



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**" Protocolo de Detección Temprana de
señales de riesgo de TEA en Educación Infantil
de 0 a 3 años "**

Presentado por: Natividad Navarro Bigorra

Tutor/a: Dra. Maite Montagut Asunción

Valencia, a 31 de Mayo de 2023

Agradecimientos

A mi tutora Maite, porque siempre ha creído en mi proyecto y me ha apoyado y animado a llevarlo a cabo, Gracias por tu dedicación.

A mi marido Quique y mis hijos Pablo, Claudia y Vicent, por los ánimos que me habéis dado durante estos 4 años, por el tiempo que no os he podido dedicar a fondo y me habéis cedido en este reto, habéis sido un pilar fundamental en este sueño, gracias por estar siempre ahí.

A mi padre, que ya no está entre nosotros, y a mi madre, gracias infinitas por tu apoyo, los dos me habéis inculcado el valor del esfuerzo y del logro, es fruto de vuestro trabajo y amor como padres, siempre me habéis apoyado y orientado en mis decisiones, gracias por vuestro amor incondicional.

A mi fiel amigo Teo, que partió hace 10 meses, me has acompañado durante 3 largos años de carrera, has estado en los buenos y malos momentos, ahí, siempre a mis pies!!, has sido una pieza esencial de amor incondicional.

A mi compañera y amiga, Aroa, sin tí esto no hubiera sido igual, eres una persona fascinante, entusiasta, me has trasmitido muchos conocimientos, pero sobre todo, mucho mucho cariño y pasión por este trabajo, tu apoyo ha sido una pieza fundamental en este proyecto, te quiero amiga.

A todas las personas que he conocido en este camino y han dejado huella en mi corazón, compañeros y profesores, gracias por vuestro apoyo y amistad.

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una afección del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de dificultades en la comunicación verbal y no verbal, la interacción social y la inflexibilidad al mostrar patrones atípicos en el comportamiento, intereses y actividades. La detección temprana o los primeros signos de alarma son fundamentales para establecer intervenciones adecuadas y mejorar la calidad de vida y el pronóstico de estas personas y sus familias, por ello, y ante la escasez de formación y conocimiento en TEA del personal docente de educación de 0 a 3 años, es necesario establecer un programa de formación dentro de las escuelas infantiles que les permita utilizar recursos para la detección precoz y reconocer las señales de alarma que puedan indicar un posible TEA para, de este modo, poder derivar tempranamente al alumnado a los/as profesionales competentes e iniciar las intervenciones necesarias. El programa que se presenta a continuación tiene dos objetivos fundamentales, uno principal y otro secundario, el primer objetivo es diseñar un protocolo de detección temprana del TEA en Centros de Educación Infantil, derivación y primeras intervenciones para activar los protocolos de atención temprana, el segundo objetivo es dotar de herramientas de detección y formación sobre TEA a los profesionales de la educación infantil para que puedan reconocer las señales de alerta a través de la observación del alumnado para poner en marcha el protocolo establecido. El programa de formación está diseñado para llevarse a cabo durante el tercer trimestre del curso escolar, y la implantación del protocolo en el primer trimestre del siguiente curso, activándose y desarrollándose durante todo el curso o ciclo que permanezca el alumno/a en el centro.

Palabras clave

Trastorno Espectro Autista, Docentes Educación Infantil, Educación Infantil, Herramientas para la detección de signos TEA, Indicadores riesgo TEA, Metodologías específicas.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition that is characterized by the presence of difficulties in verbal and non-verbal communication, social interaction and inflexibility when showing atypical patterns in behavior, interests and activities. Early detection or the first warning signs are essential to establish adequate interventions and improve the quality of life and prognosis of these people with autism and their families, for this reason, and given the lack of training and knowledge in ASD of the teaching profile of early childhood education from 0 to 3 years, it is necessary to establish a training program within nursery schools that allows them to use resources for early detection and recognize the alarm signals that may indicate a possible ASD in order to be able to refer the students to the competent professionals early and initiate the necessary interventions. The program presented below has two fundamental objectives, one main and one secondary goal. The first objective is to design a protocol for early detection of ASD in Early Childhood Education Centers, referral and first interventions to activate early attention protocols, the second objective is to provide early childhood education professionals with detection and training tools on ASD so that they can recognize the warning signs through the observation of the students in order to implement the established protocol. The training program is designed to be carried out during the third quarter of the school year, and the implementation of the protocol in the first quarter of the following year, being activated and developed during the entire course or cycle that the student remains in the center.

Key words

Autism Spectrum Disorder, Early Childhood Education Teachers, Early Childhood Education, Early Attention, ASD Early Detection Tools.

Índice

Introducción.....	12
Etiología del TEA.....	14
Prevalencia del TEA.....	14
Características del alumnado con TEA	15
Evolución de las primeras manifestaciones del TEA hasta su diagnóstico.....	17
Perfil docente de Educación Infantil	19
Etapas de Educación Infantil.....	19
Herramientas para la detección temprana de TEA	20
Inventario de Desarrollo Batelle (BDI)	20
Escala de Desarrollo Haizea Llevant.....	21
M-CHAT-R/F	21
Prácticas psicoeducativas para trabajar con alumnado con TEA	22
Proyecto PEANA.....	22
Método TEACCH.....	22
Método PECS	23
Justificación.....	23
Objetivos.....	24
Metodología.....	25
Ámbito de aplicación.....	25
Objetivos del protocolo de detección precoz.....	25

Objetivos del programa de formación al personal docente en indicadores y sospecha de TEA	25
Población diana a la que se aplica el programa	26
Fases de elaboración del programa	27
Descripción del programa	28
Descripción del protocolo de detección precoz	28
Descripción del programa de formación del personal docente	31
Calendario de actividades	36
Delimitación de recursos	37
Análisis de viabilidad	37
Evaluación: instrumentos de evaluación continua y final	38
Conclusiones	38
Referencias	40
Anexo	46

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Dimensiones alteradas en el TEA</i>	16
Tabla 2 <i>Evolución de las primeras manifestaciones de TEA hasta su diagnóstico por periodos cronológicos</i>	17
Tabla 3 <i>Protocolo detección temprana del TEA</i>	29



Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 <i>Esquema protocolo de detección temprana</i>	29
Ilustración 2 <i>Cronograma del programa</i>	37



Introducción

La palabra autismo es un neologismo procedente del prefijo griego “autos”, que significa uno mismo, y el sufijo “ismos” que denota cierto tipo de tendencia, lo que significa “internarse en uno mismo” (Alcalá et al., 2022). Este constructo aparece por primera vez en la monografía *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* redactada por Eugen Bleuler (1857–1939) para el *Tratado de Psiquiatría* dirigido por Gustav Aschaffenburg (1866–1944) y publicado en Viena en 1911 (Garabé de Lara, 2012).

Leo Kanner (1943) describió el constructo del autismo publicado en el artículo fundacional del autismo actual: *"Autistic disturbances of affective contact"*. Kanner propuso como criterios para determinar el autismo las siguientes señales representativas: el aislamiento social, el deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación profunda por ciertos objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa, así como una privación de la comunicación (Artigas-Pallares & Paula, 2012). De los citados aspectos, en 1951 Kanner destacaba como característica nuclear: la obsesión por mantener la identidad, expresada por el deseo de vivir en un mundo estático, donde los cambios no son aceptados. Para Kanner, el cuadro clínico del autismo, tal y como él lo había descrito, era tan claramente identificativo que se podía distinguir de una esquizofrenia y otros trastornos mentales, dando a entender según su aportación, que el autismo es un trastorno del neurodesarrollo (Artigas-Pallares & Paula, 2012).

Hans Asperger (1944) publicó observaciones semejantes a las de Kanner y utilizó también el término autismo (psicopatía autista), pero debido a que los escritos estaban en alemán, restringió considerablemente su difusión. Asperger identificaba a sus pacientes por un patrón de conducta que se caracterizaba por: falta de empatía, falta de ingenuidad, falta de habilidades sociales, lenguaje repetitivo, escasez de lenguaje no verbal, atención excesiva por ciertos temas, poca habilidad motora y escasa coordinación. Los aspectos más destacados de la aportación de Asperger son la excesiva precisión de sus publicaciones y la comprensión hacia los niños diagnosticados con esta patología (Artigas-Pallares & Paula, 2012).

Lorna Wing (1964-1990) identificó la llamada “Tríada de Wing”, en la que destacaba los aspectos afectados en las personas TEA: comunicación social, interacción social y flexibilidad cognitiva (Stadler, 2020) (Anexo 1).

A partir de 1981 se dio un importante giro de la mano de Wing, quien tradujo las observaciones realizadas por Hans Asperger del alemán al inglés, dando lugar al punto de partida tanto en la denominación como en la divulgación del Síndrome (Artigas-Pallares &

Paula, 2012). Wing usó el término “síndrome de Asperger” por primera vez para describir a un subgrupo de pacientes dentro del continuo autista en la revista *Psychological Medicine*. El artículo se denominó «Síndrome de Asperger: un informe clínico» (*Las teorías de Lorna Wing sobre el continuo autista.*, s. f.).

Con el objetivo de homogeneizar los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos, se ejecutaron los manuales diagnósticos, el *International Classification of Diseases* (ICD) y la *American Psychiatric Association and Statistics Manual of Mental Disorders* (DSM) (Artigas-Pallares & Paula, 2012).

La primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-I (1952) presentó el término autismo como una reacción esquizofrénica infantil. El DSM-II (1968) tampoco contempló el autismo como un diagnóstico específico, siguiendo con el término caracterizado como una característica de la esquizofrenia infantil. El DSM-III (1980) incorporó el autismo como una entidad única, denominada Autismo Infantil, que fue relevado en el DSM-III-R (1987) por el término Trastorno Autista, con ello, el autismo quedaba incluido a la condición de Trastorno (Artigas-Pallares & Paula, 2012), (Alcalá et al., 2022). En los años posteriores aparecen el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000), que aunque no presentaron modificaciones importantes entre ambos, representaron un gran cambio en el que se incorporaron cinco categorías de autismo: Trastorno Autista, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Síndrome Desintegrativo Infantil o síndrome de Heller y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado (Alcalá et al., 2022). El DSM-V (2013), incorpora la palabra Espectro, sustituyendo el término autista por Trastorno del Espectro Autista, eliminando cuatro categorías del manual diagnóstico anterior DSM-IV-TR, de esta manera se destaca la gran diversidad de síntomas, la gravedad de las áreas afectadas y la dificultad de establecer un análisis diferencial entre los subgrupos. (Artigas-Pallares & Paula, 2012). El DSM-V agrupa los criterios de trastorno cualitativo de la comunicación en un solo criterio determinado por un déficit persistente en la comunicación social y la interacción social, así como patrones de conducta y actividades e intereses restrictivos y repetitivos (Anexo 2). El DSM-V TR (APA, 2022), última versión del Manual Diagnóstico, ofrece escasas diferencias respecto a los criterios establecidos en el DSM-V. Los indicios de TEA están presentes desde la primera infancia y son disfuncionales en las personas TEA, la etapa en la que se muestra el déficit varía en función del desarrollo madurativo de los/as niños/as. La actual clasificación del DSM-V TR (APA, 2022) se basa en una conceptualización con perspectiva dimensional, con diferentes grados de severidad: grado 3 “necesita ayuda muy notable”, grado 2 “necesita ayuda notable” y grado 1 “necesita ayuda,

por lo tanto, la variabilidad del trastorno queda reflejada a través de los especificadores y modificadores que acompañan al diagnóstico (Hodges et al., 2020).

Los especificadores refieren a si el trastorno está asociado o no a una afección médica o genética, a un factor ambiental u a otro trastorno del neurodesarrollo. Los modificadores detallan la mayor o menor gravedad del cuadro clínico, es decir si el niño presenta o no: déficit intelectual, deterioro del lenguaje y comorbilidad con otros trastornos (Zúñiga et al., s. f.).

Etiología del TEA

La etiología del TEA sigue siendo desconocida, se evidencia que el TEA podría ser consecuencia de una variedad de factores ambientales y genéticos (Hodges et al., 2020) e incluso inmunológicos, que actúan en los procesos clave del desarrollo (Alcalá et al., 2022).

