (equipo responsable de la organización de las aulas TGD) no accedió finalmente a ser entrevistado, por lo que no se pudo recoger la información y elaborar el posterior análisis de la misma. Se argumentó que no era factible la consecución de la misma, ya que la información precisada era de tipo interno y confidencial. Se adjunta, en Anexo I el guión de la entrevista.
- Entrevista con las PT de las aulas de Sagrado Corazón y El Lago de Mendillori. En este caso, de las dos entrevistas propuestas, tan solo se obtuvieron las respuestas de la PT del Colegio Sagrado Corazón, puesto que la PT de El Lago no estimó oportuno la realización de la misma, alegando la necesidad de permisos y autorizaciones internas (por parte del Equipo Directivo del centro). En Anexo III, se adjunta el guión de la entrevista y en Anexo IV, la transcripción de la entrevista con la PT de Sagrado Corazón.
- Cuestionario al profesorado de las aulas ordinarias de los colegios Sagrado Corazón y El Lago. Este cuestionario se propuso a los tutores de las aulas de Educación Infantil de dichos centros. En cuanto al colegio de El Lago, de 3 cuestionarios propuestos, se obtuvo la respuesta de 2 profesores. Por otra parte, respecto al centro Sagrado Corazón, de 9 cuestionarios planteados, se logró la respuesta de 8 docentes. Se adjunta plantilla del cuestionario en Anexo II.

4.4. Resultados

4.4.1. Funcionamiento Aula TGD Centro Sagrado Corazón

El aula lleva en el centro desde 2008, por lo que es su sexto curso académico. Se encuentra ubicada en el colegio debido a que dicha aula ,se oferta tanto a colegios públicos como concertados y Sagrado Corazón optó por acogerla en su centro. El aula está distribuida por rincones, basada en el método Teaach, por lo que están muy bien señalizados (en el suelo, en las mesas.....).El aula se encuentra dividida en 5 áreas: trabajo, punto de encuentro (asamblea), comedor, siesta y juego.

El material del aula permanece fuera del alcance de los niños con el fin de fomentar las “peticiones”. Dicho material se organiza en barcos o cajones distinguidos con rótulos. Los materiales están señalizados dependiendo del nivel de cada niño, siguiendo el siguiente proceso: objeto real /foto del objeto/ imagen/pictograma. Por otra parte cuentan con un aula multisensorial, financiada con recursos del concierto del colegio.

A la hora de organizar las tareas y actividades, siguen un sistema de “agendas” individualizadas para cada niño, anticipándoles las actividades a realizar con fotos, etc. Algunos niños son capaces de conocer las actividades a realizar durante todo el día, mientras que a otros deben presentárselas de dos en dos.

El currículo a trabajar es similar al curso que les corresponde por edad cronológica, pero como no siempre es posible, se adaptan los materiales y conceptos con el fin de mantener los centros de interés. Sobre todo, se procura trabajar el área de Identidad y autonomía personal, ya que la mayoría de los niños llegan al colegio con pañal y problemas de deglución. El objetivo es conseguir que sean lo más autónomos posible.

También se trabajan actividades de matemáticas, lecto-escritura y actividades tipo Teaach para desarrollar en la mesa. El material para realizar las actividades se presenta en bandejas y cajas. Todas las actividades se muestran con un principio y un final muy evidente, con el objetivo de que los niños tengan muy claro la actividad a desempeñar en cada momento.

La jornada comienza a las 9 de la mañana y finaliza a las 16:15. El horario se establece de la siguiente manera:

Tabla 4.Horario Aula TGD Sagrado Corazón.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00	Asamblea	Asamblea	Asamblea	Asamblea	Asamblea
9.30	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad
10.30		Baño	+	Almuerzo	
10.40	Recreo	Recreo	Recreo	Recreo	Recreo
11.15	Trabajo/ Cuentos	Trabajo / Plastilina	Trabajo / Puzzles	Trabajo / Ensartables	Trabajo/ Elección
12.30	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
13.15	Recreo	Recreo	Recreo	Recreo	Recreo
14.30/16.30	Aseo/ Peluquería	Relajación		Ordenador	Integración (cine, talleres, Recreo...)

Tras recibirlos en la entrada del centro, llegar a clase y dejar sus pertenencias en el perchero, se dirigen al punto de encuentro para realizar la asamblea donde trabajan el calendario, el tiempo, el menú diario y unas 5 canciones trimestrales (que varían en función de los contenidos a trabajar: animales, circo etc.). Después pasan a realizar una actividad de mesa o conjunta, como puede ser psicomotricidad, lluvia de papeles etc.

Sobre las 10:30 es la hora del almuerzo. Para que ellos discriminen entre el almuerzo y la comida, a la hora de almorzar, el almuerzo es servido en plato, mientras que para comer tienen manteles individuales y ponen la mesa (con sus correspondientes cubiertos, vasos etc.). A continuación, si el tiempo lo permite realizan el recreo en el mismo patio que los niños de educación infantil. Tras el recreo vuelven a clase para desempeñar otra actividad y, dependiendo del día de la semana que sea, trabajan con cuentos, plastilina, puzzles, ensartables. Los viernes este trabajo libre es a elección de los niños, se les presenta una pizarra con los pictogramas de las actividades correspondientes y ellos deciden qué quieren trabajar.

A las 12:30 horas, ponen la mesa para la hora de la comida. Tras la comida hay dos opciones, siesta (si los niños lo requieren) o recreo con los niños de educación primaria, que resulta de más integración que el de infantil, puesto que las niñas de primaria tienden a cuidarles y hacer “de madres”. Este recreo se amplía hasta las 14:30

horas, que vuelven a clase para realizar otra actividad, que nuevamente variará dependiendo del día de la semana en la que se realice. Los lunes hacen actividades de aseo y peluquería. Dichas actividades son de vital importancia, puesto que estos niños suelen tener fobia a las tijeras, a cortarse el pelo, ducharse, pintarse las uñas..... (Todas las acciones relacionadas con el cuidado personal). Los martes tienen lugar actividades de relajación, haciendo uso de la nueva aula multisensorial. Los miércoles no hay clase por la tarde. Los jueves dedican tiempo a jugar y manejar el ordenador. Los viernes, comparten actividades con el resto de los niños de educación infantil como cine, talleres o actividades relacionadas con las fiestas (castañada, carnaval, festivales).

En el aula en este momento hay 5 niños +1 (que ha sido diagnosticado como autista este curso). Todos han recibido un primer diagnóstico de TGD. Este año dos niños han sido diagnosticados con trastorno severo del lenguaje. La tutora opina que diagnosticarlos a todos bajo TEA como propone el DSM V, es un error ya que etiquetarlos con autismo sin serlo, es muy precipitado. En el aula puede haber un mínimo de 3 niños y un máximo de 5, pudiendo estar en la misma hasta los 6 años.

