



## Aproximación a la intervención educativa en estudiantes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) mediante el Modelo Denver de atención temprana (ESDM)

**Toledo Jarabo, Lydia**

*Trabajo Fin de Máster en Atención a Necesidades Educativas Especiales en Educación Infantil y Primaria  
Curso 2015-2016. Universidad Rey Juan Carlos*

*Tutor: Sergio Sánchez Fuentes. Doctor y profesor UBU*

### **Resumen**

El presente Trabajo Fin de Máster propone un acercamiento a la intervención educativa en escolares con Trastorno del Espectro Autista (TEA) pertenecientes a la etapa de Educación Infantil, a través del Modelo Denver de atención temprana (ESDM).

En primer lugar, se realiza una revisión teórica de diversos aspectos relacionados con el autismo: desde su evolución histórica con el paso del tiempo hasta sus síntomas, pasando por la prevalencia del trastorno y los métodos de diagnóstico. En segundo lugar, se analizan las características del modelo Denver de intervención para niños pequeños con autismo y los beneficios de su aplicación.

Por último, se exponen los resultados concluidos tras la investigación y se abren posibles vías de investigación futura.

### **Palabras clave**

Necesidades Educativas Especiales, Educación Especial, Trastorno del Espectro Autista, TEA, Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo, TGD, Modelo Denver de Atención Temprana.

## 1. Introducción y justificación

En la actualidad, la enseñanza reglada persigue el desarrollo integral del alumnado, dejando atrás los obsoletos modelos educativos basados en técnicas memorísticas y exclusivamente conceptuales; para dar paso a nuevos métodos de enseñanza donde el escolar es el protagonista de su propio aprendizaje. Asimismo, se aboga por la puesta en práctica de experiencias didácticas de estilo procedimental y actitudinal.

Retomando el concepto del desarrollo integral del ser humano, para que éste sea efectivo, es necesario observar con interés y respeto las diferencias e individualidades de cada persona. En el entorno pedagógico esto se traduce en una óptima atención a la diversidad; ya sea por las características personales, sociales, de aprendizaje... del alumnado. Todos los centros educativos han de prevenir y dar respuesta a las necesidades temporales o permanentes de los estudiantes, facilitando así la inclusión en los ámbitos sociales del niño/a: el colegio, la familia, la sociedad, etc.

La modalidad de escolarización de los alumnos con NEE depende de sus propias singularidades; pudiendo cursar sus estudios en aulas de educación especial, con apoyos en periodos variables dentro de grupos ordinarios o en un grupo de referencia ordinario a tiempo completo con adaptaciones de acceso al currículo. Como última opción y de manera excepcional, podría escolarizarse en centros específicos de Educación Especial si las necesidades del estudiante no pudieran ser satisfechas en ninguna de las modalidades escolares anteriormente expuestas.

Los colegios de enseñanza ordinaria a los que asisten alumnos con Trastorno del Espectro Autista deben hacer todo lo posible para paliar las dificultades específicas que conlleva dicha alteración. Con todo ello, se favorecerá la inclusión y posibilidades de normalización en las aulas, convirtiéndoles en participantes activos de la sociedad.

El objeto de estudio del presente Trabajo Fin de Máster –desde ahora en adelante TFM– se basa en la atención a las necesidades educativas especiales del alumnado con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en las aulas de centros regulares, ayudándoles a superar con éxito todas las etapas educativas, en especial la de Educación Infantil. Por consiguiente, es imprescindible emplear un método de intervención psicoeducativa que favorezca su desarrollo integral, particularmente en las áreas donde se ocasionan más carencias. Sobre esta cuestión, se planteará la aplicación del modelo Denver –también conocido por sus siglas en inglés ESDM– que manifiesta la importancia de atender de manera temprana a los niños con TEA para favorecer la participación activa en su propio desarrollo socio-comunicativo y afectivo.

Las metas que anhela dicha investigación son:

- a. Revisar la bibliografía existente acerca del objeto de estudio.
- b. Conocer la historia y evolución del trastorno autista.
- c. Fomentar el empleo de metodologías de atención temprana ante alumnado con TEA: el método Denver.

La elección del tema responde a motivaciones personales relacionadas con mi interés por proponer una mejora en las condiciones de vida en los niños y niñas con TEA, siendo la escuela el epicentro de su inclusión a la sociedad. Dichos estudiantes necesitan unas atenciones específicas y, por norma general, los docentes se encuentran menos preparados ante este trastorno frente a otros.

Este TFM presenta la siguiente estructura: en primer lugar, se muestra una breve introducción con la consiguiente justificación del proyecto. Más adelante, se define el marco teórico del trastorno objeto de estudio, TEA; así como una breve revisión de su historia y autores más significativos. Seguidamente, se indaga en el Modelo Denver de atención

temprana para niños pequeños con autismo como método de intervención pedagógica. Posteriormente se enuncian las conclusiones obtenidas tras la elaboración del trabajo, las limitaciones, y, como consecuencia, las posibles mejoras de estudio. Por último, se enumera un listado de referencias bibliográficas.

## 2. Necesidades Educativas Especiales

### 2.1. Definición

En el ámbito pedagógico, el concepto de necesidades educativas especiales (NEE) hace alusión a aquellos escolares que por sus características precisan de unos determinados apoyos durante su escolarización. Entre los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE) podemos discernir entre (Domínguez, Luna Prieto, Rodríguez & Salvador, 2008):

- Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE) derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.
- Altas Capacidades Intelectuales (AA. CC. II.).
- Incorporación Tardía al Sistema Educativo Español.
- Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA).
- Condiciones personales o de historia escolar compleja.

No obstante, esta definición y categorización es relativamente actual, pues el término necesidades educativas especiales ha evolucionado a lo largo de la historia en cuanto a su significado y el reconocimiento social.

### 2.2. Antecedentes históricos de las necesidades educativas especiales

El concepto de necesidades educativas especiales, tal como se conoce hoy día, nació en el año 1978 gracias a la publicación del Informe Warnock, donde se difundió una nueva visión de la

educación especial: la problemática no emanaba de los déficits de la persona, más bien de sus interrelaciones con el contexto (Domínguez et al., 2008). En otras palabras, las dificultades no proceden de la discapacidad, sino de sus relaciones con el contexto. Por ejemplo, un individuo usuario de silla de ruedas estará capacitado para subir o bajar pisos en un edificio, siempre que no existan barreras arquitectónicas que condicionen negativamente su movilidad.

No obstante, con anterioridad a esta aclaración relativamente coetánea, a lo largo de la historia se ha especulado acerca de qué clase de atención debían recibir las personas consideradas distintas al resto de la humanidad.

En la antigua Roma, eran tachados de dementes cuya única función social era la de entretener a los pudientes, siempre y cuando no fuesen abandonados o arrojados al monte bajo la autorización paterna.

Durante la Edad Media, los cristianos trataron de mejorar la situación de estas personas, creando hospitales. Aun así, se les seguía considerando enfermos o "poseídos por satán".