Estudios epidemiológicos han identificado fármacos, toxinas, y otras sustancias que puede aumentar el riesgo de este trastorno clínico, en particular en el periodo prenatal. Se trabaja con la hipótesis de que el sistema inmune y el eje cerebro-intestino-microbioma ejerce un importante papel (Alcalá et al., 2022). Los primeros supuestos se centran en anomalías en el giro frontal inferior y el cíngulo, corteza orbitofrontal y la amígdala. Entre la amplitud de causas propuestas, se plantea la presencia de alteración en la conectividad tanto a nivel funcional como estructural (Alcalá et al., 2022).

El TEA es una condición genética, hasta el momento no se ha identificado un único gen que pueda estar vinculado con el autismo, sino que es el resultado de múltiples mutaciones en interacción con el ambiente. Se considera que más de cien posibles genes distintos pueden estar implicados en el TEA, y los factores ambientales (características genéticas o perinatales) ayudan en gran parte al desarrollo y evolución de la condición (*Detección y diagnóstico del AUTISMO*, s. f.).

Prevalencia del TEA

En las últimas décadas se ha producido un considerable aumento de casos TEA, según el Centro para el Control de Enfermedades, en estudios realizados en Asia, Europa y América

del Norte (CDCespanol, 2022), han identificado personas con TEA con una prevalencia promedio de entre un 1% y 2% (Reviriego Rodrigo E. et al., s. f.).

Estudios recientes indican que la prevalencia de TEA puede ser menor con el DSM-V debido a que menos del 20% de las personas que cumplían criterios diagnósticos del DSM-IV, no cumplen los criterios para un diagnóstico en el DSM-V (Reviriego Rodrigo E. et al., s. f.). Según la OMS, se calcula que 1 de cada 160 niños/as en el mundo tiene TEA (*Autismo*, s. f.). La Confederación Autismo España estima que el trastorno se presenta en 1 de cada 100 nacimientos (1%) (*Detección y diagnóstico del AUTISMO*, s. f.). El índice de prevalencia por género, según diversos estudios, es mayor en varones que en mujeres, aunque no es determinante. El hecho de que se diagnostiquen más varones que mujeres, según diversos estudios, se debe a que las técnicas de evaluación de TEA han sido mayoritariamente diseñadas para varones. Según diversas fuentes de la literatura, las mujeres se camuflan más que los varones en este trastorno, especialmente aquellas que poseen altas capacidades, pues esto facilita una mayor habilidad que compensa las manifestaciones nucleares propias del TEA (Montagut Asunción et al., 2018).

Características del alumnado con TEA

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza principalmente por la ausencia o escasez en la comunicación, la interacción social y la manifestación de conductas repetitivas e inflexibles, así como actividades e intereses restringidos (American Psychiatric Association, 2014). En los primeros años de vida, las características clínicas más destacadas suelen ser en la comunicación verbal y no verbal, les cuesta o no responden a su nombre cuando se les llama, evitan el contacto ocular con la persona en la interacción con otros, presentan escasez o ausencia de atención conjunta, no comparten o les cuesta compartir intereses y actividades con otros iguales, la mayoría presentan movimientos estereotipados y suelen aferrarse a objetos inusuales, presentan ausencia o escasez de juego simbólico y de imitación, así como deficiencias en los estímulos sensoriales (hiper o hiporeactividad) y muestran patrones de alinear o apilar objetos (CDC, 2022). Entre los/as niños/as con TEA hay una destacada heterogeneidad, no todos presentan las mismas características ni la misma intensidad, pero comparten una característica común en el déficit de la interacción social (Giangaspro & Pertejo, 2007).

Tabla 1*Dimensiones alteradas en el TEA*

ÁREAS	CARACTERÍSTICAS
Área Social	Pobreza en el contacto ocular. Atención a la voz baja. “Sordera paradójica”. Falta atención conjunta. Ausencia sonrisa social. Expresiones emocionales no dirigidas. Extrema soledad, “en su mundo”. Invarianza ambiental a los cambios.
Área comunicación y lenguaje	Presencia lenguaje y retroceso posterior. Comunicación espontánea. Pobreza en la coordinación de conductas verbales y no verbales. Falta de gestos (señalar, mostrar) Uso instrumental del adulto. Prosodia. Literalidad en la interpretación de los mensajes. Ecolalias demoradas/inmediatas. Inversión pronominal. Frecuencia social empobrecida. Dificultad mantener una conversación. Ausencia de interpretación de los dobles sentidos.
Área de juego	Falta de imitación. Pobreza de juego funcional. Pobreza de juego simbólico. Patrones de juego repetitivo. Rigidez en el juego. Inflexibilidad.
Área conductas e intereses	Alteraciones sensoriales. Conductas estereotipadas. Obsesiones/rituales. Intereses restringidos persistentes.

Nota. Elaboración propia. Fuente: (Vicente Edo MJ, Paredes Alvarado IR, Gavín Benavent P, Martín Sánchez JL., s. f.)

Evolución de las primeras manifestaciones del TEA hasta su diagnóstico

En España la edad media para el diagnóstico de TEA se sitúa alrededor de los cuatro y cinco años. Estudios destacan que se pueden observar señales a edades más tempranas, incluso en los primeros meses de vida (Klin et al., s. f.). En la primera etapa del desarrollo infantil, las señales de alarma de un posible TEA indican que existe una afección atípica en el desarrollo del niño. La detección temprana de los signos de un posible TEA es primordial para un buen pronóstico de la evolución del trastorno, pues ello, incrementará los niveles adaptativos de los/as niños/as (Canal-Bedia et al., 2016), de esta manera podremos intervenir ante los primeros síntomas, aunque no se disponga de un diagnóstico clínico (Zwaigenbaum et al., 2015). A continuación se muestran las señales de alarma más significativas de un posible TEA que pueden presentar los/as niños/as en las diferentes etapas del desarrollo evolutivo hasta su diagnóstico por periodos de edad cronológica. Cabe destacar que las señales de cada edad incluyen las de edades anteriores.

Tabla 2

Evolución de las primeras manifestaciones de TEA hasta su diagnóstico por periodos cronológicos

EDAD	SEÑALES DE ALERTA TEA
6-12 meses	No muestra interés ni voluntad cuando alguien intenta cogerle en brazos. Falta de interés en juegos de interacción sencillos. Ausencia de sonrisa social, con la intención hacia alguien. No extraña a desconocidos.
12- 18 meses	Se reduce el contacto ocular. No responde cuando se le llama por su nombre No utiliza gestos para pedir algo. Respuestas atípicas ante estímulos auditivos. Falta de atención conjunta. Ausencia o escasez de balbuceo con intención comunicativa.
18-24 meses	No señala para mostrar objetos. Dificultad en seguir la mirada con un adulto o cuidador. Retraso o falta de lenguaje comprensivo y expresivo. No muestra interés por sus iguales. Falta de juego simbólico.

	<p>Falta de imitación.</p> <p>No muestra afectividad por los demás.</p> <p>Antes usaba palabras y ahora no (regresión del lenguaje).</p>
36 meses	<p>Retraso o ausencia del lenguaje.</p> <p>Uso repetitivo del lenguaje, ecolalias.</p> <p>Déficit o ausencia de comunicación no verbal.</p> <p>No responde a la sonrisa de los otros.</p> <p>Ausencia de juegos de imitación propios del desarrollo.</p> <p>No interactúa con sus iguales ni adultos a su cargo.</p> <p>Escasa empatía hacia los sentimientos de los demás.</p> <p>No juega en grupo ni muestra interés por los demás iguales.</p> <p>Prefiere las actividades o juegos en solitario.</p> <p>Relaciones atípicas con adultos, desde un acercamiento anormal a la indiferencia.</p> <p>Ausencia o escasez social de la mirada.</p> <p>Rutinas fijas y rechazo a los cambios.</p> <p>Realiza juegos repetitivos, apilar, alinear objetos...</p> <p>Se aferra a objetos inusuales o juguetes.</p> <p>Alteraciones sensoriales: Hipo-Hipersensibilidad al ruido y a ciertas texturas.</p> <p>Poca sensibilidad al dolor, al ruido, texturas, luz.</p> <p>Suele mostrar estereotipias motoras.</p>
4-5 años	<p>Lenguaje deficiente, ecolalia, mutismo, vocabulario no adaptado a su edad o grupo social.</p> <p>Si no hay deficiencia del lenguaje, éste suele ser limitado en la comunicación y sobre temas de su interés.</p> <p>Muestra problemas de relación social con su grupo de iguales.</p> <p>Las interacciones sociales le producen desagrado o inestabilidad.</p> <p>Reacciones inapropiadas a la ocupación de su espacio personal.</p> <p>Falta de flexibilidad y juego cooperativo.</p>

Nota. Elaboración propia. Fuente: (Vicente Edo MJ, Paredes Alvarado IR, Gavín Benavent P, Martín Sánchez JL., s. f.)

Perfil docente de Educación Infantil

El/la docente de Educación Infantil trabaja con niños/as en edades comprendidas entre los 0 y 6 años, etapa fundamental para la adquisición de competencias básicas para su desarrollo. El profesorado debe cumplir unos requisitos de formación básica adecuados, así como proporcionar un ambiente afectivo en el aula donde se cubran las necesidades fisiológicas y emocionales de los/as niños/as en un entorno armonioso e inclusivo. El personal docente debe respetar los ritmos evolutivos y ofrecer diversidad de recursos donde el alumnado pueda desarrollar su aprendizaje y su autoconcepto de manera satisfactoria, formándose constantemente tanto en el cuidado de los niños, como en aquellas metodologías que acompañan de manera respetuosa el camino de nuestros alumnos para poder programar proyectos innovadores que parten de intereses centrales del niño; preparar ambientes adecuados y seguros, organizar actividades y crear materiales que ayuden a estimular el pensamiento y el movimiento, provoquen interés y aprendizajes significativos y permitan aprender al alumnado a través del descubrimiento, favoreciendo en todo momento el desarrollo de todo su potencial de manera integral.

Las cualidades que caracterizan a un/a docente de educación infantil, entre otras, son la paciencia, la empatía, la creatividad e imaginación a la hora de programar y presentar actividades con metodologías innovadoras que favorezcan a todo el alumnado por igual, la comunicación efectiva, saber escuchar y utilizar un lenguaje adecuado adaptado a la edad de los niños/as (Pertegal-Felices et al., 2011). Dentro de la formación necesaria de estos/as profesionales, es fundamental el conocimiento del desarrollo infantil de los/as niños/as en las diferentes etapas del crecimiento para poder detectar tempranamente cualquier síntoma que pueda hacer sospechar que algo no funciona adecuadamente (Pierri, s. f.). Es muy importante que hoy en día el personal docente, en especial aquellos que trabajan en la etapa de Educación Infantil, conozcan los marcadores precoces de TEA, dada su alta prevalencia en las últimas décadas, ya que una detección e intervención temprana, adaptada a las características y necesidades del alumnado, va a favorecer el desarrollo integral de estos. (*Detección y diagnóstico del AUTISMO*, s. f.).

Etapa de Educación Infantil

La Educación Infantil es una etapa educativa con identidad propia que trabaja con niños

y niñas desde los 0 a los 6 años de edad, tiene carácter voluntario y comprende dos ciclos, el primer ciclo de 0 a 3 años y el segundo ciclo de 3 a 6 años. La finalidad de esta etapa es contribuir al desarrollo integral y armónico de los/as niños/as en todas sus dimensiones: física, emocional, sexual, afectiva, social, cognitiva y artística, favoreciendo la autonomía personal y la imagen positiva y equilibrada de sí mismos, así como la educación en valores para la convivencia (*BOE-A-2022-1654 Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil.*, s. f.)

Esta etapa educativa es fundamental, ya que tiene mucha influencia en los/as niños/as pues, en ella, se establecen las bases que modelarán la persona adulta, la adquisición de valores, la autorregulación emocional, los hábitos y rutinas, que ayudarán y determinarán en gran parte la conducta tanto a nivel social como individual (*LOMLOE. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre*, s. f.).