En el aula se encuentra la tutora (PT), una cuidadora a tiempo completo y otra persona con un poco más de media jornada que también realiza funciones de PT y profesora de audición y lenguaje (logopedia). El centro también cuenta con un logopeda y un orientador.

Los alumnos son derivados por el Creena dependiendo de las plazas del centro y el perfil de cada niño. No se lleva a cabo ni preinscripción ni matrícula. Una vez que los niños están en el colegio, las decisiones son tomadas dependiendo de la importancia de las mismas por la tutora, tutora+ orientador ó tutora+ orientador+ director pedagógico. Se lleva a cabo una evaluación trimestral con el orientador.

Una vez al mes, tiene lugar una reunión con el Creena para decisiones de promoción y del futuro escolar de los niños. Valorando si los niños continúan en el centro, promocionan a un aula de Primaria o son derivados a un centro de educación especial. Por otra parte, también se establece una coordinación con los tutores correspondientes del aula de integración y con el coordinador de Educación Infantil.

Por lo que la jerarquía de la toma de decisiones se establece de la siguiente manera: Tutor- orientador- Creena.

Los niños que acuden al aula ordinaria a realizar horas de integración, lo hacen en la medida de lo posible con el curso de la edad cronológica correspondiente. En ocasiones, si se prevé repetición o dependiendo del desarrollo madurativo del niño, la integración tiene lugar un curso por debajo. Las horas de integración dependen de las necesidades de cada niño, estando siempre acompañados por un adulto de referente. En este momento 4 niños acuden a la clase ordinaria para integración.

4.4.2. Resultados de los cuestionarios realizados a los profesores.

Se ha realizado un análisis del contenido de las respuestas obtenidas en las preguntas abiertas del cuestionario a los docentes de Educación Infantil de los dos centros. A continuación se muestran unas figuras que representan los resultados obtenidos en las diferentes preguntas del cuestionario. El cuestionario consta de 9 preguntas.

En la primera pregunta se trataba de conocer si el profesorado tenía conocimiento sobre el funcionamiento del aula TGD de su centro y sobre quién piensan que recae tal responsabilidad. En este tema se puede comprobar que la mayoría de los profesores tienen alguna noción básica sobre el funcionamiento del aula de TGD de su centro.

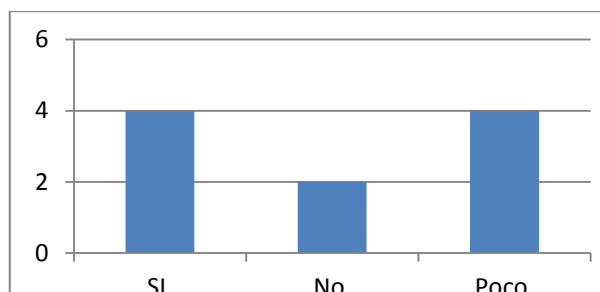


Figura 1: Conocimiento de los profesores sobre el funcionamiento del aula TGD de su centro.

En la segunda cuestión, se pretendía conocer si el profesorado poseía suficientes pautas de actuación para intervenir con los alumnos de NEE, independientemente de si estuviesen o no en un aula especial. En este aspecto, se observa que la mayoría del profesorado no tiene pautas para actuar con dicho alumnado.

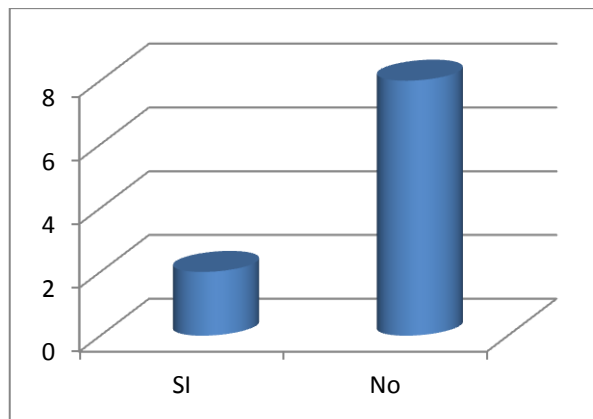


Figura 2: Pautas de intervención con los alumnos de NEE

En la tercera pregunta, se trataba de conocer si el profesorado sabía cuáles eran las características del alumnado del aula TGD de su centro correspondiente. En este ámbito la mayoría del profesorado no conocen las características de este alumnado.

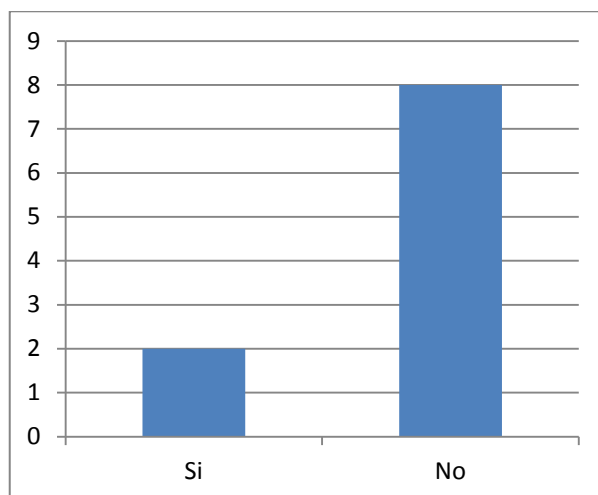


Figura 3: Conocimiento del profesorado de las características de los alumnos TGD de su centro.

En la cuarta pregunta, se pretendía conocer si el profesorado participa en la Unidad de Apoyo Educativo de su centro. En esta cuestión, se comprueba que la mayoría del profesorado no toma parte en dicha Unidad.

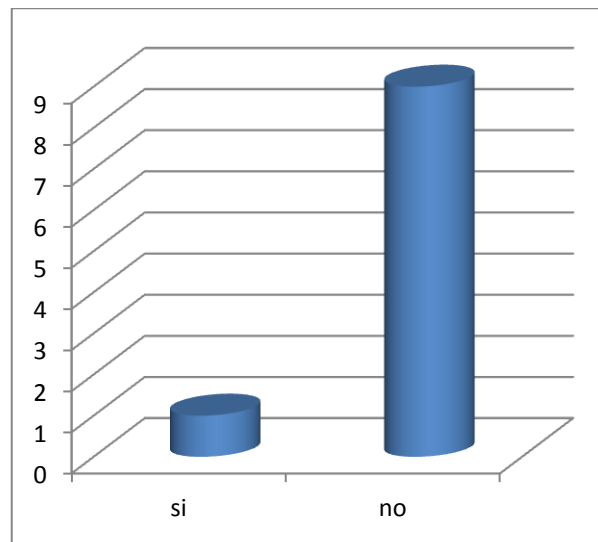


Figura 4: Participación del profesorado en la Unidad de Apoyo Educativo.