Es en el siglo XVIII cuando se produce un cambio ideológico que defiende iniciativas a favor de la enseñanza a personas diferentes. Así, en 1760 se inaugura la primera escuela para niños sordos y en 1784, para ciegos; ambas en la ciudad de París (Francia).

En 1800 comienzan a multiplicarse las instituciones dedicadas a la enseñanza a sujetos especiales. En 1898, Graham Bell apuesta por la escolarización –no internamiento u hospitalización– de niños con discapacidades en escuelas especiales de EEUU.

Adentrándonos en tiempos más aledaños a la actualidad, a finales de los años 60 comienza a prestarse más atención individualizada a aquellos alumnos con problemas. Igualmente, esta evolución conceptual de las necesidades educativas

especiales es posible gracias al soporte legislativo que instauran los gobiernos, como es la "Ley sobre educación de todos los niños discapacitados" en EEUU (1975) (Aranda, 2002).

### 2.3. Clasificación y características

Las dos últimas leyes educativas en España (LOE, 2006 y LOMCE, 2013) amparan la educación de todos los niños y niñas por igual; independientemente de su condición social, características personales, discapacidades, dificultades en el aprendizaje, etc.

#### 2.3.1. Alumnos Con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE)

Los estudiantes con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE) se clasifican según:

##### a) Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA).

- Dislexia: dificultad en el proceso fonológico (morfemas) y sintáctico (grafemas) durante la lectura, que provoca una variación del orden de las letras, sílabas o palabras.
- Disgrafía: alteración en la capacidad de escritura o de expresión escrita que se reconoce por grafías deformes, espaciado entre letras inadecuado, etc.
- Discalculia: dificultad de aprendizaje en temas relacionados con la aritmética, el álgebra y la geometría; además de obstáculos para entender los símbolos o términos matemáticos.

##### b) Trastornos Específicos del Habla (Celdrán y Zamorano).

- Alteraciones del habla que afectan a la articulación:
  - Dislalia: alteración fonética que dificulta la producción de fonemas, los cuales son sustituidos u omitidos del acto comunicativo.
  - Trastorno fonológico: capacidad para articular fonemas por separado, donde

la dificultad deriva en su integración dentro de las palabras.

- Disglosia: trastornos en la articulación debido a alteraciones en los órganos periféricos del habla. Algunos ejemplos: labio leporino, mala oclusión de los maxilares, frenillo, fisura palatina o vegetaciones.

- Disartria: alteración en el tono de voz y movimientos en los ligamentos correspondientes a la articulación.

- Alteraciones del habla que afectan a la fluidez verbal:

- Disfemia: desajuste en la fluidez verbal que provoca tartamudez.

- Traquilalia: adulteración en la emisión de las palabras que provoca un ritmo en el habla demasiado rápido.

- Bradilalia: anomalía que afecta en la fluidez, ocasionando un ritmo muy lento e incluso con suspensiones temporales del habla.

- Alteraciones del habla que afectan a la voz:

- Disfonía: perturbación de las cualidades de la voz debido a trastornos en las cuerdas vocales o problemas musculares o respiratorios.

##### c) Trastornos en la comunicación:

- Mutismo selectivo: ausencia del lenguaje ya adquirido sólo en determinados contextos o situaciones, sin que exista un trastorno neurológico o una causa orgánica.

#### 2.3.2. Alumnos Con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE)

La valoración de un estudiante con NEE se elabora tras una evaluación psicopedagógica y un dictamen de escolarización, en los cuales participan profesionales de diferentes disciplinas.

En cuanto a su clasificación:

- Discapacidad física-motriz: limitaciones que afectan al movimiento de las

extremidades corporales, impidiendo o dificultando habilidades como caminar, manipular objetos, mantener el equilibrio, sentarse, control de esfínteres, entre otros. En esta sección de la clasificación se encuentran los afectados por una lesión medular, amputación, espina bífida, esclerosis, parálisis cerebral, etc.

- Discapacidad orgánica: deficiencia que afecta a los órganos internos. Por ejemplo: asma, epilepsia, fibromialgia, enfermedades renales...
- Discapacidad psíquica: trastornos mentales de diversa índole. Por ejemplo: depresión, esquizofrenia, etc.
- Discapacidad intelectual: limitaciones en el funcionamiento cognitivo.
- Discapacidad sensorial.
  - Discapacidad visual: limitación o pérdida de la capacidad visual.
  - Discapacidad auditiva: limitación o pérdida de la capacidad auditiva.
  - Sordoceguera: combinación de las alteraciones visuales y auditivas en diferentes grados de afectación.

### 3. Marco Legislativo

La promulgación de la legislación expuesta posteriormente posee una finalidad pedagógica y comunitaria; pues incide tanto en el progreso de la atención a las necesidades educativas especiales, como en la consideración e inclusión de las diferencias individuales en la sociedad (Aranda, 2002).

La sucesiva recopilación de normativa vigente en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) ha sido enumerada por orden cronológico, para una mejor percepción evolutiva de los mandatos y los conceptos empleados para designar a los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo o con necesidades educativas especiales:

- La Constitución Española de 1978, en su Capítulo III: De los principios

rectores de la política social y económica, artículo 49 dicta: "Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que presentarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos".

- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI) (BOE 103 de 30 de abril de 1982). Disposición derogada el 4 de diciembre de 2013, con la entrada en vigor del RD 1/2013, de 29 de noviembre.
- Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial. Texto consolidado (BOE 65 de 16 de marzo de 1985).
- Orden de 18 de septiembre de 1990, por la que se establecen las proporciones de profesionales/alumnos en la atención educativa de los alumnos con necesidades educativas. Disposición derogada (BOE 236 de 2 de octubre de 1990).
- Orden de 9 de diciembre de 1992, por la que se regula la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica. Disposición derogada (BOE 303 de 18 de diciembre de 1992).
- Orden de 7 de septiembre de 1994, por la que se establece la sectorización de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica. Disposición derogada (BOE 225 de 20 de septiembre de 1994).
- Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. Texto consolidado (BOE 131 de 2 de junio de 1995).
- Orden de 14 de febrero de 1996 sobre la evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales que cursan las enseñanzas de régimen general establecidas en la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.

Disposición derogada (BOE 47 de 23 de febrero de 1996).

- Orden de 14 de febrero de 1996 por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y se establecen los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales. Disposición derogada (BOE 47 de 23 de febrero de 1996).

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

- Orden 1493/2015, de 22 de mayo, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se regula la evaluación y la promoción de los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo, que cursen segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y Enseñanza Básica Obligatoria, así como la flexibilización de la duración de las enseñanzas de los alumnos con altas capacidades intelectuales en la Comunidad de Madrid (BOCM 140 de 15 de junio de 2015).

- Orden 1910/2015, de 18 de junio, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se regula la adaptación de los modelos de los documentos básicos de evaluación a la enseñanza básica obligatoria, en centros de Educación Especial y aulas de Educación Especial en centros ordinarios de la Comunidad de Madrid.

- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). (BOE 106 de 4 de mayo de 2006).

- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE). (BOE 295 de 10 de diciembre de 2013).