Herramientas para la detección temprana de TEA

Inventario de Desarrollo Battelle (BDI)

El inventario de desarrollo Battelle de J. Newborg, J.R. Stock, L. Wnek et al. (1984), Adaptación española de M.V De La Cruz y M. González (1996), es una batería para evaluar las principales habilidades del desarrollo en niños/as con edades comprendidas entre los cero y los ocho años (*Inventario del desarrollo de Battelle (BDI) – Efisiopediatric*, s. f.). El inventario consta de la batería completa, formada por 341 ítems agrupados en cinco áreas que a su vez se agrupan en diferentes subáreas y un test de cribado que consta de 96 ítems (Moragas, 2009), por lo que puede aplicarse en su forma completa o abreviada sin perder fiabilidad, permitiendo hallar en qué área es pertinente hacer una evaluación más completa (*Inventario del desarrollo de Battelle (BDI) – Efisiopediatric*, s. f.). Las áreas en las que se agrupan los ítems son la personal-social, adaptativa, motora (gruesa y fina), comunicación y cognición. En un estudio realizado con una muestra de 11 niños diagnosticados de TEA para comprobar si la escala Battelle era un instrumento de confirmación del diagnóstico, se obtuvieron resultados satisfactorios para este inventario, concluyendo que es un instrumento de ayuda al diagnóstico (Sanz López et al., 2007) (Anexo 3).

Escala de Desarrollo Haizea Llevant

La escala de desarrollo Haizea-Llevant (1991) es producto de dos programas, el Estudio Llevant y el Programa Haizea, cuyos datos de referencia se obtuvieron de una muestra representativa de niños y niñas del País Vasco y Cataluña, Emilio Fernández Álvarez fue uno de los neuropediatras pioneros en España, principal encargado de dirigir el proyecto que posibilitó conformar la tabla (Magaña, 2019). Esta escala es un instrumento rápido y sencillo que permite evaluar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de niños y niñas de 0 a 5 años, ofreciendo un margen tipificado de adquisición de algunas habilidades fundamentales durante la infancia (Magaña, 2019).

La tabla de desarrollo examina 97 habilidades que se distribuyen en las áreas de socialización, lenguaje, manipulación y motricidad. En cada una de las áreas a observar se indica, mediante colores, la edad en que lo ejecutan el 50% (color verde), el 75% (color azul) y el 95% (final de la barra en azul) de la población infantil de 0 a 5 años, los ítems que aparecen en rojo son signos de alerta que nos permiten obtener datos para hacer una exploración más exhaustiva (por, 2021). Es una escala muy útil para localizar posibles signos de alteración del neurodesarrollo, no obstante, cabe destacar que no es una herramienta de diagnóstico como tal (orientacionandujar, 2017) (Anexo 4).

M-CHAT-R/F

De Robin, Fein y Barton (2009), es la versión revisada de la Modified-Checklist for Autism in Toddlers, la versión española fue desarrollada y evaluada por un equipo de investigadores de la Universidad de Salamanca, el Instituto de Salud Carlos III y los hospitales de Salamanca y Zamora (*EspectroAutista.Info – Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños Modificada*, s. f.). La M-CHAT es el método más utilizado a nivel mundial para detectar los signos de este trastorno del neurodesarrollo en edades comprendidas entre 16 y 30 meses, aunque se pueden manifestar señales de alarma a edades más tempranas. El cuestionario se compone de 23 ítems, subdivididos en criterios de normales o críticos. Se considera que un niño falla en el cuestionario si falla en 2 o más ítems críticos o si falla 3 ítems cualesquiera. No todos los casos en los que se fallen suficientes ítems tienen por que cumplir los criterios para un diagnóstico de TEA, sin embargo, existe dicha posibilidad, y se justifica que se realice una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud (Anexo 5).

Prácticas psicoeducativas para trabajar con alumnado con TEA

En Educación Infantil, cada uno de los alumnos/as debe ser considerado como único, y como tal merece el respeto y la atención adecuada a sus necesidades, intereses, inquietudes, ritmo y estilo de aprendizaje individual, de este modo, la misión del personal docente debe enfocarse en ofrecer herramientas de aprendizaje inclusivas que, bien integradas en el aula, puedan favorecer y beneficiar a todo el alumnado independientemente de sus características personales (Sanz-Cervera et al., 2018).

A continuación se muestran algunas de las metodologías específicas para el alumnado TEA respaldadas empíricamente que, a su vez, bien integradas y orientadas favorecen a todo el alumnado por igual.

Proyecto PEANA

El proyecto PEANA, Proyecto de Estructuración Ambiental en el Aula de Niños con Autismo (Cepri, 1990), proporciona la comprensión del espacio y el tiempo a través de una organización y distribución del aula (*Proyecto PEANA | Organización espacio - temporal*, s. f.), se basa fundamentalmente en todo tipo de ayudas o claves visuales como son pictogramas, carteles, símbolos y estructura del espacio del aula en áreas específicas para las diferentes actividades como son, el rincón de lectura, de juegos, de relajación, de aseo, etc. Los objetivos de este programa se enfocan en desarrollar la identificación de personas, lugares y objetos cotidianos, desarrollar habilidades para favorecer su autonomía personal, ofrecer técnicas para la orientación espacial y planificar el entorno físico para poder anticipar las situaciones y establecerse de forma correcta en el espacio y tiempo (piluca, 2015) (Anexo 6).

Método TEACCH

El método TEACCH, Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas asociados de Comunicación, fundado por el Doctor Eric Schopler, se basa en una técnica estructurada en la que se organizan las tareas a realizar por el alumnado, teniendo en cuenta el espacio, el tiempo y el sistema de trabajo, siendo flexible con la intención de lograr que el alumnado alcance la mayor autonomía posible (comunicacion, 2020). Se caracteriza por el uso de materiales visuales con el objetivo de facilitar la orientación del espacio, el tiempo y

los conocimientos curriculares. Esta metodología educativa tiene grandes beneficios para el alumnado, pues mejora, mediante la comunicación visual las relaciones sociales, la adaptación y la conducta del alumnado TEA (comunicacion, 2020) (Anexo 7).

Método PECS

El método PECS, Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes, debe su origen al psicólogo Andrew Bond y la logopeda Lori Frost («Sistema de comunicación por intercambio de imágenes. PECS», s. f.). El objetivo en el que se basa este método es la comunicación mediante pictogramas, es una forma de conseguir que las personas con o sin TEA puedan comunicarse sin hablar. El método PECS está avalado por diversos estudios y artículos científicos, en los que se muestra una relación directa entre el uso de PECS y el desarrollo del habla (*¿Qué es el PECS o Picture Exchange Communication System? - Autismo Diario*, s. f.). La metodología PECS cuenta con seis fases definidas en las que el alumnado, mediante el entrenamiento, adquiere la capacidad de poder comunicarse mediante un sistema de comunicación alternativo o aumentativo (Autismo, 2021) (Anexo 8).

Justificación

El alumnado TEA suele expresar las primeras señales características alrededor de los 12-18 meses de edad, e incluso antes, sin embargo, la media de edad del diagnóstico en España se sitúa alrededor de los 4 años. La detección de las primeras señales de signos TEA puede pasar desapercibida, debido a la heterogeneidad del cuadro clínico y del nivel madurativo del niño/a. Estas señales, en gran medida, son percibidas por parte de los familiares, adultos a su cargo o del personal docente. Con la intención de interpretar correctamente y de manera temprana las primeras señales de alarma del TEA dentro del centro escolar, es fundamental que el personal docente sepa reconocer las señales y características más representativas que este alumnado presenta para, de este modo, poder activar un protocolo de detección temprana con el objetivo de detectar estas señales sobre el alumnado a la mayor brevedad posible y establecer un programa de intervención adaptado que le permita un mejor pronóstico.

La convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, en el artículo 24 (2008) establece que los estados deben garantizar la accesibilidad de las personas con diversidad funcional a una educación inclusiva donde se

proporcionen todo tipo de recursos para alcanzar dicha inclusión y se fomente el pleno desarrollo de la persona.

En el Decreto 100/2022 del 29 de julio de la Generalitat Valenciana, en el artículo 21, se establece la necesidad de una atención individualizada, especialmente en el alumnado que presente dificultades en el aprendizaje, con el objetivo de promover los principios de equidad e inclusión. En el mismo artículo del decreto se establece la importancia de la detección temprana en aquellas dificultades que puedan surgir en el alumnado con el objetivo de establecer planes y programas que permitan la intervención precoz.

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y en cumplimiento del cuarto Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 para una educación de calidad (2015), se establece que los centros deben contar con recursos adaptados para poder atender al alumnado con discapacidad.

Pese a los cambios que acontecen en la sociedad actual en diversos países, sigue siendo necesario intervenir sobre el personal docente de educación infantil en relación al TEA, de esta forma podemos favorecer la puesta en práctica de manera precoz mediante un protocolo de detección de riesgo de TEA y, de este modo, facilitar la adaptación y la calidad de vida de los/as alumnos/as con esta condición.

El propósito de este trabajo final de grado es el diseño de un protocolo de detección temprana de TEA para las aulas de infantil de primer ciclo, cuya aplicación requerirá que el profesorado de Educación Infantil reciba formación acerca de este Trastorno del neurodesarrollo y pueda identificar los signos tempranos del mismo. Así, la propuesta de este trabajo final de grado reside en el diseño de dicho protocolo, así como el programa de formación al profesorado que necesariamente debe acompañar al protocolo para que los docentes tengan las herramientas para poder aplicarlo.

Objetivos

Existen dos objetivos en este trabajo fin de grado, un objetivo principal y otro secundario, pero ambos tratados con igual mimo y cuidado puesto que el secundario subyace del principal, y la eficacia del principal se vería absolutamente comprometida sin la efectividad del objetivo secundario. Ambos están íntimamente ligados.

Por un lado el objetivo principal es implantar un protocolo de detección temprana en TEA en las aulas de infantil y, por consiguiente, un objetivo secundario: dotar al personal docente de educación infantil de 0 a 3 años, mediante sesiones de formación, de estrategias y

recursos para la detección temprana de este trastorno del neurodesarrollo, conociendo sus características y utilizando herramientas y recursos que le faciliten la detección de signos de alarma para, de este modo, poder intervenir sobre el alumnado y las familias de manera precoz, lo que influirá en un mejor pronóstico de su desarrollo global.

Metodología

Ámbito de aplicación

El presente diseño de un protocolo de actuación precoz ante señales de TEA y un programa de formación sobre este trastorno se va a llevar a cabo en el contexto escolar, concretamente en la etapa de Educación Infantil de primer ciclo, puesto que el personal docente, por su conocimiento del desarrollo del niño/a y su práctica diaria con este alumnado, ejerce una valiosa labor en la detección de posibles sospechas de TEA.

Objetivos del protocolo de detección precoz

- Detectar de manera temprana alteraciones en el desarrollo evolutivo y madurativo del niño/a.
- Elevar la alerta al personal competente del centro.
- Activar los protocolos necesarios para el diagnóstico de TEA.
- Activar los protocolos necesarios de atención temprana tanto públicos como privados para la intervención terapéutica.
- Minimizar las consecuencias del TEA favoreciendo la intervención temprana en todas las áreas del desarrollo.

Objetivos del programa de formación al personal docente en indicadores y sospecha de TEA

- Introducir el concepto TEA.
- Sensibilizar al personal docente ante este trastorno del neurodesarrollo.
- Desmontar ideas erróneas y mitos acerca del TEA.

- Conocer qué es lo que sabe el equipo docente sobre este espectro.
- Formar a los/as educadores/as en los indicadores TEA por edades y áreas de desarrollo.
- Conocer el protocolo que se va a implementar.
- Aproximar a conocimientos básicos en escalas de desarrollo, screening.
- Conocer de forma más profunda la escala de desarrollo Haizea-Llevant.
- Identificar y conocer las alteraciones sensoriales de TEA.
- Identificar y empatizar con el alumnado TEA en relación a sus alteraciones sensoriales.
- Sensibilizar al profesorado ante la alta prevalencia de los trastornos de integración sensorial (TIS).
- Reconocer las fases del duelo que sufre la familia ante la pérdida del hijo/a soñado.
- Acompañar y respetar a las familias en el proceso de aceptación de un hijo/a con TEA.
- Dotar al profesorado de recursos prácticos básicos para la puesta en funcionamiento dentro del aula de manera inclusiva.
- Conocer los recursos y prácticas psicoeducativas más utilizadas en el aula con alumnado con TEA.