En la quinta cuestión, el objetivo era averiguar si el profesorado tenía algún tipo de pautas de actuación en el caso de que algún alumno del aula TGD tuviera algún conflicto con algún alumno de su aula. En este aspecto, la mayor parte del profesorado no sabe cómo dirigirse a los alumnos del aula TGD.

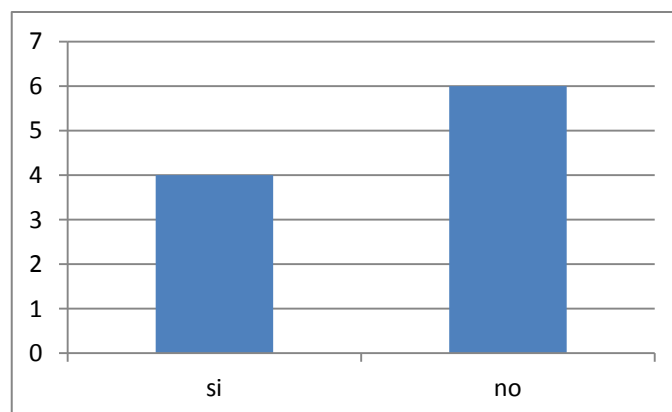


Figura 5: Conocimiento de pautas de actuación por parte del profesorado para intervenir en conflictos.

En la sexta pregunta se trataba de conocer si el profesorado era capaz de actuar con los alumnos del aula TGD si se precisa de su apoyo en alguna hora de guardia. En este tema se observa que la mayor parte del profesorado no sabría cómo intervenir.

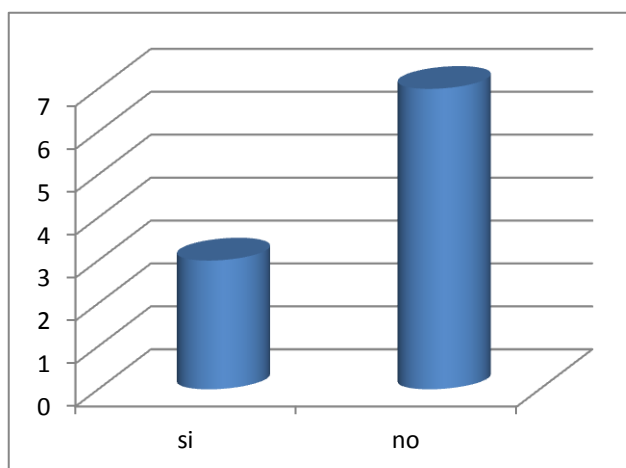


Figura 6: Conocimiento de los profesores de pautas de actuación en caso de apoyo.

En la séptima cuestión, se pretendía investigar si el profesorado recibía apoyo suficiente por parte del colegio en el caso de que se detecte alguna necesidad educativa una vez comenzado el curso. En este sentido se comprueba que todo el profesorado se muestra apoyado por su centro correspondiente.

En la octava pregunta, se pretendía conocer si el profesorado tomaba parte en la evaluación del alumno que realiza horas de integración en su clase. Se constata que el profesorado que no toma parte en este tipo de evaluaciones es porque no hay ningún niño de integración.

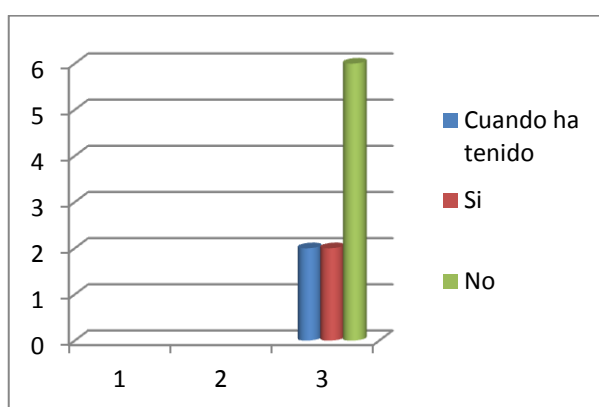


Figura 7: Conocimiento de la participación del profesorado en la evaluación de los niños del aula TGD que realizan la integración en su aula.

En la última cuestión se pretendía averiguar la opinión del profesorado sobre la ubicación del aula TGD de su centro. Se observa que la mayoría del profesorado cree que la situación del aula influye a la hora de realizar la integración de los alumnos en el centro.

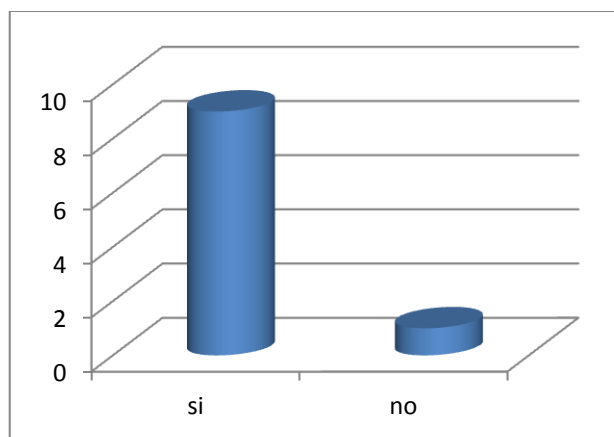


Figura 8: Opinión del profesorado sobre la ubicación del aula TGD en el centro.

4.4.3. Resultados de la entrevista a la PT

Sería preciso comentar que no ha sido posible realizar un estudio comparativo entre la forma de trabajar de las dos aulas TGD en Pamplona, puesto que, como ya se ha citado anteriormente no fue posible concertar la entrevista con la PT del colegio de Mendillori. Se procederá al análisis de las respuestas obtenidas de la entrevista a la PT de Sagrado Corazón.

Se comprueba que el método utilizado es el método Teach que aunque está más enfocado para Primaria, creyeron conveniente emplearlo debido a los resultados satisfactorios obtenidos en otras aulas. El aula está organizada siguiendo dicho método, en cuanto a estructuración y distribución. A través del empleo de señales y marcadores delimitan los espacios y los tiempos de trabajo. La profesora siente gran satisfacción trabajando en el aula, puesto que los resultados con los alumnos son muy favorables y se ha comprobado que han alcanzado grandes progresos. Piensa que las pautas de intervención de las que disponen son suficientes y efectivas, aunque suelen

asistir a cursos de formación con objeto de aprender nuevas estrategias para lograr motivar a su alumnado y potenciar su desarrollo.