Naturalmente, éstas son sólo una muestra de las disposiciones más significativas

en torno a las N.E.E. de ámbito estatal y autonómico de la Comunidad Autónoma de Madrid. Para más información, se pueden consultar otras ordenaciones, resoluciones, etc.

## 4. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

### 4.1. Concepto y definición: ¿qué es el autismo?

El Manual de Atención al Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo (Aguirre, Álvarez, Angulo & Prieto, 2008) define el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) como “una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: trastornos de la relación social, trastorno de la comunicación (expresión y comprensión del lenguaje) y falta de flexibilidad mental con comportamientos, intereses y actividades estereotipadas”. Este término, a su vez, abarca un conjunto de trastornos que comparten una serie de características principales semejantes, mas se diferencian en determinados aspectos clínicos. La clasificación realizada por la American Psychiatric Association (APA) (en español, Asociación Estadounidense de Psiquiatría) en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV), traducido como Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición; es la siguiente (APA, 2001):

- Trastorno autista.
- Trastorno de Rett.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NE).

La versión vigente de dicho manual, el DSM-V (APA, 2014) incluye esta vez el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) dentro de la categoría de los Trastornos del Desarrollo Neurológico. Los criterios diagnósticos del autismo revisados en esta última edición son:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos [...].

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional [...].
2. Las deficiencias en las comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social [...].
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales [...].

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos [...].

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipado o repetitivos [...].
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal [...].
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés [...].
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.

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

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

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo [...].

Independientemente de la categorización presentada en las dos últimas versiones

del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), sendas ediciones concurren al vocablo autismo. Etimológicamente, proviene del griego auto- 'uno mismo' y el sufijo -ismo 'proceso patológico, cuya definición aceptada por la R.A.E. indica que es un "trastorno del desarrollo que afecta a la comunicación y a la interacción social, caracterizado por patrones de comportamientos restringidos, repetitivos y estereotipados".

La Confederación Española de Autismo (FESPAU) manifiesta igualmente que es un trastorno que incide en el neurodesarrollo de las competencias sociales, comunicativas y lingüísticas, y de las habilidades para la simbolización y la flexibilidad mental.

Las definiciones anteriormente expuestas tienen en común la explicación del autismo a partir de tres niveles: biológico, cognitivo y conductual. Sin embargo, en la actualidad el autismo se contempla más a partir de sus características conductuales que por su etiología biológica (Happé, 2011).

Actualmente, el diagnóstico se asocia a las palabras 'trastorno del espectro', cuyas siglas al completo constituyen la abreviatura TEA. Cada término asociado, al ser analizado de manera independiente, contiene en sí mismo un significado representativo. Por un lado, se denomina trastorno por ser una alteración de las condiciones de vida de una persona. Por otro lado, la palabra espectro sugiere la variedad de síntomas que lo componen, al igual que la diversidad en cuanto a la severidad de actuación, la edad de inicio y de diagnóstico, la asociación con otros desórdenes, etc. (Aguirre et al., 2008). Por consiguiente, cada persona con TEA puede presentar sus características en múltiples combinaciones, ya que el individuo es único a pesar de ser diagnosticado por igual.

Lamentablemente, acerca de las características de las personas con TEA se han creado ciertos falsos mitos que es conveniente desmentir (Happé, 2011):



- El autismo no está motivado por una “paternidad fría”, es una alteración biológica.
- No “se cura”, es un trastorno de carácter vitalicio.
- No es una excentricidad de la persona, es un trastorno grave de la comunicación y la socialización.
- El autismo puede actuar en todos los niveles de CI, si bien suele ir acompañado de dificultades en el aprendizaje.

## 4.2. Breve historia del autismo

El trastorno autista ha coexistido con el ser humano en todas las épocas históricas, sin embargo, en muchas ocasiones ha permanecido latente entre la sociedad por la carencia de medios diagnósticos o la confusión con otros trastornos como la esquizofrenia. Los antecedentes pueden vislumbrarse en antiguas leyendas de diversas culturas en las que aparecían personajes cuya falta de sentido común resultaba desconcertante a los demás. Cabe destacar que dichos personajes eran mayoritariamente varones, dato que se explicará en el apartado ‘Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista’.

Leo Kanner, psiquiatra infantil de origen austriaco, fue el primer profesional en diagnosticar este tipo de trastorno bajo la denominación de ‘autismo’, tras la publicación en 1943 de su artículo “Las alteraciones del contacto afectivo en los autistas”. En él, evaluó a 11 niños cuyo síntoma destacable era el ‘aislamiento autista’ que consistía en una soledad extrema, y la obsesiva insistencia por preservar la invarianza (Happé, 2011). Desde entonces, Kanner es conocido como el ‘padre del autismo’ y a su descripción del trastorno se le conoce también como ‘autismo clásico’ o ‘autismo de Kanner’.

Un año más tarde, en 1944, el psiquiatra Hans Asperger publica la descripción de unos niños cuyas características eran equivalentes a las del autismo reseñado por Kanner, pero esta vez los sujetos poseían un elevado cociente intelectual

(CI), lo que actualmente se designa como ‘Síndrome de Asperger’ (Baron-Cohen, 2010). Asperger comentaba que estas manifestaciones eran propias de la ‘psicopatía autista’ (Happé, 2011).

Tal como se aprecia en las respectivas exposiciones, Kanner y Asperger coinciden tanto en la elección de la palabra autista y en la duración vitalicia de la alteración; como en los problemas sociales que presentan estos individuos debido a su escaso contacto ocular, estereotipia de palabra y movimientos, resistencia al cambio, intereses aislados y específicos, etc.

Ahora bien, entre el autismo clásico y el Síndrome de Asperger existen ciertas discordancias en el diagnóstico clínico de los individuos estudiados (Happé, 2011) (Baron-Cohen):

	Leo Kanner 'Autismo clásico'	Hans Asperger 'Síndrome de Asperger'
<b>Coficiente Intelectual (CI)</b>	Cualquier CI.	CI en la media o superior.
<b>Capacidades lingüísticas</b>	Retraso o inexistencia de la adquisición de las habilidades lingüísticas.	Buena adquisición en las habilidades lingüísticas, incluso.
<b>Capacidades motrices y de coordinación</b>	Torpes en motilidad gruesa. Hábiles en motricidad fina.	Poco ágiles tanto en habilidades motrices gruesas como finas.

Tabla 1. Discordancias entre el Autismo Clásico y el Síndrome de Asperger. / Elaboración propia.

Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, se sirvió del término autista para describir la esquizofrenia. En cambio, el TEA se diferencia en tres características esenciales (Happé, 2011).

- Los pacientes autistas presentan más una mejoría que un deterioro en sus capacidades.
- Ausencia de alucinaciones en personas con autismo, al contrario que en los pacientes con esquizofrenia.