Población diana a la que se aplica el programa

Este programa de puesta en marcha de un protocolo de detección temprana de signos de alerta de TEA en las aulas de Infantil de 0 a 3 años y la previa formación del personal docente, está diseñado para llevarse a cabo sobre el personal docente de Educación Infantil del centro.

La población diana a la que se le va a aplicar el programa es el personal docente de Educación Infantil de primer ciclo. Por consiguiente, la población que se verá beneficiada de este programa será el alumnado y sus familias.

El criterio de inclusión para la realización del programa y la puesta en marcha del protocolo es formar parte del equipo docente de Educación Infantil de primer ciclo del centro donde se vaya a impartir.

Los criterios de exclusión en cuanto a la formación y la puesta en marcha del protocolo serán, por parte del personal docente, mostrar falta de deber y asistencia al programa de

formación sobre el TEA, previo al establecimiento del protocolo, que no podrán llevar a cabo en el aula en caso de falta de compromiso.

Fases de elaboración del programa

El presente programa, pretende poner en marcha un protocolo de detección precoz ante la identificación temprana de signos de TEA con la subyacente formación que necesita el personal docente para poder identificar dichas señales que indican un desarrollo atípico del alumnado, se distribuye en cuatro fases:

La primera es la fase de evaluación pre-intervención, dirigida al personal docente del centro de Educación Infantil donde se va a implantar el protocolo de detección de TEA, la finalidad de esta fase es identificar los conocimientos que posee el profesorado acerca del TEA. Para llevar a cabo esta fase se enviará a todos los participantes, mediante correo electrónico, un cuestionario sobre conocimientos del TEA (Anexo 9) que tendrán que completar y devolver al responsable del programa para su evaluación antes de iniciar la segunda fase del programa. En esta fase se informará a todos los participantes de los objetivos y la metodología que se va a llevar a cabo en el programa. Esta información se facilitará por correo electrónico mediante un cartel informativo y se colgará en el panel de anuncios de la escuela, de esta forma motivaremos al personal docente que vaya a participar y les recordaremos la fecha de inicio al programa.

La segunda es la fase de intervención en formación sobre el personal docente, cuyo objetivo es que el profesorado conozca y sepa identificar las principales características del TEA, que tome conciencia de la importancia de la detección temprana y se sensibilice ante las dificultades que encuentra este alumnado en las aulas y en su funcionamiento diario, así como en el acompañamiento familiar por parte del personal docente ante la delicada situación que atraviesan las familias. Esta fase está diseñada para llevarse a cabo en el último trimestre del curso escolar, en el mes de mayo. Consta de cinco sesiones formativas, de 90 minutos cada una, enriquecedoras y dinámicas en las que se combina la teoría y la práctica a través de audiovisuales y actividades que ayuden a la sensibilización y detección de signos de alarma, de esta manera, el personal docente tendrá la formación pertinente para poder detectar cualquier anomalía en el alumnado una vez inicie el curso escolar y haya finalizado el periodo de adaptación a la escuela, con el objetivo de poner en marcha el protocolo de actuación TEA.

La tercera es la fase de evaluación post-formación, cuyo objetivo es conocer si el programa de formación ha sido efectivo. Para llevar a cabo esta fase, se administrará el mismo cuestionario que en la fase de pre-intervención en formación al personal docente, de esta forma podremos comprobar si el programa de formación ha alcanzado los objetivos en cuanto a la adquisición de los conocimientos necesarios sobre el TEA para la puesta en marcha del protocolo.

La cuarta es la fase de puesta en marcha del protocolo de detección, cuya finalidad es detectar al alumnado susceptible de TEA que muestre las características anteriormente mencionadas y establecer las medidas de actuación necesarias por parte del profesional competente para la puesta en marcha de los recursos materiales, personales y espaciales para su temprana intervención. Esta fase se llevará a cabo en el mes de octubre, previa formación del personal docente, una vez finalizado el periodo de adaptación escolar. El protocolo consta de unos requisitos previos que se han de cumplir por parte de los centros en los que se imparta, entre ellos, el centro debe ser abierto en el que puedan acceder otros profesionales del trabajo que nos compete, personal docente con formación previa sobre el TEA como pedagogos/as terapeutas y debe tener gabinete psicológico con la figura principal del Psicólogo/a. Este protocolo está compuesto por diez pasos necesarios que siguen un orden jerárquico.

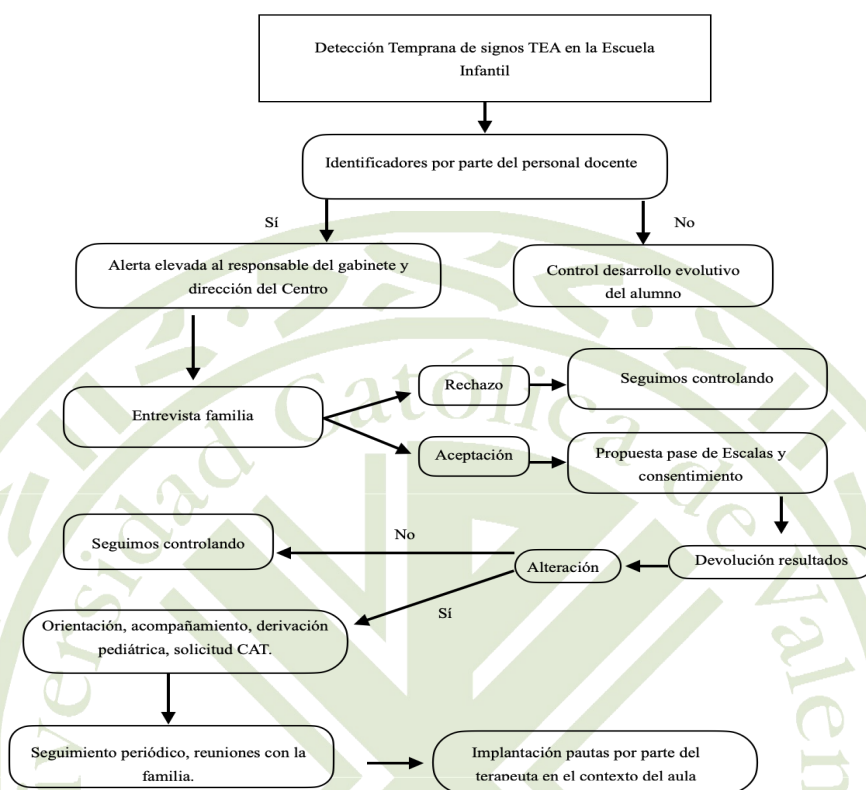
Descripción del programa

Descripción del protocolo de detección precoz

El protocolo de detección precoz en TEA surge de la práctica diaria en los centros de Educación Infantil de 0 a 3 años. El principal objetivo es, previa formación sobre el TEA, que los/as profesionales de la educación conozcan qué pasos seguir ante una sospecha. El protocolo se iniciará en el mes de octubre, una vez finalizado el periodo de adaptación durante el mes de septiembre donde el alumnado se muestra sensible y vulnerable ante la separación de sus familias y la adaptación al centro escolar, y se llevará a cabo durante todo el curso escolar. El protocolo consta de diez pasos ordenados jerárquicamente que hay que seguir desde las primeras señales de alarma hasta la implantación de prácticas metodológicas en el aula.

Ilustración 1

Esquema protocolo de detección temprana



Nota: Elaboración propia

Tabla 3

Protocolo detección temprana del TEA

PASOS A SEGUIR	DESCRIPCIÓN
Identificación de indicadores TEA	Este primer paso consiste en aplicar el programa previo de formación realizado por el personal docente para la detección precoz de señales TEA. Se iniciará a partir del mes de octubre observando los indicadores que puedan mostrar una sospecha de este trastorno del neurodesarrollo.
Alerta elevada	Una vez identificadas las señales de alarma por parte del profesorado, el/la tutor/a pasará la Haizea Llevant para confirmar que los indicadores que observa se sustentan de manera

	<p>más objetiva con esta escala de desarrollo. Con la suma de los indicadores que refiere observados de TEA y los resultados de la tabla Haizea Llevant, el/la docente debe elevar la alerta al responsable del gabinete psicológico del centro y a la dirección del mismo.</p>
Revisión de la alerta	<p>El personal del gabinete psicológico revisará y mantendrá la atención del alumno con señales identificativas TEA para iniciar las acciones pertinentes, comprobará que la tabla de desarrollo Haizea Llevant ha sido interpretada correctamente.</p>
Tutoría con el personal docente y la familia	<p>Se realizará una entrevista estructurada (previamente preparada por el/la tutor/a y el gabinete) con la familia, en esta primera entrevista asistirá únicamente el/la tutor/a y la familia para evitar crear una alerta innecesaria en la familia, puesto que el objetivo es recabar información para ir ajustando la sospecha.</p>
Reunión inicial familia y gabinete	<p>Una vez identificada la sospecha de TEA en el/la alumno/a y revisado todo el caso por parte del gabinete del centro, se citará a la familia para una primera entrevista, realizar una anamnesis completa y ofrecer propuestas de seguimiento y pautas a los familiares. En esta fase el personal cualificado será sincero, cauto y utilizará un enfoque optimista con los familiares.</p>
Pase Escalas	<p>En esta fase, el encargado del gabinete aconsejará, a la familia del alumnado con señales TEA, un pase de escalas que serán la M-CHAT y la Screening Battelle. La M-CHAT se realizará por parte de las familias y del personal docente, de esta forma obtendremos más información y menos sesgada. En este punto se requiere el consentimiento de la familia para la administración de las escalas (Anexo 10).</p>

Devolución de resultados	Se citará a las familias para la devolución de los resultados de las escalas administradas al alumnado. Se darán orientaciones dependiendo de los resultados obtenidos y, en caso de sospecha y confirmación de indicios TEA, se iniciará el acompañamiento familiar. Se realizará un informe del alumnado y se derivará a pediatría y neuropediatría, aportando en el informe las medidas adoptadas por parte del centro, indicadores observados y la conveniencia de valoración por parte de un CAT (centro de atención temprana) y de USMIA (unidad de salud mental infantil y adolescente).
Búsqueda de apoyo externos al centro	En este paso, se realizará una entrevista con la familia, en ella confirmaremos que han llevado el informe del alumno a pediatría y les ofreceremos y orientaremos en la búsqueda de terapeutas externos, tanto recursos públicos como privados, en el caso de ser necesarios.
Seguimiento periódico	Se mantendrán reuniones periódicas con la familia del alumno/a para acompañarles en el proceso de aceptación, ofrecerles herramientas y pautas adaptadas a las características de su hijo/a.
Accesibilidad del centro educativo	Este punto dará comienzo en el momento que se inicien estas intervenciones, el centro educativo facilitará el acceso al centro de terapeutas externos, en caso de que los tenga, y se coordinará con ellos para beneficio del alumnado y su familia. Se implementarán pautas por parte del gabinete para la adaptación del contexto escolar.

Fuente: Elaboración propia

Descripción del programa de formación del personal docente

Sesiones de formación para el personal docente

Sesión 1. Descubriendo el TEA

Objetivos

- Introducir el concepto TEA.
- Sensibilizar al personal docente ante este trastorno del neurodesarrollo.
- Desmontar ideas erróneas y mitos acerca del TEA.
- Conocer qué es lo que saben las docentes sobre este espectro.

Descripción

En esta primera sesión se pide a los participantes que se agrupen en subgrupos de dos personas, a continuación se les entrega papel y bolígrafo y deben anotar todo aquello que sepan sobre el TEA, rasgos característicos, prevalencia, autores principales, etc.

A continuación se visualizará el video “*Sucedan cosas asombrosas*” (Anexo 11), animación creada por el director Alex Amelines, en la que se trata de concienciar sobre el autismo, incentivar su entendimiento y tolerancia, posteriormente se comentará en grupo.

Para finalizar la sesión, se pondrán en común en la pizarra digital todas aquellas anotaciones anteriormente descritas para reconocer qué es verdad o mito en el TEA y aclarar el concepto.