Por otra parte, la PT considera suficiente y de gran ayuda, el apoyo recibido por parte del equipo de orientación. Concretamente este curso han tenido un caso muy especial, un alumno fue diagnosticado como autista al inicio de curso. Las profesoras del aula de TGD han recibido ayuda tanto de su tutora, del orientador y del equipo directivo. Debido a que en este curso disponen de la ayuda de dos alumnos de prácticas, pueden prestar apoyo a este nuevo niño; ya que las plazas del aula están cubiertas.

La PT, como varios autores citados en el apartado teórico, no es partidaria de englobar a todos los alumnos bajo un mismo trastorno ya que se tiende a establecer “etiquetas precoces” que podrían interferir en el desarrollo de los niños. Por ello, es de la opinión, que las aulas TGD son un buen recurso en cuanto a prevención y diagnósticos.

Finalmente, se confirma que se comparten pautas de actuación solamente con el profesorado que tiene niños de integración en sus aulas. Asimismo, la PT participa en las coordinaciones de ciclo, y en la preparación y organización de las fiestas, eventos, etc.

4.5. Discusión

Tras el análisis de los resultados de las diferentes encuestas, se ha observado que la mayoría de las hipótesis planteadas antes de la realización del estudio se cumplen.

Hipótesis 1: Si como se señala en el DSM V, se engloba a todos los trastornos bajo el concepto Tea, la atención será globalizada y no habrá tratamientos individualizados.

Después de la revisión de la comparación desarrollada por Wing et al. (2011) , Huerta el al. (2012) entre la clasificación del DSM- IV y DSM-V y la percepción de la propia PT de Sagrado Corazón, se deduce que si se engloba a los alumnos con TGD bajo el mismo trastorno, TEA, puede dar lugar a diagnósticos equívocos. Puesto que etiquetar a los alumnos como autistas, sin serlo es un error ya que se ha comprobado que la mayor

parte de los alumnos de estas aulas no eran autistas, simplemente sufrían trastorno severo del lenguaje y falta de normas en casa.

Hipótesis 2: Las aulas TGD se han convertido en un recurso general para acoger a los niños que no pueden/ no quieren ir a un centro de educación especial, sin un tipo de patología común.

Según la información obtenida a través de la página web del Creena (y contrastada con la respuesta de la PT) esta hipótesis no se cumpliría. Las aulas TGD, concretamente las de Educación Infantil, son un buen recurso en cuanto a detección precoz y diagnóstico. Si se escolarizase a todos los alumnos en centros de educación especial, no podría llevarse a cabo la integración de los mismos en el entorno social donde van a convivir y la mayoría de ellos suelen padecer trastornos leves que no impiden el desarrollo de las relaciones sociales con sus iguales.

Hipótesis 3: Los profesores del aula ordinaria no conocen el funcionamiento del aula TGD a no ser que tengan algún alumno de integración

Las respuestas a los cuestionarios dirigidos a los tutores de las aulas de Educación Infantil muestran que dichos profesores no conocen el funcionamiento del aula TGD a no ser que tengan un alumno de integración en su propia aula. Cuando se lleva a cabo esta integración, el tutor del aula TGD informa y da las pautas necesarias para actuar con el alumno. Existe gran desconocimiento por parte del resto de los profesores de las aulas ordinarias ello es debido a una falta de información o interés, ya que se considera que la responsabilidad recae sobre el responsable de dicha aula.

Hipótesis 4: - La mayor parte de los profesores no participan en la Unidad de apoyo educativo.

A través de las respuestas obtenidas en los cuestionarios, también se comprueba que la mayoría de los profesores no participan en la Unidad de Apoyo Educativo. Algunos no tienen conocimiento sobre la existencia de la misma en su centro correspondiente.

Al no participar en dicha Unidad, no tienen conocimiento sobre las pautas de intervención y actuación propuestas por la Unidad, a la hora de actuar con los alumnos con NEE.

Hipótesis 5: Como consecuencia del desconocimiento de dicho funcionamiento, no existen pautas de actuación si surge algún conflicto entre los niños del aula TGD y los del aula ordinaria.

Por medio del análisis de las respuestas de los cuestionarios al profesorado de aulas ordinarias se verifica el desconocimiento de pautas de actuación establecidas a la hora de a la hora de actuar con los niños del aula TGD. Si surge un conflicto con algún alumno de su clase, o en alguna ocasión deben prestar apoyo en dicha aula, consideran que la responsabilidad recae sobre el tutor o cuidador de la misma, el cual , establecerá los criterios y las pautas necesarias para intervenir en el caso que fuese necesario.

Hipótesis 6: - Existe falta de coordinación y conocimiento del aula de TGD por parte del profesorado ordinario.

Con las respuestas a esta pregunta, se deduce una falta de coordinación por parte de los profesores de Educación Infantil y los del aula TGD. Aunque realicen actividades de integración, los profesores del aula ordinaria no tienen conocimiento sobre el método de trabajo que utilizan estos alumnos, tipo de actividades realizadas u objetivos a alcanzar.

Hipótesis 7: - Habrá diferencia de percepción en función de los años de experiencia. A más experiencia más conocimiento del alumnado con NEE

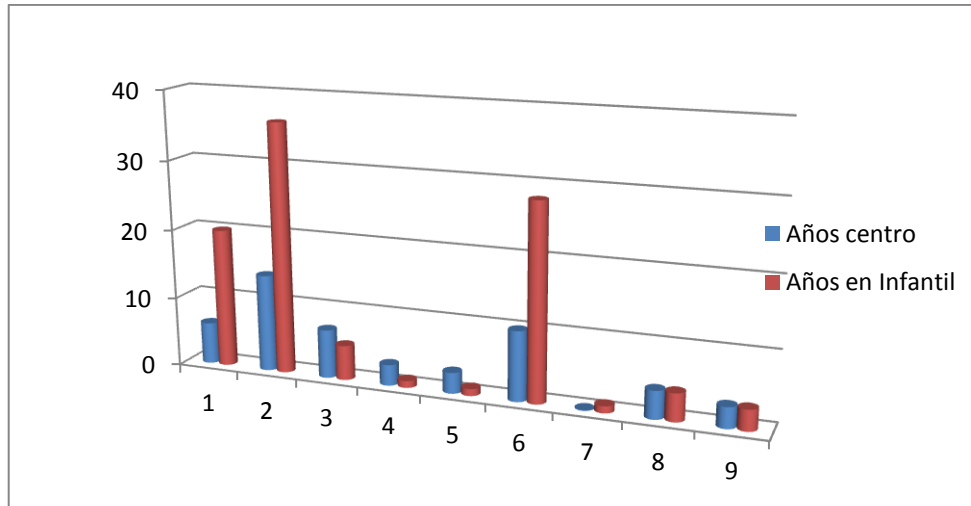


Figura 9: Proporción de los años que el profesorado lleva trabajando en su centro correspondiente y de los que lo hace en Infantil.