El psicoanalista austriaco Bruno Bettelheim investigó en 1964 las relaciones entre una muestra de niños autistas y sus progenitores, lanzando como hipótesis que la falta de afecto por parte de estos últimos causaba síntomas de rasgo autista en sus descendientes. La parentectomía, terapia propuesta por Bettelheim, consistía en separar a los menores de sus familiares directos con la ambición de mejorar las condiciones de vida de estos niños. Esta idea ha sido totalmente refutada en varios estudios, confirmando así que ni la hipótesis ni el tratamiento eran apropiados (Baron-Cohen, 2010).

El Premio Nobel de Medicina del año 1973, Nikolaas Tinbergen, especuló que el origen del autismo tenía sus raíces en un posible trauma en el apego del niño con su madre, como podría ser una separación temprana. El mencionado autor planteó un tratamiento conocido como 'terapia del apego', en la que se obligaba al niño a abrazar con fervor a sus ascendientes para superar la relación hostil. Análogamente al caso anterior, las medidas terapéuticas causaron una gran controversia y se desestimó su efectividad (Baron-Cohen, 2010).

La psiquiatra británica Lorna Wing (1928-2014) se involucró en la investigación del autismo con especial entusiasmo y dedicación, pues fue madre de una hija autista (Baron-Cohen, 2010). En 1988 introdujo el término de 'espectro' para clarificar que dicho trastorno era multiforme, ya que existe una amplia gama de manifestaciones que varía en cada individuo dependiendo de su gravedad. Las alteraciones universales fueron recapituladas en tres aspectos fundamentales, lo que se conoce como la 'Tríada de Wing' (Happé, 2011):

- Carencias en la interacción social.

- Déficit en la comunicación (verbal y no verbal).
- Patrón de intereses restringidos y deseo obsesivo de inmutabilidad.

A día de hoy, esta es la base diagnóstica más recurrente debido a que son características muy representativas del trastorno. Al mismo tiempo, no debemos olvidar que multitud de síntomas que presentan estos pacientes no son específicos y pueden ser compartidos con otras alteraciones psíquicas, como por ejemplo estereotipias motoras o autolesiones.

Ya en la década de los 90, se incorporaron dos nuevos subgrupos del TEA: el autismo atípico –sólo aparecen algunos de los rasgos más significativos– y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (TGD-NE) (Baron-Cohen, 2010).

### 4.3. Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista

Los estudios de prevalencia analizan la proporción existente entre las personas que padecen una enfermedad o trastorno con respecto al total de la población en estudio. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC del inglés Centers for Disease Control and Prevention), en un estudio sobre la población con TEA norteamericana, concluye que:

- Esta alteración aqueja de igual modo a todas las razas, etnias y grupos socioeconómicos.
- 1 de cada 110 niños está afectado por el Trastorno del Espectro Autista.
- Entre el 30 y 51% de los individuos con TEA, posee discapacidad intelectual asociada (CI <70).
- La proporción en cuanto al género es de 4:1, es decir, es cuatro veces más probable en varones que en féminas.

Actualmente, se ha visto incrementada la prevalencia del Trastorno del Espectro

Autista de la población infantil. Esto se debe principalmente a dos causas: a los cambios en los criterios de diagnóstico y a un mayor diagnóstico en edades tempranas. La mayor identificación de la patología permite un mejor diagnóstico e intervención psicopedagógica, mejorando la cobertura de necesidades básicas de los pacientes, incluso en los casos más leves (Aguirre et al., 2008). En síntesis, un incremento en los diagnósticos facilita un tratamiento adaptado a las características de cada individuo con TEA.

En cambio, existe cierta controversia en cuanto al origen de la prevalencia del trastorno. Algunas de las hipótesis que se sugieren son la inyección de la vacuna triple vírica (sarampión, paperas y rubeola) y la presencia de mercurio en ciertas vacunas. Cabe aclarar que ninguna de estas dos conjeturas está comprobada científicamente mediante investigaciones (Baron-Cohen, 2010).

#### 4.4. Diagnóstico y tratamiento del Trastorno del Espectro Autista

La confección de un diagnóstico adecuado resulta imprescindible para determinar la incidencia y repercusión producida en los sujetos con TEA. La valoración siempre ha de elaborarse por parte de un equipo de especialistas; si bien es cierto que desde los primeros años de vida el entorno más directo comienza a percibir conductas fuera de lo habitual.

Entre estos comportamientos inusuales se puede atisbar una conducta solitaria e indiferente ante los demás, dificultades para iniciar y mantener relaciones sociales con iguales, negación ante compartir juegos con otros niños o niñas de manera espontánea, deterioro de las habilidades comunicativas y de interacción, etc. En el plano cognitivo son los docentes quienes, con más frecuencia, aprecian las características vinculadas con el deterioro en la capacidad del lenguaje (comprensión, expresión, de conversación...), de entender las relaciones interpersonales, de no comprender las normas sociales, un pensamiento simbólico muy limitado a la

hora de imaginar u organizarse el tiempo y comportamientos obsesivos, entre otros (Aguirre et al., 2008).

Además de estas señales de alerta que su entorno más inmediato puede entrever, los expertos disponen de instrumentos de detección para identificar o descartar el Trastorno del Espectro Autista (Aguirre et al., 2008):

##### a) Pruebas generales.

- SCQ (Social Communication Questionnaire): cuestionario a rellenar por la familia de niños y niñas mayores de cuatro años. En él, se evalúan las habilidades de comunicación y la actividad social, así como la gravedad de los síntomas.
- GARS (Gilliam Autism Rating Scale): de los tres a los veintidós años, valora la severidad de las conductas estereotipadas, las dificultades en la comunicación y en la interacción social.
- CSBS (Communication and Symbolic Behavior Scales): prueba válida de los seis meses a los seis años para estimar la habilidad comunicativa, de sensibilidad socioemocional y desarrollo simbólico.

##### b) Pruebas para la detección temprana.

- CHAT (Checklist for Autism in Toddlers): cuestionario con indicadores de riesgo específicos de autismo.
- M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers): versión ampliada del cuestionario CHAT con preguntas de respuesta SI/NO. De 18 a 24 meses.

Como se apuntaba anteriormente, el diagnóstico se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por: psiquiatras y/o psicólogos infantiles, psicólogos clínicos, logopedas, maestros especialistas en Pedagogía Terapéutica, pedagogos... y demás profesionales necesarios. Las herramientas más frecuentes son la observación directa y las entrevistas personalizadas; con preguntas ajustadas al nivel cognitivo del entrevistado sobre sus relaciones sociales, estrategias de

comunicación, intereses y rituales (Baron-Cohen, 2010).

Entre los instrumentos más especializados y estandarizados, los expertos de las diferentes disciplinas pueden manejar las siguientes pruebas diagnósticas (Aguirre et al., 2008):

#### a) Entrevistas.

- ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised): entrevista dirigida a padres y madres, cuyas cuestiones evalúan la interacción social recíproca, la comunicación y lenguaje, el juego y las conductas ritualizadas del menor.
- DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder): entrevista orientada a todas las edades y niveles de cognición, donde se valoran las actividades repetitivas, las conductas desadaptativas, la naturaleza de las interacciones sociales, entre otros.
- PIA (Entrevista sobre Autismo para padres y madres): apropiada para niños de entre 2 y 6 años, estima la conducta social, la comunicación, las actividades reiterativas y las alteraciones sensoriales.