Recursos

- Materiales: Pizarra digital, proyector audiovisual, altavoces.
- Personales: Componentes del Gabinete psicológico.
- Espaciales: Sala de reuniones, salón de actos o aula de usos múltiples.

Temporalización

90 minutos

Sesión 2. TEA nimo a conocerme

Objetivos

- Formar a los/as educadores/as en el reconocimiento de los indicadores TEA por edades y áreas de desarrollo.

Descripción

Esta sesión se dividirá en dos partes, la primera consistirá en una parte teórica en la que

introduciremos las características de los niños y niñas TEA en cada periodo de edad del desarrollo hasta su diagnóstico y por dimensiones, entre ellas, la cognitiva, social, el juego, conductas e intereses (Anexo 12).

A continuación visualizaremos el video *“La fiesta de cumpleaños”* (Anexo 13), es un vídeo formativo para profesionales que ha sido realizado gracias a un proyecto de colaboración entre socios del gobierno, la universidad y médicos, y ha recibido financiación del Consejo de Investigación Económica y Social, y el Gobierno de Gales. Su objetivo es ayudar a identificar los signos del autismo en niños y niñas para que sea un complemento en sesiones formativas, promoviendo a una mayor concienciación y destacando aspectos importantes para la derivación de pacientes.

Al finalizar el video se realizará una puesta en común en grupo para comentar y destacar aquellos aspectos que más hayan llamado la atención del video.

Recursos

- Materiales: Pizarra digital, proyector audiovisual, altavoces.
- Personales: Componentes del Gabinete psicológico.
- Espaciales: Sala de reuniones, salón de actos o aula de usos múltiples.

Temporalización

90 minutos

Sesión 3. Trazando un Mapa.

Objetivos

- Conocer el protocolo que se va a implementar.
- Aproximar a conocimientos básicos en escalas de desarrollo, screening.
- Conocer y manejar de forma más profunda la escala de desarrollo Haizea-Llevant.

Descripción

En esta sesión presentaremos, mediante un power point a los asistentes, las diferentes herramientas de medición que vamos a utilizar en el protocolo de detección, como son el M-Chat R/F, la screening Battelle y la escala de desarrollo Haizea Llevant.

Una vez presentadas las diferentes herramientas, profundizaremos sobre la Escala de desarrollo Haizea Llevant, los profesionales de la educación deben saber manejarla en profundidad puesto que en ella, se observarán si los momentos evolutivos del desarrollo

corresponden a la edad cronológica del alumnado y si se presenta algún signo de alarma. Para trabajar con esta escala, se hará una explicación teórica de su funcionamiento y se expondrá un caso práctico (Anexo 14). A continuación, se harán subgrupos de dos personas y se les repartirá un caso práctico, rotulador y una escala de desarrollo para poder trazar sobre ella. Para finalizar se pondrán en común y se resolverán las dudas que puedan surgir.

Recursos

- Materiales: Pizarra digital, proyector audiovisual, tabla Haizea-Llevant, papel, rotuladores.
- Personales: Componentes del Gabinete psicológico.
- Espaciales: Sala de reuniones, salón de actos o aula usos múltiples.

Temporalización

90 minutos.

Sesión 4. ¡Yo soy así, ayuda a mi familia!

Objetivos

- Identificar y conocer las alteraciones sensoriales de TEA.
- Identificar y empatizar con el alumnado TEA en relación a sus alteraciones sensoriales.
- Sensibilizar al profesorado ante la alta prevalencia de los trastornos de integración sensorial (TIS).
- Conocer las fases del duelo que sufre la familia ante la pérdida del hijo/a soñado, en caso de recibirse el diagnóstico.
- Acompañar a las familias en el proceso de aceptación de un/a hijo/a en caso de que se realice el diagnóstico TEA.

Descripción

Esta sesión está dividida en dos bloques, en el primer bloque se trabajará identificando y reconociendo las alteraciones sensoriales que sufre el alumnado con TEA, para ello, la sesión dará comienzo con un video titulado “*Descubre cómo escucha un niño con autismo en la escuela*” (Anexo15), en él podremos comprobar y aprender cuáles son los diferentes sonidos que un niño/a con TEA percibe, a continuación del video, mediante un power point explicaremos los 8 sistemas sensoriales (Anexo 16) que están alterados en el alumnado con dicho espectro. Seguidamente se proyectará un nuevo video titulado “*La importancia de la*

Integración Sensorial”, Pathways.org (Anexo 17), en el que podremos entender los problemas sensoriales de los niños/as con TEA.

En el segundo bloque de la sesión se hondará en la inteligencia emocional, las fases del duelo y el acompañamiento familiar, de esta manera tendremos conocimientos sobre las etapas que pasan las familias en caso de recibir un diagnóstico de TEA, para ello, se proyectará el video “*Bienvenidos a Holanda*” (Anexo 18) de Emily Perl Kingsley, es un maravilloso relato que compara la experiencia de tener un hijo/a con necesidades especiales con un viaje a Italia que acaba con un destino no programado. Seguidamente se proyectará el video “*El hijo de Nancy*” (Anexo 19) que cuenta la historia de un niño con necesidades especiales que es rechazado en el colegio y su madre decide darle la educación y los conocimientos necesarios.

Para finalizar la sesión se pondrá en común todo lo visto y se presentarán las fases del duelo (Anexo 20) por las que pasan las familias ante un diagnóstico de TEA en sus hijos/as, así como se dotará al personal docente de pautas a las hora de tratar con ellas.

Recursos

- Materiales: Pizarra digital, proyector audiovisual.
- Personales: Componentes del Gabinete psicológico.
- Espaciales: Sala de reuniones, salón de actos o aula usos múltiples.

Temporalización

90 minutos.

Sesión 5 ¡Manos a la obra! ¡Menos preocupación y más ocupación!

Objetivos

- Dotar al profesorado de recursos prácticos para la puesta en funcionamiento dentro del aula de manera inclusiva.
- Conocer los recursos más utilizados en el alumnado TEA.

Descripción

En esta sesión se dotará al personal docente, mediante power point, de las diferentes metodologías para implementar en el aula, en ella se representarán las más específicas y representativas que son beneficiosas y necesarias para el alumnado TEA y que, a su vez, son válidas para el resto de alumnos, de esta manera el trabajo es inclusivo y se adapta a todos

los niveles madurativos y centros de interés del alumnado (Anexo 21).

Seguidamente, en grupos de dos, se realizará una actividad práctica que consistirá en un taller de pictogramas en el que se elaborarán pictogramas sobre las rutinas y hábitos diarios que se realizan en el aula. Finalmente se expondrán todos los pictogramas y se elaborará un panel de anticipación de la rutina diaria de la escuela.

Recursos

- Materiales: Pizarra digital, proyector audiovisual, cartulinas, colores, rotuladores, plastificadora.
- Personales: Componentes del Gabinete psicológico.
- Espaciales: Sala de reuniones, salón de actos o aula usos múltiples.

Temporalización

90 minutos.

Calendario de actividades

El programa de formación al profesorado para la puesta en marcha del protocolo está planificado para llevarse a cabo en el tercer trimestre del curso escolar, durante el mes de mayo, antes de que finalice el curso, de esta forma, el personal docente estará formado para el inicio del siguiente curso escolar. La puesta en marcha del protocolo se realizará en el mes de octubre, una vez finalizado el periodo de adaptación del alumnado a la escuela, de esta forma podemos iniciar la observación y poner en marcha el protocolo ante posibles señales de alarma de TEA en el alumnado.

El programa de formación se realizará fuera del horario escolar, en sesiones semanales de una hora y media. Las formaciones se realizarán de 17:30 a 19h. los miércoles del mes de mayo y los dos primeros viernes del mes de mayo. El protocolo se llevará a cabo dentro del horario escolar, mediante la observación del alumnado en el contexto escolar.

Ilustración 2

Cronograma del programa

	Año:					Año:					
Actividades	Mayo	Septiembre	octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Programa de formación a docentes sobre el TEA.											
Puesta en marcha del protocolo de detección de riesgo TEA											

Nota. Elaboración propia

Delimitación de recursos

Para la puesta en marcha del protocolo y, por consiguiente, el programa de formación se requiere de recursos materiales, espaciales y personales.

Los recursos materiales consisten en soportes técnicos como pizarra digital, ordenador o proyector audiovisual entre otros, así como material fungible, bolis, papel, etc.

En lo que respecta a materiales personales, es requisito indispensable que el personal profesional esté formado debidamente formado en el ámbito que nos compete, como son psicólogos y pedagogos/as terapeutas, entre otros.

En cuanto a los recursos espaciales se requieren espacios amplios y confortables en los que se pueda impartir la formación, así como un despacho o sala en la que se puedan hacer entrevistas con las familias.

Análisis de viabilidad

Este programa de formación y puesta en marcha de un protocolo de detección temprana de señales de un posible TEA presenta una gran viabilidad para ser llevado a cabo en Centros de Educación Infantil de primer ciclo, ya que, los recursos materiales que se van a utilizar son de escaso coste, y los personales ya se encuentran como requisito previo en el centro como son los profesionales que forman el gabinete psicológico y el personal docente.

La asistencia al programa de formación no implica coste para el personal docente y es obligatoria pues, forma parte del reglamento interno del centro en cuanto a la formación y mejora de la calidad en el servicio educativo.

Evaluación: instrumentos de evaluación continua y final

El presente proyecto de puesta en marcha de un protocolo de detección precoz en el TEA contiene una evaluación pre-intervención para el personal docente, con la finalidad de extraer información acerca del conocimiento que el personal posee sobre el TEA. El mismo cuestionario se administrará al finalizar el programa de formación, en la fase post-intervención, con el objetivo de comprobar si el programa de formación realizado al personal docente ha sido efectivo.

En el programa de formación del personal docente se utilizará el siguiente cuestionario:

- *Autism Knowledge Questionnaire (AKQ)*, (Haimour y Obaidat, 2013), se compone de 30 ítems a través de una escala tipo likert de tres respuestas, “sí”, “no”, “no sabe, no contesta”, este cuestionario mide el nivel de conocimientos que posee el personal docente en relación al TEA (Barned et al., 2011). La versión Española se compone de 31 ítems (incluye el ítem de si la vacuna triple vírica podía ser causa del TEA), en escala tipo Likert de 3 respuestas, actualmente esta versión en español todavía no ha sido validada (Fuster-Rico et al., 2023).

Conclusiones

La prevalencia del TEA ha aumentado significativamente en las últimas décadas. El diagnóstico en España se sitúa entre los 4 y 5 años, pero durante los primeros meses de vida se pueden presentar las primeras señales de alarma (Sanz-Cervera et al., 2018), por ello y ante la escasez de programas de detección temprana, es una necesidad en la sociedad actual que el personal docente adquiera formación y sensibilización acerca de este trastorno y pueda identificar, desde la primera infancia, aquellos indicadores que pueden hacer sospechar de un posible TEA con el propósito de dar la voz de alarma, lo que permitirá, mejorar el pronóstico del alumno/a y llevar a cabo una educación inclusiva que promulgue la igualdad de espacios, herramientas y recursos en las aulas (Fuster-Rico et al., 2023).

El presente proyecto surge de la práctica diaria en los centros de educación infantil y pretende establecer un protocolo de actuación precoz en las aulas de infantil entre los 0 y 3 años, se trata de establecer unas pautas siguiendo una jerarquía desde los primeros identificadores de un posible TEA por parte del personal docente y el equipo de profesionales del gabinete, hasta el desarrollo de metodologías prácticas de intervención, adecuadas e inclusivas, que puedan beneficiar a todo el alumnado por igual, puesto que la etapa de educación infantil se caracteriza por la diversidad de recursos y metodologías activas en las que las actividades y proyectos se pueden adaptar a las diferentes características del alumnado.

Para poder implementar el presente protocolo, es necesario que el profesorado tenga una formación sobre TEA, así como el centro educativo debe cumplir unos requisitos, entre ellos debe tener departamento de orientación, que incluya la figura del psicólogo. El programa está diseñado para llevarse a cabo en dos momentos temporales diferentes, por una parte en el mes de mayo se dará la formación del TEA al personal docente, esta se realizará fuera del horario escolar y consta de cinco sesiones de hora y media de duración. El protocolo de detección se iniciará en el mes de octubre, después del periodo de adaptación escolar del alumnado, y será llevado a cabo durante todo el curso escolar.