Como muestra el gráfico, la mayoría de los profesores entrevistados tienen varios años de experiencia como profesores de Educación Infantil. Aunque la mayor parte de los mismos no poseen pautas de actuación, el profesorado con más experiencia se siente más capacitado a la hora de intervenir. Desde su propia práctica, sentido común y observación, son capaces de deducir y realizar una mediación en caso que se precise necesaria. En cambio el profesorado con menos práctica, (que suele corresponder con el más joven) se siente inseguro a la hora de proceder con estos alumnos.

Hipótesis 8: -Los hombres y las mujeres darán una importancia diferente al tema de la información que reciben sobre alumnado NEE.

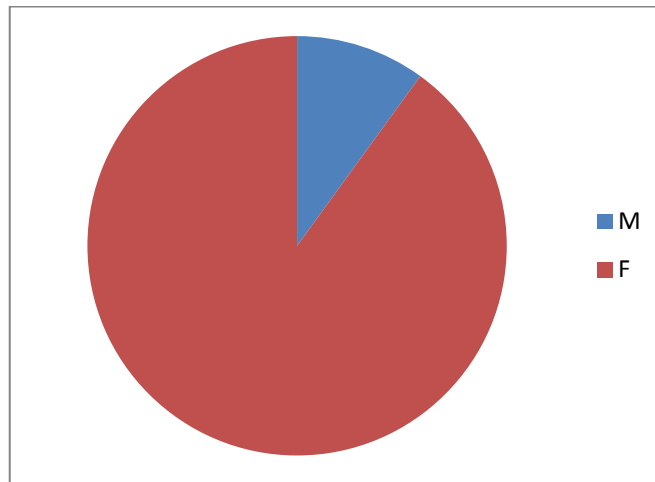


Figura 10: Proporción de hombres y mujeres cuestionados.

En cuanto a la diferencia de percepción dependiendo del sexo del profesorado, en este caso se comprueba que apenas existe. Es preciso comentar que en esta ocasión sólo se ha contado con la experiencia de una persona de sexo masculino, la cual tiene un alumno de integración en su clase ordinaria.

Hipótesis 9: -Los profesores más jóvenes tendrán menos idea de cómo trabajar con alumnado NEE.

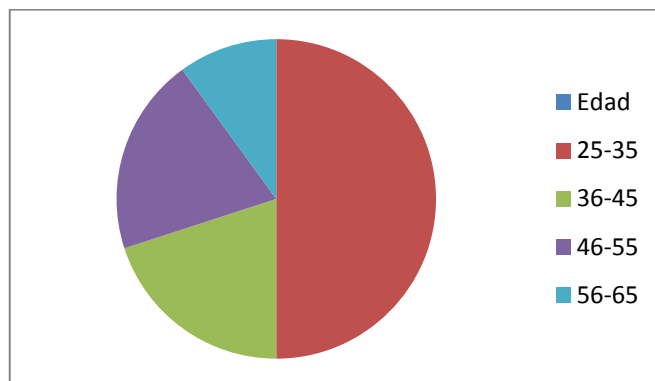


Figura 11: Edades del profesorado entrevistado.

El 50% del profesorado entrevistado es muy joven (en el caso de Sagrado Corazón es debido a que durante este curso escolar han surgido numerosas bajas que están siendo cubiertas por profesorado joven). Como ya se han comentado anteriormente, este profesorado se siente más inseguro a la hora de intervenir con este tipo de alumnado, ya que debido a su inexperiencia, no tienen la confianza suficiente en sí mismos para llevar a cabo intervenciones sin supervisión.

Por otra parte, tras el análisis de las respuestas obtenidas en la entrevista a la PT de Sagrado Corazón, se observa que el método de intervención con alumnos TGD desarrollado en el aula, es el método Teaach. Ello corresponde con las investigaciones, anteriormente comentadas (Mulas F., 2010) de los métodos utilizados en España. El método es puesto en práctica debido a los resultados favorables en otras experiencias previas. A la hora de realizar las entrevistas con las familias, la jerarquía de la toma de decisiones es acorde con lo citado en la parte teórica: tutor-orientador- Creena. También sería preciso comentar que las respuestas en cuanto a pautas de actuación dadas tanto por profesores del aula ordinaria como la propia PT, coinciden. Es decir, la PT comunica las pautas y forma de trabajar a los tutores de las aulas donde sus alumnos realizan la inclusión. Finalmente, la PT considera, como la mayoría de los profesores ordinarios, que la ubicación del aula en ocasiones puede influir a la hora de llevar a cabo a cabo la interacción con el resto de los alumnos del centro, debido a que se encuentra separada de las demás aulas de Infantil.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

Tras la revisión teórica y el estudio empírico realizado en las aulas de TGD de Infantil en Pamplona, se constata que esta modalidad de atención educativa resulta interesante para un alumnado variado, con grandes necesidades de apoyo.

Por medio de la consulta de la página oficial del Creena y con la colaboración de la PT del Colegio Sagrado Corazón, se ha podido averiguar cuál es la metodología de trabajo en las aulas TGD. Se utiliza el método Teach y el profesorado se muestra satisfecho con él. El aula está organizada y estructurada según dicho método, aunque también se realizan otro tipo de actividades y propuestas de acuerdo con el proyecto educativo del colegio y el carácter propio.

Sin embargo, en el conocimiento que otros profesores tienen del funcionamiento del aula, tras el análisis de las encuestas proporcionadas por los docentes de las aulas ordinarias se ha comprobado un desconocimiento masivo acerca de éstas por parte de los mismos. Al respecto, me surgen dos cuestiones:

- ¿Quiénes son los responsables de proporcionar esta información?

Considero que los responsables de comunicar la existencia y el funcionamiento de dichas aulas, son tanto el equipo directivo como la persona responsable del aula (bajo supervisión del equipo directivo). El aula está integrada dentro de un centro ordinario con el fin de participar en la comunidad educativa del mismo. El centro por su parte debería de informar al resto de las familias, y especialmente al claustro, de las características de esta aula, con el fin de facilitar y promover el desarrollo integral de los niños del aula TGD. Pienso que el profesorado estaría encantado de poder ayudar a la hora de propiciar la integración de estos niños.

- Las aulas de TGD están ubicadas dentro de los centros ordinarios, ¿pero toman parte en los mismos?

Conocer de manera directa la opinión de la PT me ha permitido ampliar la visión sobre el funcionamiento del aula, y sobre los criterios por los que se toman decisiones en cuanto a la ubicación, métodos o ritmos de trabajo. Aunque pueda pensarse que la ubicación del aula interfería en la integración de los niños en el centro (debido a que

el aula se encuentra separada del resto de las aulas de Educación Infantil) como lo hacen el resto de los docentes de dicho colegio, la PT abogó que eligieron esta ubicación con el objetivo de facilitar el completo bienestar de los niños, ya que al estar aislados del resto, sin ruidos ni perturbaciones exteriores, se les proporciona un ambiente de orden y tranquilidad, algo esencial para niños con estas características.