#### b) Pruebas de observación.

- ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generis): evaluación a través de la observación de aspectos como la función comunicativa, la interacción social, las conductas estereotipadas... Desde preescolares hasta adultos.
- ACACIA (Interacción estructurada con guion establecido): se recrea una situación estructurada de interacción con un guion preestablecido. Proporciona una diferenciación diagnóstica entre el autismo y la discapacidad intelectual.

#### c) Cuestionarios.

- ABC (Autism Behavior Checklist): las preguntas, de cumplimentación por un familiar, atienden a aspectos sobre la conducta del menor.

- GARS (Gilliam Autism Rating Scale): de aplicación desde los 3 a los 22 años, estima la severidad de los síntomas de índole autista.

- IDEA (Inventario del Espectro Autista): listado de sintomatología autista que permite determinar el nivel de afectación del trastorno.

Asimismo, la valoración será ratificada según el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos reseñados en el DSM-V-TR y CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). Una vez emitido el diagnóstico y comunicado tanto al paciente como a sus allegados, es necesario facilitarles todas las ayudas que precisen. Además del apoyo individual mediante diferentes terapias, es conveniente que se les derive a organizaciones sin ánimo de lucro para que mantengan contacto con otras familias en su misma situación. Por ejemplo, la organización Research Autism divulgan los diferentes tratamientos que pueden ser efectivos para mejorar la vida de las personas con TEA (Baron-Cohen, 2010). En síntesis, el autismo es un trastorno –no una enfermedad– para toda la vida, relacionado con una alteración neurobiológica, de la cual no se sabe exactamente qué factores influyen. Para su diagnóstico es preciso observar los comportamientos y modos de comunicación de estos individuos, pues no existen marcadores biológicos para diagnosticar el TEA.

## 5. Modelo Denver de atención temprana para infantes con autismo

La propuesta pedagógica que se desea introducir para mejorar la situación educativa de los estudiantes de corta edad con Trastorno del Espectro Autista es el Modelo Denver. Los objetivos principales son fomentar su iniciativa y espontaneidad, así como normalizar su inclusión social a través de la interacción con sus contextos más cercanos.

La documentación y revisión bibliográfica de este capítulo ha sido llevada a cabo

gracias a la lectura y análisis al manual de Sally J. Rogers y Geraldine Dawson, titulado 'Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo. Estimulación del lenguaje, el aprendizaje y la motivación social' (2015).

El Modelo Denver es conocido originalmente por sus siglas en inglés ESDM, Early Start Denver Model, y considerado de corte constructivista y transaccional. El primer enfoque trata que el niño se convierta en un ser activo que construye su mundo mental y por tanto, social. Asimismo, es de corte transaccional porque se considera que el entorno más inmediato del individuo actúa e influye en su desarrollo psicosocial.

### 5.1. Precedentes del Early Start Denver Model (ESDM)

Los primeros ensayos comienzan en el año 1980, siendo publicado el primer artículo en 1986, donde se detalla el programa completo del Modelo Denver, dirigido a un target variado: desde padres de bebés o niños pequeños con TEA, hasta profesionales de diferentes sectores como educadores o terapeutas. Para llegar al enfoque que se presenta a día de hoy, el ESDM ha recopilado características de varios planteamientos:

- Modelo Denver original (1980): énfasis en las relaciones entre el desarrollo social y comunicativo.
- Modelo de desarrollo interpersonal del autismo de Rogers y Pennington (1991): realzan la afectación temprana para la imitación, que influye en el progreso de la coordinación corporal y emocional.
- Entrenamiento de Respuesta Esencial (PTR) (1980): necesidad de incrementar la motivación de los niños para que participen e interactúen en su propio aprendizaje.
- Modelo del autismo como trastorno de motivación social (2004): debido al aislamiento social de estos menores, no desarrollan correctamente las habilidades socioemocionales y comunicativas.

En definitiva, todos estos programas se interesan por desarrollar aquellas facetas en las que el niño o niña con Trastorno del Espectro Autista posea ciertas carencias: habilidades de socialización, de comunicación y lingüísticas, conductuales, de autonomía personal y autocuidado, de motricidad, etc. Para ello, es preciso reforzar las actitudes positivas y descartar las negativas mediante un aprendizaje significativo y adaptado a las cualidades de cada individuo.

### 5.2. Características generales del Modelo Denver de Atención Temprana

El objetivo de este modelo es reducir el nivel de afectación de los síntomas con el fin de mejorar su desarrollo en todos los contextos, especialmente en el ámbito cognitivo, socioemocional y lingüístico. Desde 1980, el ESDM se enfoca a construir nexos de unión entre el plano social y comunicativo en niños de entre 2 a 5 años, por eso se denomina un modelo de atención temprana. El ESDM se caracteriza por incidir en la mejora de cinco ámbitos de primordial consideración en el desarrollo integral del niño o niña con TEA:

- Imitación.
- Comunicación verbal.
- Comunicación no verbal.
- Desarrollo social.
- Juego.

El programa da comienzo con una evaluación inicial cuya duración es de doce semanas, en las cuales se verifica el nivel de desarrollo sobre un índice de ítems recopilados en la llamada 'Lista de Verificación de Aprendizaje'. Al finalizar este período, se establecen unos objetivos ajustados a lo dictaminado tras la evaluación, cuya consecución se desarrollará en las doce semanas posteriores. A modo resumen, el currículo del ESDM evalúa cuatro aspectos o habilidades fundamentales para comprobar el nivel de incidencia de los

síntomas de tipo autista y su influencia en la vida diaria de estos niños:

**a) Desarrollo del lenguaje infantil en un contexto social heterogéneo en cuanto a edad.**

Las intervenciones comunicativas, propuestas por adultos, han de promover oportunidades de participación espontánea en el desarrollo de la comunicación verbal y no verbal mediante comportamientos socio-comunicativos; como pedir permiso, compartir, etcétera. Para ello, el adulto ha de adaptar su nivel de lenguaje a las necesidades cognitivas del menor.

**b) Desarrollo de conductas complejas.**

El desarrollo conductual se ha de producir en un contexto práctico donde las actividades se presenten de manera progresiva en cuanto a su dificultad, buscando así la interiorización de conductas simples que se transformarán más adelante en otras de mayor complejidad. Para ello, lo idóneo es mostrar las distintas habilidades en una misma secuencia didáctica, es decir, no presentarlas de manera aisladas para ser más fidedignos a su desarrollo real. Por ejemplo, entremezclar la enseñanza del lenguaje con la imitación y el juego simbólico.

**c) Enfoque multidisciplinar de la intervención.**

La diversidad de ámbitos en los que influyen las dificultades que presentan los infantes con autismo ocasiona la coordinación de profesionales de diferentes disciplinas:

- Psicología del desarrollo y clínica: examinan el nivel de adquisición de los hitos cognitivos y socioemocionales en sus pacientes.
- Análisis conductual aplicado: corrección de conductas no deseadas.
- Pedagogía con especialidad en Educación Infantil: sus bases de estudio son la cognición, las actividades

didácticas, el juego y la imitación.