Este programa presenta diversas limitaciones, entre la más destacada cabe señalar el escaso periodo de tiempo dedicado al acompañamiento familiar. Es también una importante limitación a destacar la versión adaptada del cuestionario AKQ, el cual todavía no ha sido validado en la población española.

Como línea de mejora se propone crear un programa de intervención enfocado a los familiares de niños/as en proceso de posible diagnóstico de TEA, para ofrecerles un mejor apoyo psicológico y dotarles de herramientas y recursos para trabajar y entender a sus hijos/as desde la más temprana edad.

Así pues, confiamos que este programa pueda ser una experiencia de aprendizaje para todas las personas implicadas en el proceso y una mejora sustancial en los protocolos de atención a la diversidad del centro que esperamos genere un impacto significativo en el proceder y sentir de manera inclusiva de la comunidad educativa. Deseamos que los resultados sean favorables y podamos alcanzar los objetivos planteados.

Tras todos estos meses de trabajo, esfuerzo, lectura, reflexión, investigación y mucha dedicación, se observa con perspectiva este proyecto que ha derivado y podido ver la luz con un único propósito, motivación e ilusión y en su puesta en práctica en futuros cursos escolares.

Referencias

- 10 consejos para padres de niños autistas*. (2018, febrero 14). Guiainfantil.com.
<https://www.guiainfantil.com/blog/240/10-consejos-para-padres-de-ninos-autistas.html>
- Alcalá, G. C., Ochoa Madrigal, M. G., Alcalá, G. C., & Ochoa Madrigal, M. G. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7-20.
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Artigas-Pallares, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
- Autismo*. (s. f.). Recuperado 18 de febrero de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Autismo, E. (2021, diciembre 12). ¿Qué es el sistema de comunicación PECS? *ESPACIO AUTISMO*. <https://www.espacioautismo.com/que-es-el-sistema-de-comunicacion-pecs/>
- Barned, N. E., Knapp, N. F., & Neuharth-Pritchett, S. (2011). Knowledge and Attitudes of Early Childhood Preservice Teachers Regarding the Inclusion of Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of Early Childhood Teacher Education*, 32(4), 302-321.
<https://doi.org/10.1080/10901027.2011.622235>
- BOE-A-2022-1654 Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil. (s. f.).

Recuperado 6 de marzo de 2023, de

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-1654>

Canal-Bedia, R., Magan-Maganto, M., Bejarano-Martin, A., De Pablos-De la Morena, A., Bueno-Carrera, G., Manso-De Dios, S., & Martin-Cilleros, M. V. (2016). Early detection and stability of diagnosis in autism spectrum disorders. *Revista de neurologia*, 62, S15-S20. Scopus.

CDC. (2022, abril 27). *Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista*.

Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html>

CDCespanol. (2022, noviembre 9). *Acerca de los CDC 24-7*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/spanish/index.html>

comunicacion. (2020, junio 15). *Método TEACCH: Objetivos y beneficios en niños autistas*. Formainfancia. <https://formainfancia.com/metodo-teacch-objetivos-autismo/>

Detección y diagnóstico del AUTISMO. (s. f.). Autismo España. Recuperado 24 de febrero de 2023, de <https://autismo.org.es/el-autismo/deteccion-y-diagnostico/>

EspectroAutista.Info – Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños

Modificada. (s. f.). Recuperado 23 de marzo de 2023, de

<http://espectroautista.info/MCHAT-es.html>

Fuster-Rico, A., Pérez-Marco, M., González, C., & Vicent, M. (2023). El conocimiento del profesorado sobre el Trastorno del Espectro Autista.

Multidisciplinary Journal of Educational Research, 13(1), Art. 1.

<https://doi.org/10.17583/remie.10867>

Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*,

35(3), 257-261.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252012000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Giangaspro, E. C., & Pertejo, M. A. (2007). *Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista*.

Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: Definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(Suppl 1), S55-S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>

Inventario del desarrollo de Battelle (BDI) – Efisiopediatric. (s. f.). Recuperado 5 de marzo de 2023, de <https://efisiopediatric.com/area-privada/herramientas-para-la-valoracion/actividad/multidominio-valoracion-actividad/inventario-del-desarrollo-batelle-bdi/>

Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (s. f.). Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: La neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Rev Neurol*.

La necesidad de apoyo emocional en padres y familiares de personas con autismo—Autismo Diario. (2015, enero 13). <https://autismodiario.com/2015/01/13/la-necesidad-de-apoyo-emocional-en-padres-y-familiares-de-personas-con-autismo/>

Las teorías de Lorna Wing sobre el continuo autista. (s. f.). MuNDo AsPeRGeR. Recuperado 23 de febrero de 2023, de <https://mundoasperger.com/las-teorias-de-lorna-wing-sobre-el/>

LOMLOE. *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre*. (s. f.). FlippingBook.

Recuperado 27 de febrero de 2023, de

https://documentos.anpe.es/ANPE_LOMLOE/55/

- Magaña, T. (2019, abril 9). *La tabla Haizea-Llevant: Una herramienta útil para seguir el neurodesarrollo de tus hijos*. Escuela Bitácoras. <https://escuela.bitacoras.com/2019/04/09/la-tabla-haizea-llevant-una-herramienta-util-para-seguir-el-neurodesarrollo-de-tus-hijos/>
- Montagut Asunción, M., Mas Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I., Pastor Cerezuela, G., Montagut Asunción, M., Mas Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I., & Pastor Cerezuela, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: Una revisión. *Escritos de Psicología (Internet)*, 11(1), 42-54. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2804>
- Moragas, C. C. (2009). *Evaluación del desarrollo en atención temprana*. orientacionandujar. (2017, septiembre 23). *Tabla de desarrollo Haizea-Llevant (0-5) años 4 aspectos LENGUAJE Y LÓGICA MATEMÁTICA – SOCIALIZACIÓN – MANIPULACIÓN – POSTURAL*. Orientación Andújar - Recursos Educativos. <https://www.orientacionandujar.es/2017/09/23/tabla-desarrollo-haizea-llevant-0-5-anos-4-aspectos-lenguaje-logica-matematica-socializacion-manipulacion-postural/>
- Portegal-Felices, M. L., Castejón-Costa, J. L., & Martínez, M. Á. (2011). COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES EN EL DESARROLLO PROFESIONAL DEL MAESTRO. *Educación XXI*, 14(2), Art. 2. <https://doi.org/10.5944/educxx1.14.2.253>
- Pierri, S. I. P. (s. f.). *EL PAPEL DEL MAESTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA*.
- piluca. (2015, junio 29). ¿Qué es el proyecto PEANA? *El pupitre de Pilu*. <https://www.elpupitredepilu.com/2015/06/29/que-es-el-proyecto-peana/>

por. (2021, septiembre 30). Haizea-Llevant y signos de alerta en el desarrollo. *Nepsa Rehabilitación Neurológica*. <https://nepsa.es/haizea-llevant-y-signos-de-alerta-en-el-desarrollo/>

Proyecto PEANA | Organización espacio—Temporal. (s. f.). Recuperado 21 de marzo de 2023, de

https://formacion.intef.es/pluginfile.php/214181/mod_imscp/content/1/proyecto_peana.html

¿Qué es el PECS o Picture Exchange Communication System? - Autismo Diario.

(s. f.). Recuperado 25 de marzo de 2023, de <https://autismodiario.com/2014/06/17/que-es-el-picture-exchange-communication-system-o-pecs/>

Reviriego Rodrigo E., Bayón Yusta JC., Gutiérrez Iglesias A., & Galnares-Cordero L. (s. f.). *Trastornos del Espectro Autista: Evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento*. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2022.

Sanz López, Y., Guijarro Granados, T., & Sánchez Vázquez, V. (2007). Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 31-45. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352007000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

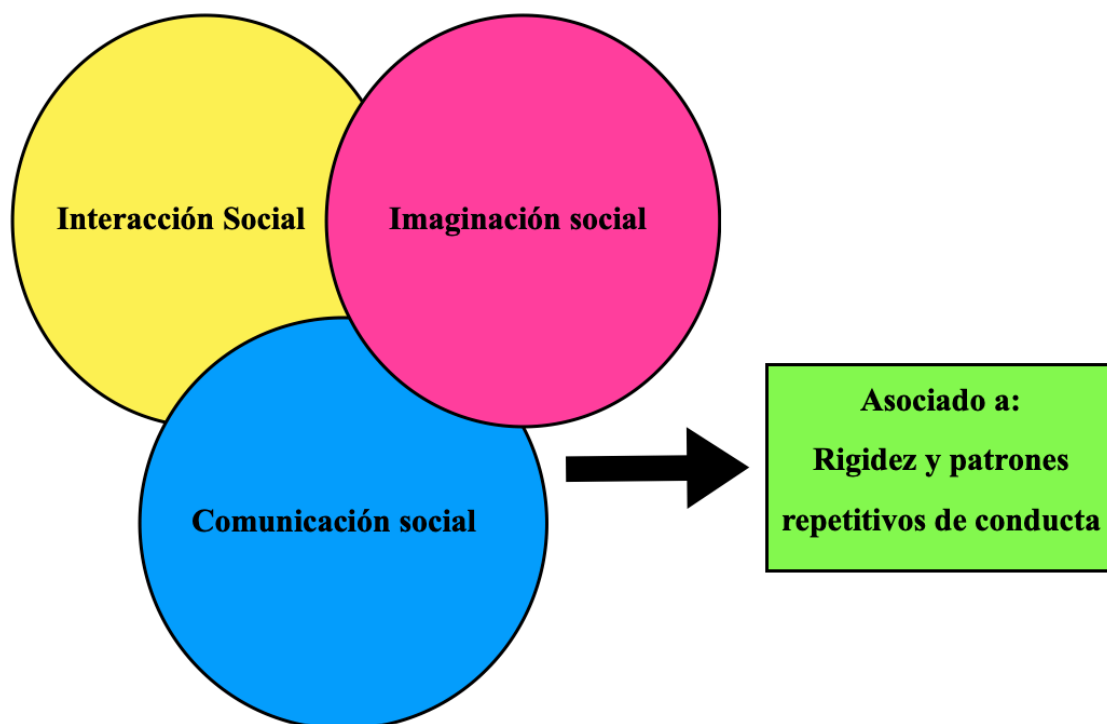
Sanz-Cervera, P., Tárraga Mínguez, R., & Lacruz Pérez, I. (2018). Prácticas psicoeducativas basadas en la evidencia para trabajar con alumnos con TEA. *Quaderns digitals: Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad*, 87, 8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6726392>

- Sistema de comunicación por intercambio de imágenes. PECS. (s. f.). *Plena inclusión*. Recuperado 25 de marzo de 2023, de <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/sistema-de-comunicacion-por-intercambio-de-imagenes-pecs/>
- Stadler, M. M. (2020, mayo 19). *Lorna Wing, paladina del autismo*. Mujeres con ciencia. <https://mujeresconciencia.com/2020/05/19/lorna-wing-paladina-del-autismo/>
- Vicente Edo MJ, Paredes Alvarado IR, Gavín Benavent P, Martín Sánchez JL. (s. f.). *Programa de actividades de Detección Precoz de Problemas de Salud entre los 0 y 14 Años. Coste-Efectividad de las Diferentes Alternativas Existentes en la Detección Precoz de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Salud;2016. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: IACS.*
- Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (s. f.). *Los trastornos del espectro autista (TEA)*.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Smith Roley, S., Wagner, S., Fein, D., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A., Newschaffer, C., Robins, D., Wetherby, A., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., ... Natowicz, M. R. (2015). Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, 136(Suppl 1), S60-S81. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667E>

Anexo

Anexo 1. *Triada de wing*

(Elaboración propia, extraído de <https://sites.google.com/site/elninoyelautismo/home/triada-de-wing>)