A través de la metodología llevada a cabo en la investigación, y el análisis de las propuestas de diferentes autores, se constata que en la actualidad en España el método más utilizado es el método Teeach, una intervención de tipo combinada entre los programas de conducta y de relación social.

La mayoría del profesorado desconoce pautas de intervención y actuación para desarrollar con los alumnos del aula TGD. El profesorado suele confiar en el apoyo y respaldo de la persona responsable de estos niños, por lo que no toman parte directa en estas intervenciones ni consideran que tienen que hacerlo. Por otra parte, se observa que la PT es la única persona que interviene en la Unidad de Apoyo Educativo de su centro.

Se comprueba que la mayoría de los objetivos planteados en el trabajo se han alcanzado aunque personalmente se me plantean una serie de cuestiones e interrogantes.

- ¿Qué sucederá si finalmente entra en vigor la nueva Ley de Educación , LOMCE?

Esta ley aboga por brindar mayor importancia a la detección precoz de las NEE por lo que si esta ley entrase en vigor este tipo de alumnado podría salir beneficiado. Como ya hemos comentado a lo largo del trabajo, un diagnóstico precoz es de vital importancia en el caso de que haya que llevar a cabo una intervención. La Educación Infantil es una etapa clave y crucial en estos casos, ya que en ella los niños se van desarrollando como personas, establecen sus primeros vínculos afectivos (más allá de sus padres, familiares...)por tanto, se pueden observar tanto las carencias como los comportamientos inadaptados. Ante cualquier indicio o duda sobre algún comportamiento debe consultarse al orientador del centro para tomar las medidas oportunas.

- ¿Ha sido un error englobar todos los trastornos anteriormente conocidos como TGD, bajo el concepto TEA?

Según el DSM-V ya no se hablará de personas con síndrome de Asperger, Rett, etc. todo este tipo de alumnado se englobará bajo un mismo concepto TEA (Trastorno del espectro autista). Desde mi punto de vista, (que concuerda con el de la PT entrevistada) esta decisión ha podido ser un error. Incluir a todos los alumnos bajo un mismo diagnóstico puede dar lugar a malos entendidos. En ocasiones (como en el caso de la PT entrevistada) se ha comprobado que los niños no son autistas, simplemente sufrían un trastorno severo del lenguaje y una carencia de hábitos y normas en casa. Si se desarrollan pautas de intervención para niños autistas sin serlo, los niños pueden padecer carencias a la hora de solventar sus necesidades.

- ¿Disponemos de suficiente información sobre el TEA?

Tras las numerosas investigaciones y propuestas realizadas a lo largo de los últimos años considero que no se cuenta con la información suficiente para “tratar” dicho trastorno. Tan solo se ha llegado al acuerdo, de que, las personas que padecen este trastorno presentan serios problemas a la hora de relacionarse, en la edad que suele aparecer el trastorno etc. pero no se ha comprobado si realmente existe una causa genética que lo provoca o si puede prevenirse su aparición y posterior desarrollo, a través de tratamientos farmacológicos.

Finalmente la realización de este trabajo me ha permitido conocer las características y necesidades del alumnado con trastorno del espectro autista, una información que hasta el momento desconocía. Personalmente creo que el profesorado debería de estar más informado sobre el tema ya que, por ejemplo, la etapa de Infantil es muy importante a la hora de establecer diagnósticos debido a que en estas edades las relaciones con el otro son cruciales, y estos niños presentan dificultades en las mismas. Las aulas TGD y el conocimiento de las características del alumnado escolarizado en las mismas tendrían que ser de dominio por parte del resto del claustro. Ello facilitaría tanto la comunicación con este alumnado, como la integración y la socialización del mismo en la vida escolar del centro con el resto de los alumnos. Los alumnos del aula TGD se encuentran escolarizados dentro de un centro ordinario, aunque comparten espacios y actividades con el resto de los niños de Educación Infantil, considero que

no es suficiente. Los niños de las aulas de Infantil, a no ser que el alumno realice la integración en su clase, no conocen a estos niños y les resultan extraños. Cuando comparten recreos o eventos con ellos, no interiorizan que estos niños son sus compañeros, que forman parte del colegio ya que, no juegan como ellos y cuando sucede algún conflicto no son capaces de comprender que estos niños hayan realizado una conducta inadecuada que a ellos no se les permite llevar a cabo.

Como conclusión final, se constata que en las últimas décadas se han ido elaborando diagnósticos e intervenciones más precisas a la hora de intervenir con el alumnado autista aunque todavía queda mucho camino por recorrer. Porque un niño presente problemas para relacionarse con sus iguales, prefiera estar solo o ejecute conductas inadecuadas no hay que tender a englobarlo bajo el concepto de autismo. Últimamente se ha procurado a ello, y como ya hemos comentado anteriormente, hay que tener mucho cuidado a la hora de desarrollar un diagnóstico, ya que esa “etiqueta” puede limitar el desarrollo integral del niño.

REFERENCIAS

- APA (1968). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 2th Edition*. American Psychiatric Association.
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 3rd Edition*. American Psychiatric Association.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 4th Edition*, American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 5th Edition*. American Psychiatric Association.
- Baron Cohen et al. (1992). Can autism be detected at 18 months? , the needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*.161, pp. 839-843.
- Casanova M. (2011). Educación Inclusiva: todos iguales, todos diferentes. *Participación Educativa*.Nº18.
- Crowley D.M. (2009).Autism Spectrum Disorders (ASD) diagnosis, therapies and their perceived effectiveness- extract from a report of a parent survey. *Acnem Journal*. Vol.28 Nº3.
- Cuxart F. (2000). *Del libro: El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos* .Málaga: Aljibe.
- De Santics S. (1906). Sopra alcune varietà de la demenza precose.*Revista Sperimentale di Foniatria e Medicina Legale*.32, 141-165.
- Giner de Los Ríos F. (2014). *Actualización del texto de la LOE (y de LODE, LOU y LOFCA) con las modificaciones de la LOMCE.FAPA*.
- Huerta M.; Bishop S.L.; Duncan A.; Hus V.; Lord C. (2012). Application of DSM-5 criteria for Autism Spectrum disorder to three Samples of children with DSM-IV diagnoses of Pervasive Developmental Disorders.*AM J Psychiatry*; 169:1056-1064.
- IACAPAP (Asociación Internacional de Psiquiatría del niño y del adolescente y Profesionales Asociados). (1998). *Declaración de Venecia sobre autismo y trastornos generalizados del Desarrollo* .Ginebra. [Disponible en (30/05/2014): <http://www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.idc?=-venecia>]
- Kanner L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*.