- Logopedia: estudio del desarrollo secuencial de la lingüística y las actitudes comunicativas.
- Terapia Ocupacional (TO): análisis y potenciación de las habilidades de psicomotricidad fina y gruesa, de autocuidado e independencia personal.
- Asimismo, la colaboración con los servicios médicos y pediátricos permitirá una mejora en los hábitos saludables del niño o niña con TEA.

**d) Personalización sistemática.**

La personalización radica en la individualización de las estrategias didácticas a través de un currículo adaptado a las necesidades del niño, la atención a sus preferencias e intereses y a las de los familiares; todo ello bajo la supervisión y toma de decisiones del terapeuta.

**5.3. Estrategias didácticas del Modelo Denver de Atención Temprana**

El Modelo Denver de atención temprana se rige mediante un conglomerado de estrategias didácticas que, compaginadas entre sí, estimulan una conducta socio-comunicativa en el niño con Trastorno del Espectro Autista.

**a) Estado de ánimo positivo.**

En primer lugar, resulta esencial que el aprendizaje –tanto cognitivo como social– se transmita en contextos que provoquen al niño cierto interés, para que deseen participar socialmente e interactuar con los demás. El enfrentamiento a estas actividades creará rutinas positivas que reforzarán el valor de la recompensa social como un fin en sí mismo. En otras palabras, es crucial que el ambiente sea positivo e interesante para que quieran y les guste participar, con lo que se conseguirá un moldeamiento efectivo de conductas.

**b) Juego como escenario para la intervención psicopedagógica.**

A través de un acto tan natural como es el juego, se pueden recrear actividades cuya finalidad sea la educación emocional de los estudiantes de corta edad con Trastorno del Espectro Autista. El experto enunciará los objetivos a alcanzar con el juego propuesto: mejorar las habilidades imitativas o de comunicación, enriquecer el juego simbólico e imaginativo, potenciar la motricidad fina y gruesa, etc.

### **c) Enseñanza intensiva.**

Uno de los grandes obstáculos que encuentran los jóvenes con TEA es la reducción de oportunidades de aprendizaje en los múltiples contextos sociales. A fin de restablecer estas oportunidades, es indispensable facilitar el mayor número de experiencias interactivas donde desarrollen sus habilidades socio-comunicativas, anímicas y cognitivas. Para ello, los cuidadores, terapeutas y familiares deberán mostrar su máximo interés y sensibilidad por las iniciativas de estos niños.

### **d) Estrategias de conducta positiva para aminorar conductas no deseadas.**

Los hábitos agresivos, dañinos para la propia persona o para los demás, no aceptados socialmente o referentes a pautas altamente repetitivas; conduce a lo que se denomina comportamientos no deseados. El planteamiento del ESDM apuesta por disminuir dichas conductas mediante la sustitución por otras más positivas, en vez de centrar los esfuerzos únicamente en erradicar las costumbres negativas. La enseñanza de un comportamiento deseado aumentará la probabilidad de que se produzca este último en vez de uno negativo.

### **e) Implicación directa de la familia.**

De nada sirve un currículo adaptado a las necesidades del niño o niña con Trastorno del Espectro Autista y la coordinación entre expertos de diversas disciplinas, si la familia se mantiene al margen. Para una buena práctica, por un lado, es vital que los profesionales asesoren y ayuden a los familiares, para que éstos se

involucren activamente en el programa y fomenten las mismas oportunidades de desarrollo social y afectivo. Por otro lado, los terapeutas y demás técnicos deberán personalizar el plan de atención temprana para incluir los valores y preferencias familiares.

En síntesis, los aspectos revelados anteriormente definen en su totalidad el estilo de actuación del Early Start Denver Model (ESDM). El énfasis de la intervención se sitúa en el aumento de iniciativas comunicativas en ambientes naturales y con el soporte de ambos padres.

## **5.4. Similitudes y diferencias del ESDM con otros modelos de intervención para niños con TEA**

El ESDM, como se ha podido comprobar a lo largo del TFM, diseña de manera práctica y científicamente una metodología que despierta gran sensibilidad hacia las intervenciones educativas que fomentan el desarrollo íntegro de estos niños. En cuanto a las similitudes con otros modelos de intervención educativa para los niños con TEA, cabe destacar el fuerte énfasis con el que se tratan las interacciones sociales como puente hacia el desarrollo. En este caso, se asemeja con los estudios expuestos por Mahoney y Perales, con el modelo DIR/Floortime, de intervención para el desarrollo de las relaciones (2005), modelo SCERTS, etc. A diferencia de todos ellos, el Modelo Denver de atención temprana atiende todos los ámbitos del desarrollo, mientras que los nombrados se centran únicamente en el aspecto comunicativo.

Relacionando el PRT (Pivotal Response Treatment) con el modelo objeto de estudio, se puede constatar la semejanza de ambos por el empleo de entornos externos a las aulas para el desarrollo lingüístico del estudiante. En cambio, el ESDM acentúa el valor que poseen los estados anímicos en dicho desarrollo. Por último, en comparación con el método Lovaas (1987), sendos enfoques tratan todos los ámbitos de desarrollo a través de

la enseñanza intensiva y la modelación de conductas.

Como conclusión, el ESDM es un modelo de intervención en autistas de entre 2 a 5 años, cuya robusta base empírica es exclusivamente equiparable al PRT y al procedimiento Lovaas. Incluso así, el Modelo Denver es el único que enfoca sus actuaciones a todos los ámbitos del desarrollo humano en edades tempranas. Asimismo, las interacciones positivas se pueden exponer ante cualquier contexto con la participación conjunta de las familias y los terapeutas.

Con todo ello no se manifiesta que sea el mejor método en contraposición al resto, ya que hay que seleccionar aquel que ligue con las características y necesidades del menor con TEA.

## **6. Aplicación práctica del Modelo Denver de Atención Temprana**

### **6.1. Entornos de aplicación**

La aplicación del Método Denver en el período de Educación Infantil (de 0 a 6 años) es plenamente viable y positivo en diversos contextos, desde los más cercanos a la escuela hasta los referentes con el entorno familiar.

En ámbito académico, el ESDM puede adaptarse dependiendo de los modelos de escolarización: en aulas de centros de enseñanza especial y en aulas inclusivas de centros ordinarios, ambos en la etapa preescolar. De cualquier modo, el programa consta de 25 horas a la semana y distribuye esas sesiones a diario, con una relación de adultos-niños de 1:1 ó 1:2.

El domicilio familiar también es un lugar apto para suministrar los objetivos y labores didácticas del modelo objeto de estudio. Los padres participarán en las intervenciones propuestas por los terapeutas y acogerán las recomendaciones de estos profesionales. Otra opción es que los progenitores se instruyan acerca de todos los aspectos del ESDM, asistiendo junto a su hijo a un gabinete de atención especializada en sesiones de una o dos horas semanales,

donde aprenderán a implementar rutinas y actividades de juego en el hogar. En ambas posturas, la intervención intensiva posee una relación 1:1 durante las 20 horas semanales de sesiones cuya duración no excede las dos horas.