Anexo 2. *Criterios diagnósticos Del Trastorno del Espectro Autista (DSM-V)*

A- Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

- 1- Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
- 2- Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del

lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

- 3- Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

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

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

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

E- Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad

intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Anexo 3. Screening Battelle (*Inventario de desarrollo Battelle –Prueba Screening efisiopediatric.com*)

ÁREA ADAPTATIVA

Edad (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0 - 5	TS 21	Come papilla con cuchara	2	1	0	
	TS 22	Presta atención a un sonido continuo	2	1	0	
6 -11	TS 23	Sostiene su biberón	2	1	0	
	TS 24	Come trocillos de comida	2	1	0	
12 – 17	TS 25	Comienza a usar la cuchara o el tenedor para comer	2	1	0	
	TS 26	Se quita prendas de ropa pequeñas	2	1	0	
18 – 23	TS 27	Distingue lo comestible de lo no comestible	2	1	0	
	TS 28	Se quita una prenda de ropa	2	1	0	
24 – 35	TS 29	Indica la necesidad de ir al baño	2	1	0	
	TS 30	Obtiene el agua del grifo	2	1	0	
36 – 47	TS 31	Se abrocha uno o dos botones	2	1	0	
	TS 32	Duerme sin mojar la cama	2	1	0	
48 – 59	TS 33	Se viste y se desnuda	2	1	0	
	TS 34	Completa tareas de dos acciones	2	1	0	
60 – 71	TS 35	Va al colegio solo	2	1	0	
	TS 36	Contesta preguntas del tipo, ¿Qué harías sí...?	2	1	0	
72 – 83	TS 37	Conoce su dirección	2	1	0	
	TS 38	Utiliza el teléfono	2	1	0	
84 – 95	TS 39	Maneja pequeñas cantidades de dinero	2	1	0	
	TS 40	Realiza tareas domésticas	2	1	0	
TOTAL:						

ÁREA MOTRICIDAD

Edad (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación M Gruesa			Puntuación M Fina			Observaciones
0 - 5	TS 41	Se lleva un objeto a la boca	2	1	0				
	TS 42	Toca un objeto				2	1	0	
6 - 11	TS 43	Gatea	2	1	0				
	TS 44	Coge un caramelo con varios dedos en oposición al pulgar (prensión digital parcial)				2	1	0	
12 - 17	TS 45	Sube escaleras con ayuda	2	1	0				
	TS 46	Coge un caramelo con los dedos índice y pulgar (pinza superior)				2	1	0	
17 - 23	TS 47	Sube y baja escaleras sin ayuda, colocando ambos pies en cada escalón	2	1	0				
	TS 48	Mete anillas en un soporte				2	1	0	
24 - 35	TS 49	Salta con los pies juntos	2	1	0				
	TS 50	Abr una puerta				2	1	0	
36 - 47	TS 51	Corta con tijeras				2	1	0	
	TS 52	Dobla dos veces un papel				2	1	0	
48 - 59	TS 53	Recorre tres metros saltando en un pie	2	1	0				
	TS 54	Copia un triángulo				2	1	0	
60 - 71	TS 55	Se mantiene sobre un solo pie alternativamente con los ojos cerrados	2	1	0				
	TS 56	Copia los números del 1 al 5				2	1	0	
72 - 83	TS 57	Anda por una línea (punta-tacón)	2	1	0				
	TS 58	Copia palabras con letras mayúsculas y minúsculas				2	1	0	
84 - 95	TS 59	Salta la cuerda	2	1	0				
	TS 60	Copia un triángulo inscrito en otro triángulo				2	1	0	
SUB- TOTAL									TOTAL:

ÁREA DE COMUNICACIÓN

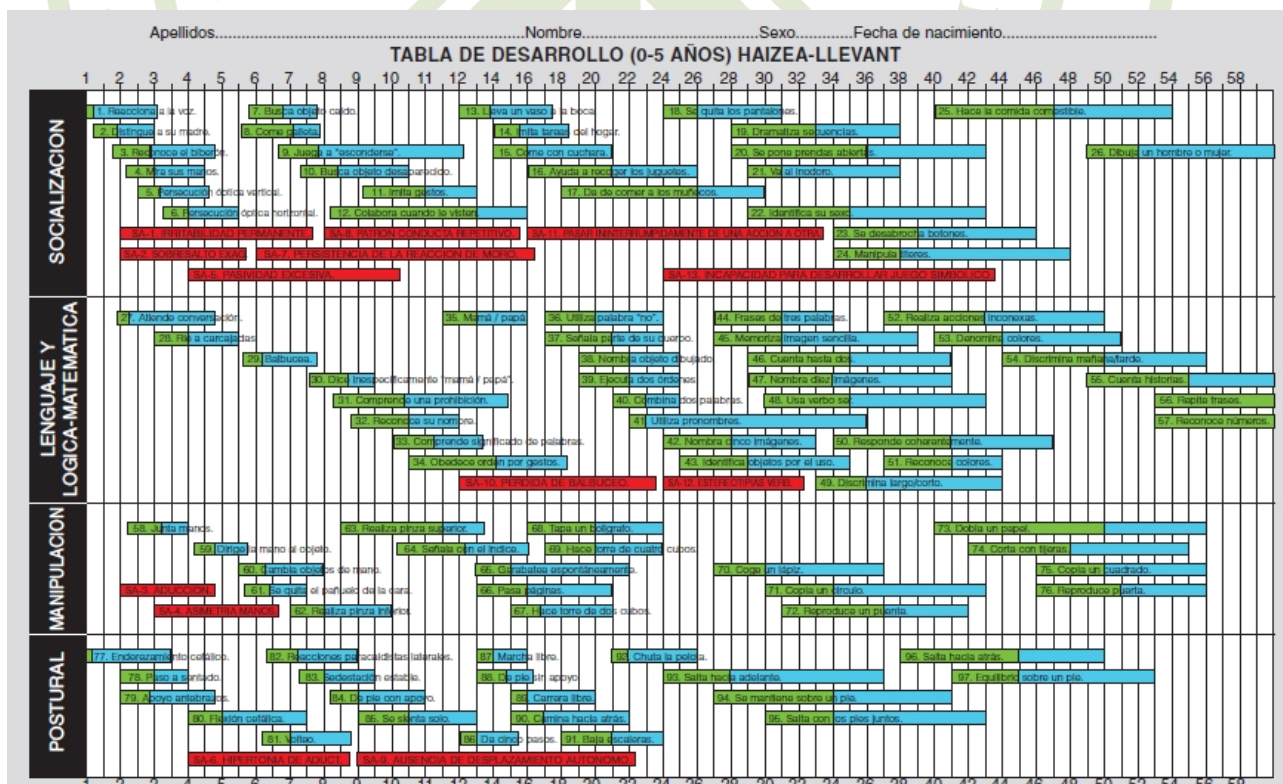
Edad (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación Receptiva			Puntuación Expresiva			Observaciones
0 - 5	TS 61	Vuelve la cabeza hacia un sonido	2	1	0				
	TS 62	Emite sonidos para expresar su estado de ánimo				2	1	0	
6 - 11	TS 63	Asocia palabras con acciones u objetos	2	1	0				
	TS 64	Emite sonidos consonante-vocal				2	1	0	
12 - 23	TS 65	Sigue ordenes acompañadas de gestos	2	1	0				
	TS 66	Utiliza diez o más palabras				2	1	0	
24 - 35	TS 67	Comprende los conceptos “dentro, fuera, encima, delante, detrás, hacia”	2	1	0				
	TS 68	Utiliza los pronombres yo, tu, y, mi				2	1	0	
36 - 47	TS 69	Sigue ordenes verbales que implican dos acciones	2	1	0				
	TS 70	Utiliza el plural terminado en “S”				2	1	0	
48 - 59	TS 71	Comprende el plural	2	1	0				
	TS 72	Utiliza frases de 5 a 8 palabras				2	1	0	
60 - 71	TS 73	Comprende el futuro de los verbos ser y estar	2	1	0				
	TS 74	Utiliza el comparativo				2	1	0	
72 - 83	TS 75	Reconoce palabras que no pertenecen a una categoría	2	1	0				
	TS 76	Habla sobre cosas que pueden suceder				2	1	0	
84 - 95	TS 77	Comprende los conceptos “dulce, duro, brillante”	2	1	0				
	TS 78	Define palabras				2	1	0	
SUB- TOTAL									TOTAL:

ÁREA COGNITIVA

Edad (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0 – 5	TS 79	Sigue un estímulo visual	2	1	0	
	TS 80	Explora objetos	2	1	0	
6 – 11	TS 81	Levanta una taza para para conseguir un juguete	2	1	0	
	TS 82	Busca un objeto desaparecido	2	1	0	
12 – 23	TS 83	Extiende los brazos para obtener un juguete colocado detrás de una barrera	2	1	0	
	TS 84	Se reconoce a si mismo como causa de acontecimientos	2	1	0	
24 – 35	TS 85	Empareja un círculo un cuadrado y un triángulo	2	1	0	
	TS 86	Repite secuencias de dos dígitos	2	1	0	
36 – 47	TS 87	Identifica los tamaños “grande y pequeño”	2	1	0	
	TS 88	Identifica objetos sencillos por el tacto	2	1	0	
48 – 59	TS 89	Responde a preguntas lógicas sencillas	2	1	0	
	TS 90	Completa analogías opuestas	2	1	0	
60 – 71	TS 91	Identifica colores	2	1	0	
	TS 92	Identifica los objetos primero y último de la fila	2	1	0	
72 – 83	TS 93	Recuerda hechos de una historia contada	2	1	0	
	TS 94	Resuelve sumas y restas sencillas (números del 0 al 5)	2	1	0	
84 – 95	TS 95	Resuelve problemas sencillos, presentados claramente que incluyan la substracción	2	1	0	
	TS 96	Resuelve multiplicaciones sencillas	2	1	0	
TOTAL:						

Anexo 4. *Tabla Desarrollo Haizea Llevant* (extraído de

<https://evaluaciontenciontemprana.wordpress.com/2012/01/19/tabla-de-desarrollo-haizea-llevant/>)



Anexo 5. Cuestionario M-CHAT R/F (https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf)

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	SÍ	NO
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	SÍ	NO
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, “hace como que” bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	SÍ	NO
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	SÍ	NO
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	SÍ	NO
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	SÍ	NO
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?)	SÍ	NO
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	SÍ	NO
11. ¿Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella también le sonríe?	SÍ	NO
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SÍ	NO
13. ¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SÍ	NO
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SÍ	NO
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice “mira” ó “mírame”)	SÍ	NO
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?)	SÍ	NO
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	SÍ	NO
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga “el caballito” sentándole en sus rodillas)	SÍ	NO

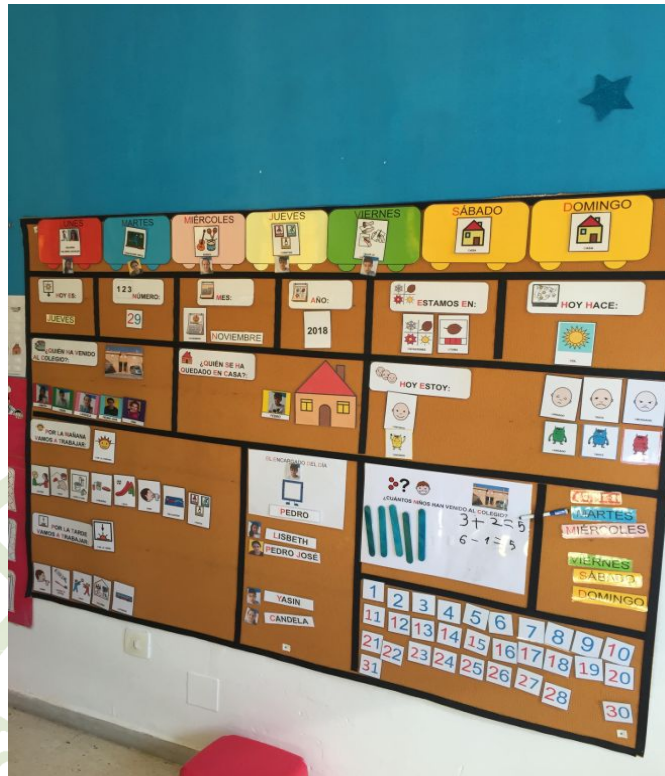
Entrevista de Seguimiento al M-CHAT-R/F™ Hoja de Puntuación