Koegel R.L.; Dyer K.; Bell L.K. (1987). The influence of child preferred activities on autistic Children's social behavior. *J Appl Behav Annal*.

Koegel R.L.; Koegel L.K.; Carter C.M. (1999). Pivotal teaching interactions for children with autism. *School Psychology Review*.

Lord C.; Rutter M.; Goode S.; Heemsbergen J.; Jordan H.; Mawhood L.; Schopler E. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *J Autism Dev Disord*, 19(2):185-212

Mulas F.; 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 (Supl 3)

Ozonoff S.; Cathcar K. (1998). Effectiveness of home program intervention for young children with autism. *J Autism Dev Disord*; 28:25-32

Premarck D.; Woodruff G. (1978). *Behavioral and brain sciences*. Cambridge University Press; 12:92-98.

Regier D.A.; Kuhl E.A.; Kupfer D.J. (2013). *The DSM-5: Classification and criteria changes*. World Psychiatry.

Rivière A.; Martos J. (1997). (I.D.E.A.). *Inventario del espectro autista. Incluido en: "El tratamiento del Autismo .Nuevas expectativas*. Madrid: INSERSO.

Robins D.L.; Fein D.; Barton M.L.; Green J.A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 31 (2):131-144.

Rutter M. (1978). *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. In: Rutter & Schopler (Eds.). New York Plenum.

Sainz Martinez A. (2006). *Las necesidades educativas especiales en el segundo ciclo de Educación Infantil*. Departamento de Educación Universidades e Investigación.

Schopler E.; Campbell M.; Cueva J.E.; Hallin A. (1996). Treatment of autistic disorder. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*. Elsevier.

Schreibman L.; Koegel R.L.; Mills JI.; Burke J.C. (1981). *Behavior therapy*. Elsevier.

Scott M.; Myers and Jhonson C. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*.

Stainback S.; Stainback W. (1999). *Aulas Inclusivas: un nuevo modo de enfocar y vivir el currículo*. Madrid: Narcea.

UCS San Diego. (2009). *Autism Intervention Research Program*. University of California. [Disponible en (30/05/2014): <http://www.autismlab.ucsd.edu>]

Verdugo M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Rev.Siglo Cero*. Vol. 34(1), núm. 205, pp. 5-16.

Volkmar F.R.; Stone W.L.; Teplin S.; Tuchman R.F. (1999). The screening of autistic spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. Vol, 29, N°6.

Wing L. (1988). *Diagnosis and assessment in autism*. Springer.

Wing L.; Gould J. (1979). *Journal of autism and developmental disorders*. Springer.

Wing L.; Gould J.; Gillberg. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities* 32.

Warnock M. (1978). *Informe Warnock*. [Disponible en (30/05/2014): http://www.ugr.es/vava-psi/INFORME_WARNOCK-htm]

Legislación

Ley Enseñanza Primaria.17 Julio 1945.BOE N°199. Páginas.385-416.

Ley 14/1970, 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. BOE N°187.Páginas 12525-12546.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. BOE N°13.Páginas 11106-11112.

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE N°238.Páginas 28927-28942.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo, de Educación. BOE N°106.Páginas: 17158-17207.

Orden Foral 93/2008, de 13 de Junio.BON N°93 de 30 de Julio 2008.Páginas:8706-8717.

Orden Foral 47/2009, de 2 de Abril.BON N°52 de 1 de Mayo de 2009.Páginas:5223-5225

Orden Foral 216/2007, de 18 de Diciembre.BON N°10 de 23 de Enero de 2008.Páginas:747-750

ANEXOS

ANEXO I Modelo de entrevista para el Creena

ANEXOII Modelo de cuestionario para profesores

ANEXO III Modelo de entrevista para la PT

ANEXO IV Transcripción de la entrevista para la PT de Sagrado Corazón

ANEXO I: Modelo de entrevista para el Creena

ANEXO I: Entrevista para el CREENA

1. ¿Por qué motivo las aulas TGD se encuentran en Sagrado Corazón Mendillorri?
2. ¿Por qué motivo dichos colegios no acogen aula de Primaria?
3. ¿Qué criterios se siguen para derivar a los niños a un aula de TGD o a un centro específico?
4. ¿Qué características tienen los niños que son derivados a dichas aulas?
5. Proceso de toma de decisiones (diagnóstico, seguimiento....)
6. Coordinación (frecuencia de reuniones, quiénes están presentes, quién toma las decisiones...)
7. ¿Cómo se trabaja con los padres esta decisión?
8. ¿Qué sucede si se propone esta modalidad de escolarización y los padres no están de acuerdo?
9. ¿Cómo funcionan las aulas TGD en Navarra?

ANEXO II: Modelo de cuestionario para profesores

ANEXO II: Modelo de cuestionario para profesores

Datos:

Año Nacimiento

Nº de años ejercicio profesional en infantil

Hombre / Mujer

Nº de años en este centro

1. ¿Conoces el funcionamiento del aula de TGD del colegio? ¿Por qué? ¿De quién crees que es esta responsabilidad?
2. ¿Tenéis suficientes pautas para actuar con los alumnos que tienen NEE estén o no en un aula especial?
3. ¿Conoces las características del alumnado del aula de TGD del colegio?
4. ¿Participas en la Unidad de Apoyo Educativo?
5. Si algún alumno del aula TGD tiene algún conflicto con un alumno de tu clase, ¿sabes qué pautas de actuación llevar a cabo? (como dirigirte, hablarles....)
6. Si en alguna hora de guardia, debes apoyar en el aula TGD, ¿sabes cómo actuar con dichos alumnos?
7. Si se detecta una necesidad educativa ya comenzada el curso, ¿recibes apoyo por parte del colegio?
8. ¿Tomas parte en la evaluación del niño que realiza horas de integración en tu clase?
9. ¿Influye la ubicación del aula de TGD para favorecer/dificultar la interacción con el resto de sus compañeros de infantil?