### **6.2. Destinatarios y remitentes de la intervención**

Los receptores de la intervención son niños de entre uno a cinco años, de género mayoritariamente masculino de cualquier etnia, clase social o nivel económico. A partir de los cinco años poseen otras capacidades evolutivas, por lo que es recomendable buscar un modelo homólogo de intervención que posea un currículo más avanzado y adaptado a las necesidades propias de la edad.

El equipo interdisciplinar que imparta el Modelo Denver será un conjunto coordinado de pedagogos especializados en E.I. (Educación Infantil), psicólogos clínicos y/o del desarrollo, terapeutas ocupacionales y logopedas, junto a los maestros de pedagogía terapeuta (PT) y aquellos docentes que participen en la enseñanza del niño.

Todos ellos tienen en común las buenas habilidades de intervención mediante el juego, el enfoque didáctico de las sesiones, la práctica de técnicas de enseñanza participativas, etc.

### **6.3. Procedimientos del ESDM**

#### **a) Formular los objetivos didácticos.**

A fin de proponer unos objetivos pedagógicos que mejoren las destrezas en las que los menores con TEA posean carencias, es necesario efectuar una valoración preliminar mediante la "Lista de Verificación del Currículo del ESDM" que se analizará en apartados sucesivos en el presente TFM.

El terapeuta principal será el encargado de coordinar al equipo multidisciplinar y encauzar los objetivos didácticos, definiendo en torno a dos o tres metas a corto plazo para cada uno de los ítems de la lista de verificación. Su logro ha de



darse en un período de doce semanas, tiempo en el cual se evaluará el nivel de obtención de los objetivos. Acto seguido; se revisarán o ajustarán los objetivos que no se hayan cumplido se o propondrán unos nuevos.

#### **b) Análisis de las fases de enseñanza.**

Una vez se hayan definido los objetivos didácticos de manera individualizada, se han de estipular el número y duración de las sesiones donde se llevarán a cabo, además de las actividades que estimularán su consecución.

Durante el trascurso, el terapeuta responsable de la sesión anotará en un cuaderno de manera diaria los resultados de la intervención. De esta manera, reunirá los objetivos de las doce semanas al completo, realizando un seguimiento de cómo se produce la adquisición y las conclusiones finales.

#### **c) Cuaderno de la intervención.**

El cuaderno de intervención será redactado por todos los miembros del equipo que ejecuta el Modelo Denver. En él se plasmarán los objetivos a desarrollar, el análisis diario de las tareas, las problemáticas encontradas y sus posibles soluciones, el plan horario de cada sesión, etc. Esta libreta se guardará en un lugar de fácil acceso, por ejemplo, donde tengan lugar la mayoría de las sesiones o en la sala de reunión de todos los terapeutas que intervienen en las sesiones.

#### **d) Aspectos éticos.**

En el supuesto caso de que la intervención intensiva se realizara a domicilio, se exige que los profesionales posean una impecable formación académica y experiencia demostrable en este patrón de dinámicas, así como una buena preparación en los códigos deontológicos.

Los terapeutas deben tener en cuenta los límites en la relación con sus pacientes y no involucrarse emocionalmente en exceso.

## **7. Lista de verificación del currículo del ESDM**

La ya mencionada 'Lista de verificación del currículo del ESDM' es una herramienta apropiada para contrastar los criterios de referencia con las secuencias de adquisición de habilidades de diversos ámbitos del desarrollo: comunicación receptiva y expresiva, imitación, cognición, juego, motricidad fina y gruesa, conducta y aspectos relacionados con la independencia personal –comer, vestirse, aseo y tareas del hogar–.

El listado está ordenado según cuatro niveles de desarrollo, que corresponden aproximadamente a las siguientes edades: de 12 a 18 meses, de 18 a 24 meses, de 24 meses a 3 años y de 3 a 5 años. Como es lógico, estos hitos evolutivos están divididos conforme al perfil habitual de un niño con Trastorno del Espectro Autista, por lo que no se equiparan a los del desarrollo de un niño normotipo, existiendo cualidades en menor o mayor grado de desarrollo.

El registro de evaluación está constituido por tres columnas verticales cuyo espacio está asignado a las evaluaciones por parte de la observación directa, las entrevistas con los padres e informe del educador u otro profesional que desee aportar información acerca de las habilidades objeto de estudio. La leyenda es la siguiente:

- + o L (logrado): el sujeto consigue realizar la habilidad de forma sistemática en el momento adecuado y generaliza su acción a diferentes contextos.
- ± o L/N (logrado/no logrado): el sujeto reproduce unos resultados que no son sistemáticos. En otras palabras, en ciertas ocasiones efectúa las acciones y en otras, no.
- - o N (no logrado): no sea podido observar el desarrollo de la conducta o existe gran dificultad para provocar que se produzca.

Una última columna nombrada bajo el vocablo código señala la evaluación

final de carácter sumatoria; es decir la valoración conjunta del observador, los progenitores y el equipo interdisciplinar.

Los códigos a plasmar son:

- A (adquirido): el sujeto demuestra que domina la habilidad y los padres aseguran que se produce de manera sistemática.
- P (parcial o con ayuda): la conducta es revelada en ciertas ocasiones o con ayuda adicional. Tanto los progenitores como los distintos profesionales opinan que el niño o niña realiza parte de la habilidad.
- N (no adquirido): no consigue realizar la habilidad o no la ha demostrado por el momento. Su entorno informa que posee dificultades en dicha tarea.
- S (sin oportunidad): no se producen oportunidades donde se constante.

Con el fin de esclarecer de manera visual cualquier duda que haya podido surgir, la siguiente tabla presenta un ejemplo del prototipo de esta lista de verificación:

ÁMBITO: Comuni- cación Receptiva (Nivel I)	Nº de habilidad	15
	Descripción	Sigue instrucciones rutinarias relacionadas con acciones corporales, sin que vayan acompañadas de gestos (por ejemplo: "siéntate").
	Observador	
	Informe progenitores	
	Informe terceros	
	Código	

Tabla 2. Simulación de la Lista de Verificación.  
Basada en Rogers y Dawson, 2015.

Nota informativa: la lista de verificación del currículo del modelo Denver de atención temprana no se puede reproducir por derechos de autor. Está disponible en la página web de la Federación de Autismo de Castilla y León Autismo Ávila y en la publicación del manual de Sally J. Rogers y Geraldine Dawson.

## 8. Evaluación del ESDM

La evaluación de los resultados obtenidos mediante de la lista de verificación del ESDM será llevada a cabo por los mismos profesionales que tratan al niño, los cuales valorarán punto por punto todos los aspectos del nivel correspondiente a las habilidades del niño con TEA. La lista de verificación se aplica al igual que los métodos de intervención, a través de actividades de juego donde se trabajen diversas competencias –cognitivas, sociales, de comunicación...-. Al evaluar cada uno de los cuatro niveles se determina qué habilidades han surgido tras las sesiones y cuáles aún no han emergido. Si el niño supera casi todos los objetivos de un determinado nivel pero posee dificultades en ciertos aspectos, está capacitado para avanzar al siguiente.