Por favor tenga en cuenta: **Sí/No** han sido sustituidos por **Pasa/No Pasa**

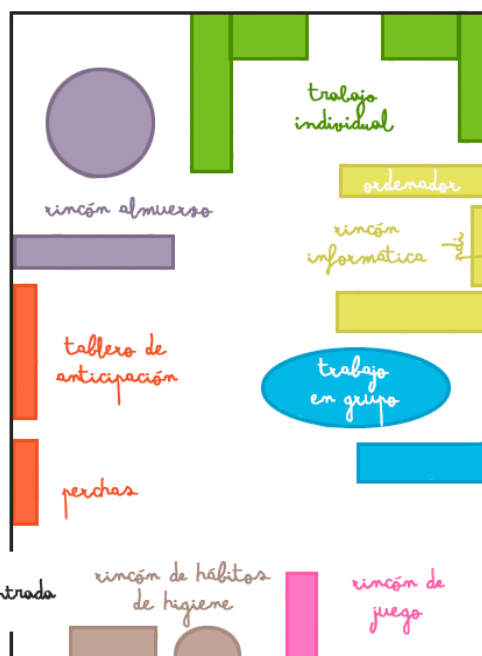
1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	Pasa	No Pasa
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	Pasa	No Pasa
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, “hace como que” bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	Pasa	No Pasa
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	Pasa	No Pasa
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual)	Pasa	No Pasa
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	Pasa	No Pasa
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	Pasa	No Pasa
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	Pasa	No Pasa
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	Pasa	No Pasa
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	Pasa	No Pasa
11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?	Pasa	No Pasa
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	Pasa	No Pasa
13. ¿Su hijo/a camina solo?	Pasa	No Pasa
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	Pasa	No Pasa
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	Pasa	No Pasa
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	Pasa	No Pasa
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice “mira” ó “mírame”)	Pasa	No Pasa
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?)	Pasa	No Pasa
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	Pasa	No Pasa
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga “el caballito” sentándole en sus rodillas)	Pasa	No Pasa

Anexo 6. Proyecto PEANA

(<https://crpilarsoubrier.wordpress.com/2018/11/29/panel-del-saludo-y-proyecto-peana/>)



Anexo 7. Método TEACCH (<https://www.psicoyudainfantil.com/método-teacch-autismo/>)



Anexo 8. Método PECS (<https://atenciontemprana.net/pecs/>)



Anexo 9. Cuestionario sobre el TEA para docentes (elaboración propia, extraído de (Fuster-Rico et al., 2023))

Autism Knowledge Questionnaire (AKQ)

Nombre:

Apellido:

Fecha:

Rodea la respuesta:

1. El TEA es un trastorno del desarrollo neurológico.	Si	No	No sabe, no contesta
2. Se desconoce la causa del TEA.	Si	No	No sabe, no contesta
3. Las malas prácticas sobre la crianza pueden causar TEA.	Si	No	No sabe, no contesta
4. Los factores genéticos juegan un papel importante como causa del TEA.	Si	No	No sabe, no contesta
5. En algunos casos la vacuna triple vírica es la responsable del TEA.	Si	No	No sabe, no contesta
6. El TEA podría estar asociado a la epilepsia	Si	No	No sabe, no contesta
7. El TEA se diagnostica,	Si	No	No sabe, no contesta

generalmente, durante los tres primeros años de vida.			
8. Se puede diagnosticar un caso de TEA según las características físicas de las personas.	Si	No	No sabe, no contesta
9. El TEA es diagnosticado mediante métodos médicos (ej. análisis de sangre).	Si	No	No sabe, no contesta
10. El TEA es diagnosticado a través de la observación del comportamiento y el desarrollo de la persona.	Si	No	No sabe, no contesta
11. Para diagnosticar TEA a una persona, esta debe mostrar un déficit en la interacción y comunicación social, así como patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.	Si	No	No sabe, no contesta
12. La mayoría de los/as niños/as con TEA son mujeres.	Si	No	No sabe, no contesta
13. Muchos de los niños/as con TEA presentan discapacidad intelectual.	Si	No	No sabe, no contesta
14. La mayoría de los/as niños/as presentan problemas con el juego imaginario.	Si	No	No sabe, no contesta
15. La mayoría de los/as niños/as con TEA no hablan.	Si	No	No sabe, no contesta
16. Los/as niños/as con TEA, generalmente, presentan habilidades especiales como dibujar o recordar hechos y	Si	No	No sabe, no contesta

figuras.			
17. Algunos/as niños/as con TEA presentan alta o baja sensibilidad por los estímulos visuales, auditivos, táctiles u olfativos.	Si	No	No sabe, no contesta
18. Los/as niños/as con TEA presentan comportamientos estereotipados como, por ejemplo, balanceo.	Si	No	No sabe, no contesta
19. Algunos/as niños/as con TEA presentan carencias en las habilidades motoras.	Si	No	No sabe, no contesta
20. Los/as niños/as con TEA no mantienen una comunicación visual durante las conversaciones con el resto.	Si	No	No sabe, no contesta
21. Generalmente, los/as niños/as con TEA entienden los sentimientos y emociones de otras personas.	Si	No	No sabe, no contesta
22. Los patrones de comportamiento en niños/as con TEA son similares.	Si	No	No sabe, no contesta
23. Los niños/as con TEA parecen estar sordos/as.	Si	No	No sabe, no contesta
24. Los niños/as con TEA tienden a ser aprendices auditivos.	Si	No	No sabe, no contesta
25. Los/as niños/as con TEA repitan, con frecuencia, lo que escuchan.	Si	No	No sabe, no contesta
26. Los niños/as con TEA se comportan mejor	Si	No	No sabe, no contesta

en entornos educativos organizados.			
27. Los niños/as con TEA prefieren actividades rutinarias.	Si	No	No sabe, no contesta
28. Se se recibe intervención temprana e intensiva es posible curarse del TEA.	Si	No	No sabe, no contesta
29. La medicación puede aliviar los síntomas principales del TEA.	Si	No	No sabe, no contesta
30. LA intervención psicoeducativa se considera el método más efectivo para el TEA.	Si	No	No sabe, no contesta
31. Si un método particular de tratamiento logra resultados efectivos con niños/as, entonces necesariamente es efectivo con el resto.	Si	No	No sabe, no contesta

Anexo 10. Consentimiento Informado menores (Elaboración propia)

Consentimiento Informado para pase de pruebas psicológicas a menores.

Yo _____, con DNI _____,
padre/madre o tutor del alumno/
a _____

Manifiesto que:
He recibido toda la información necesaria de forma personal, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza, propósito de los objetivos, usos y procedimientos del proceso a seguir, el cual tiene como objetivo evaluar al niño/a. Por otra parte y para fines de lugar, en dicha prueba se guardará la privacidad de la identidad y de los datos obtenidos del menor.

Por lo que autorizo al Gabinete Psicológico de la Escuela Infantil a realizar la aplicación de las pruebas que se consideren oportunas para su beneficio.

En _____, a _____, de _____ de _____.

Firma:

Anexo 11. *Vídeo, “Suceden cosas asombrosas”* (<https://youtu.be/wex4aLnDZVw>)



Anexo 12. *Características de las dimensiones alteradas en el TEA* (elaboración propia)

DIMENSIONES ALTERADAS EN EL TEA

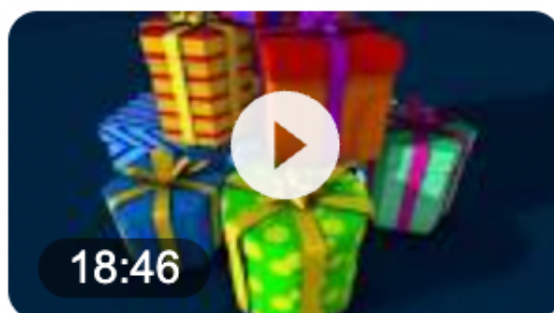
ÁREAS	CARACTERÍSTICAS
ÁREA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza en el contacto ocular. - Atención a la voz baja. - “Sordera paradójica”. - Falta atención conjunta. - Ausencia sonrisa social. - Expresiones emocionales no dirigidas. - Extrema soledad, “en su mundo”. - Invarianza a los cambios.
ÁREA COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia lenguaje y retroceso posterior. - Comunicación espontánea. - Pobreza en la coordinación de conductas verbales y no verbales. - Falta de gestos (señalar, mostrar) - Uso instrumental del adulto. - Prosodia. - Literalidad en la interpretación de los mensajes. - Ecolalias demoradas/inmediatas. - Inversión pronominal. - Frecuencia social empobrecida. - Dificultad mantener una conversación.

	- Ausencia de interpretación de los dobles sentidos.
Área de juego	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de imitación. - Pobreza de juego funcional. - Pobreza de juego simbólico. - Patrones de juego repetitivo. - Rigidez en el juego. - Inflexibilidad.
Área conductas e intereses	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones sensoriales. - Conductas estereotipadas. - Obsesiones/rituales. - Intereses restringidos persistentes.

Evolución de las primeras manifestaciones de TEA hasta su diagnóstico por periodos cronológicos

EDAD	SEÑALES DE ALERTA
6-12 MESES	<ul style="list-style-type: none"> No muestra interés ni voluntad cuando alguien intenta cogerle en brazos. Falta de interés en juegos de interacción sencillos. Ausencia de sonrisa social, con la intención hacia alguien. No extraña a desconocidos.
12-18 MESES	<ul style="list-style-type: none"> Se reduce el contacto ocular. No responde cuando se le llama por su nombre No utiliza gestos para pedir algo. Respuestas atípicas ante estímulos auditivos. Falta de atención conjunta. Ausencia o escasez de balbuceo con intención comunicativa.
18-24 MESES	<ul style="list-style-type: none"> No señala para mostrar objetos. Dificultad en seguir la mirada con un adulto o cuidador. Retraso o falta de lenguaje comprensivo y expresivo. No muestra interés por sus iguales. Falta de juego simbólico. Falta de imitación. No muestra afectividad por los demás. Antes usaba palabras y ahora no (regresión del lenguaje).

Anexo 13. La fiesta de cumpleaños. (<https://www.youtube.com/watch?v=j5zx0NQ1VqQ>)



Anexo 14. Caso práctico TEA (elaboración propia)

Caso práctico

Andrés tiene 19 meses de edad, vive con sus padres y su hermana de 4 años de edad. Andrés asiste a la escuela infantil desde que tenía 10 meses, desde el aula de bebés, ha sido un niño independiente y con escasa afectividad hacia sus compañeros y profesora.

A los 19 empieza a mostrar unas características atípicas que le llaman la atención, como son:

- No responde a su nombre.
- Parece que esté ausente la mayor parte del tiempo.
- No presta atención a lo que se le indica, no responde a órdenes sencillas.
- Muestra gran obsesión por la tablet y cuando se le retira, tiene unas rabietas exageradas.
- Rigidez motora en las actividades motoras y en las actividades sencillas del aula como sentarse o agacharse.
- Muestra irritabilidad la mayor parte del tiempo.
- Le cuesta adaptarse a diferentes situaciones, como realizar actividades en espacios diferentes a los habituales.

Anexo 15. Vídeo, “Como escucha un niño con autismo en la escuela”

(<https://youtu.be/RImC4dGd3GY>)



Anexo 16. Los 8 sistemas sensoriales alterados en el TEA (Elaboración propia)



Anexo 17. Vídeo, “La importancia de la integración sensorial” (https://youtu.be/_kFI3-XfnY)



Anexo 18. *Vídeo, “Bienvenidos a Holanda”* (<https://youtu.be/pesHUCRhfpU>)



Anexo 19. *Vídeo, “El hijo de Nancy”* (<https://youtu.be/ghWhPf73GtY>)



Anexo 20. *Fases del duelo* (<https://www.etgaia.org/afrentar-discapacidad-hijo/>)

FASES DEL DUELO FAMILIAR EN LA DISCAPACIDAD INFANTIL



Anexo 21. Power diferentes metodologías.

RECURSOS PARA
TRABAJAR CON
PERSONAS CON
TEA