ANEXO III: Modelo de entrevista para la PT

Anexo III: Entrevista para la PT

Datos:

Año Nacimiento:

Nº de años ejercicio profesional en infantil:

Hombre / Mujer:

Nº de años en este centro:

1. En el aula, ¿utilizáis el método Teacch?
2. Dicho método está más enfocado a Primaria, ¿por qué os basáis en el mismo?
3. ¿Qué propuestas del método Teacch lleváis a cabo en el aula?
4. ¿Cuántos años de experiencia llevas en el aula?
5. Valoración personal de dicha experiencia: (qué te ha aportado, dificultades a las que has tenido que hacer frente)
6. A la hora de realizar las entrevistas con las familias, ¿qué personas están presentes en la reunión?
7. ¿Participas en la Unidad de Apoyo educativo?
8. Si se detecta una necesidad educativa una vez comenzado el curso, ¿cómo se gestiona? ¿recibís apoyo del resto del claustro?
9. ¿Estás de acuerdo con que el DSM-V englobe a todos los trastornos bajo el concepto TEA?
10. ¿Crees que las aulas TGD se han convertido en un recurso general para todos los alumnos que no pueden/quieren ir a un centro de educación especial?
11. ¿Cuál es tu participación con los demás profesores de las aulas ordinarias? ¿compartís pautas de actuación con los niños del aula TGD? ¿de quién crees que es esta responsabilidad?
12. ¿Tenéis suficientes pautas para actuar con los alumnos que tienen NEE estén o no en un aula especial?
13. ¿Influye la ubicación del aula de TGD para favorecer/dificultar la interacción con el resto de sus compañeros de infantil?

ANEXO IV: Transcripción de la entrevista para la PT

ANEXO IV: Transcripción de la Entrevista para la PT

Datos:

- Año Nacimiento: 1979

Nº de años ejercicio profesional en infantil: 10

Mujer

Nº de años en este centro: 10

1. En el aula, ¿utilizáis el método Teacch?

En el aula utilizamos el método Teacch aunque no todo está basado en el mismo. El aula, por ejemplo, está señalizada y delimitada por líneas en el suelo de distintos colores que especifican los distintos rincones que hay en la misma, (principios del método Teacch) ya que a los niños esta estructura les ayuda a conocer qué deben hacer en cada en cada momento y en cada lugar o espacio de trabajo.

2. Dicho método está más enfocado a Primaria, ¿por qué os basáis en el mismo?

Utilizamos este método basándonos en la experiencia que tenían en otras aulas, ya que comprobaron que esta metodología resultaba adecuada para los niños con TGD.

3. ¿Qué propuestas del método Teacch lleváis a cabo en el aula?

Las propuestas que llevamos a cabo en el aula son básicamente como he dicho antes, la estructuración del espacio .Dentro del aula todo el espacio está señalizado, además de en el suelo, a la hora de realizar actividades en mesa son trabajos en bandejas individuales en el que se trabajan distintos conceptos como colores números formas, correspondencia, orden y cada niño sabe cuándo comienza la actividad y cuando termina. Utilizamos este método pero no es el único método que llevamos a cabo dentro del colegio ya que también intentamos que sea acorde con la metodología utilizada por el centro a la hora de trabajar lengua, matemáticas...

4. ¿Cuántos años de experiencia llevas en el aula?

Este es mi sexto año en el aula, llevo en ella desde que el aula se inició en el colegio. Desde el Gobierno de Navarra y desde el Creena, se nos propuso formar el aula. La iniciamos siendo ésta el aula de plástica.

5. Valoración personal de dicha experiencia: (qué te ha aportado, dificultades a las que has tenido que hacer frente).

La valoración personal, en general, es muy positiva aunque he tenido bastantes dificultades sobre todo al principio. Los primeros años fueron duros, costaba hacer una programación adecuada para cada niño y atender a cuestiones organizativas y dificultades de personal, no obstante se siente gran satisfacción al comprobar cómo los alumnos que van pasando por ese aula van consiguiendo objetivos, haciendo progresos.

6. A la hora de realizar las entrevistas con las familias, ¿qué personas están presentes en la reunión?

En la reunión familiar normalmente suelo estar yo sola como tutora, sin embargo, hay reuniones que presentan mayor dificultad o se deben tomar decisiones importantes y acude el orientador o psicólogo del centro.

7. ¿Participas en la Unidad de Apoyo educativo?

Participó en el equipo de coordinación y orientación del centro.

8. Si se detecta una necesidad educativa una vez comenzado el curso, ¿cómo se gestiona? ¿Recibís apoyo del resto del claustro?

Este año se ha detectado un niño con TGD en un aula de Infantil. Nos solicitaron el subirlo durante este curso las horas que se pudiesen, para proporcionarle la atención necesaria. Contamos con el apoyo tanto de su tutora, de dirección, como del orientador para poder solicitar todas las necesidades puntuales que surjan. También nos sentimos bastante respaldadas con el resto del claustro y especialmente con Infantil, ya que cuentan con nosotros para actividades y eventos.

9. ¿Estás de acuerdo con que el DSM-V englobe a todos los trastornos bajo el concepto TEA?

No estoy de acuerdo en que se cambie de Trastorno general del desarrollo a Trastorno espectro autista. En educación infantil es difícil el diagnosticar a niños tan pequeños como autistas. En ocasiones hemos comprobado que niños etiquetados como autistas, tan solo presentaban un trastorno severo del lenguaje. Creo que es importante el realizar un buen diagnóstico, aunque un diagnóstico precoz en ocasiones puede dar lugar a equívocos y etiquetas incorrectas.

10. ¿Crees que las aulas TGD se han convertido en un recurso general para todos los alumnos que no pueden/quieren ir a un centro de educación especial?

En el caso de nuestra aula de Educación Infantil creo que es un buen recurso, ya que es importante para observar el desarrollo y la evolución de los niños. Hay alumnos que han sido derivados a un centro de educación especial, a aulas TGD de primaria e incluso a aulas ordinarias. En Primaria no sé cómo funciona pero creo que en Educación Infantil un aula TGD es conveniente para ver la evolución de los niños.

11. ¿Cuál es tu participación con los demás profesores de las aulas ordinarias? ¿Compartís pautas de actuación con los niños del aula TGD? ¿De quién crees que es esta responsabilidad?

Con el resto de profesores de las aulas ordinarias compartimos los tiempos de coordinación de ciclo. Normalmente aquellos tutores que tienen niños que realizan la inclusión en sus aulas se les comenta cómo actuar con los alumnos de mi aula. Siempre hay un responsable del aula con los niños de trastorno general del desarrollo.

12. ¿Tenéis suficientes pautas para actuar con los alumnos que tienen NEE estén o no en un aula especial?

En general tenemos bastantes recursos y pautas para trabajar con los alumnos, no obstante no todas estas pautas funcionan con todos por igual. En ocasiones hay que buscar qué estrategias funcionan con unos y cuáles no. Procuramos reciclarnos mediante cursos, para conseguir más herramientas.

13. ¿Influye la ubicación del aula de TGD para favorecer/dificultar la interacción con el resto de sus compañeros de infantil?

En ocasiones dificulta un poco la inclusión con el resto de los niños de infantil, pero cuando decidimos el espacio del aula, lo consideramos positivo, ya que el alejarnos del ruido y alteraciones favorece el bienestar de los niños.