El grado de dominio de cada objetivo o habilidad está marcado por la adición de las puntuaciones brindadas por el terapeuta principal, las entrevistas con los padres y los informes de los profesionales que participen en la intervención psicopedagógica. Para discernir cuál es la calificación adecuada, se ha analizar la descripción de los objetivos de cada nivel. El cifrado de la puntuación es el ya comentado en el apartado 'Lista de verificación del currículo del ESDM'.

## 9. Conclusiones

El trastorno del espectro autista (TEA) es una alteración del neurodesarrollo que comienza en la niñez y permanece durante toda la vida del individuo, cuyos síntomas más relevantes inciden en sus capacidades sociocomunicativas y emocionales. La multiplicidad en la manifestación de estas características forma individuos totalmente

dispares a pesar de estar diagnosticados bajo el mismo trastorno. Cada persona con TEA es distinta; por eso sus conductas, sus actos comunicativos, la limitación de sus intereses o sus comportamientos repetitivos son heterogéneos en cuanto a su nivel de exteriorización.

Al no tratarse de una enfermedad, el trastorno no se suprime con un tratamiento clínico, sino que las intervenciones psicoeducativas son fundamentales para paliar los síntomas que afecten negativamente a la vida diaria de estas personas. Desde los centros educativos, independientemente del modo de escolarización, se ha de fomentar la atención personalizada a los alumnos con TEA, adaptando con flexibilidad el currículo para integrarles académica y socialmente en el sistema escolar. Igualmente, para que el apoyo sea efectivo ha de ser precoz. Por ello, el método de intervención seleccionado es el Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo (ESDM).

El ESDM, proporcionado por un equipo interdisciplinar de profesionales, es una experiencia que destina sus actuaciones a niños con autismo durante la etapa de Educación Infantil. Las prácticas de intercambio e interacción fomentan un interés compartido entre los participantes, gracias a un conductas y estados afectivos positivos.

La intervención se lleva a cabo mediante programas individuales dentro de contextos naturales y junto al vínculo de los progenitores. Los objetivos, totalmente personalizados, son evaluados cada doce semanas a fin de mejorar todas las habilidades del niño y ajustar la ayuda pedagógica siempre que sea necesario.

La actuación se centra en las carencias propias de los niños con trastorno autista: las habilidades de socialización, de comunicación verbal y no verbal, de expresión y comprensión lingüística, de motricidad fina y gruesa, de imitación, de juego, de conducta, de autonomía personal y autocuidado, etc.

A fin de evaluar el progreso en dichas competencias, tanto los terapeutas como los familiares cotejarán que se cumplen los objetivos propuestos para cada caso, tomando como referencia la 'lista de verificación de aprendizaje' del ESDM.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, he de clarificar que no he constatado la efectividad del ESDM por mí misma, debido la inviabilidad personal de aplicar la propuesta por carencia de tiempo. Por este motivo, no he obtenido resultados prácticos de esta revisión bibliográfica, pero sí una visualización general del funcionamiento del modelo de intervención. No obstante, numerosos trabajos de investigación que han analizado y puesto en praxis este método, verifican su eficacia.

Igualmente, por motivos de derechos de autor y protección de copyright, la lista de verificación del currículo del modelo Denver no se puede reproducir en el presente trabajo. Si se desea consultar los objetivos pertenecientes a cada nivel de destreza, están disponibles en el manual de Sally J. Rogers y Geraldine Dawson o en la página web de la federación Autismo Ávila.

Por último, como línea de investigación futura me gustaría trasladar íntegramente los conocimientos teóricos a la práctica, en un centro de escolarización preferente de estudiantes con trastorno del espectro autista. Con esta oportunidad, podría emprender una investigación con la que analizar los resultados obtenidos tras la aplicación del modelo Denver de atención temprana y concretar más específicamente los objetivos y recursos materiales y personales necesarios para llevar a cabo la intervención.

## 10. Referencias bibliográficas

- Aguirre Barco, P.; Álvarez Pérez, R.; Angulo Domínguez, M. C. y Prieto Díaz, I. (2008). Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo. Consejería de

Educación de la Junta de Andalucía y Dirección General de Participación e Innovación Educativa: Andalucía, España. ISBN: 978-84-691-8125-6. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/36338ca4-71b5-4bd7-8736-f2098ef27f69>.

- American Psychiatric Association (APA) (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V. Editorial Médica Panamericana: Argentina. ISBN: 978-84-8935-809-4.

- American Psychiatric Association (APA) (2001). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson: Barcelona. ISBN: 978-84-458-1077-3.

- Angulo Domínguez, M. C.; Luna Reche, M.; Prieto Díaz, I.; Rodríguez Labrador, L. y Salvador López, M. L. (2008). Manual de servicios, prestaciones y recursos educativos para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo. Consejería de Educación de la Junta de Andalucía y Dirección General de Participación e Innovación Educativa: Andalucía, España. ISBN: 978-84-691-8121-8. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/e120caaa-7fbd-4e00-b166-54311bc3ad21>

- Aranda Rendruello, R.E. (coord.) (2002). Educación Especial. Pearson Educación: Madrid, España. ISBN: 978-84-205-3548-7.

- Baron-Cohen, S. (2010). Autismo y Síndrome de Asperger. Psicología Alianza Editorial: Madrid, España. ISBN: 978-84-206-6941-0.

- Celdrán Clares, M. I. Y Zamorano Buitrago, F. "Trastornos de la comunicación y el lenguaje". Enlace: <http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/unidad23.pdf> [Visitado el 22 de octubre de 2016].

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalencia del autismo. <http://www.cdc.gov/ncbddd/>

[autism/data.html](http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html) [Visitado el 16 de octubre de 2016]

- Confederación Española de Autismo (FESPAU). Definición del concepto autismo. <http://www.fespau.es/autismo-tea.html#def> [Visitado el 9 de octubre de 2016].

- Consejería de Educación, Juventud y Deporte. Compilación de normativa vigente de la C.A.M. acerca de Orientación Educativa: Necesidades Especiales. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1142329685640&idConsejeria=1109266187254&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142359974952&pagename=ComunidadMadrid/Estructura&pv=1142329630823](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142329685640&idConsejeria=1109266187254&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142359974952&pagename=ComunidadMadrid/Estructura&pv=1142329630823) [Visitado el 13 de octubre de 2016].

- Constitución Española de 1978, en su Capítulo III: De los principios rectores de la política social y económica, artículo 49. <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=49&tipo=2> [Visitado el 17 de octubre de 2016].

- Happé, F. (2011). Introducción al autismo. Psicología Alianza Editorial: Madrid, España. ISBN: 978-84-206-4830-9.

- España, Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI). Boletín Oficial del Estado, 30 de abril de 1982, núm. 103, pp. 11106-11112. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-9983>.

- España, Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, 4 de mayo de 2006, núm. 106, pp. 17158-17207. <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>.

- España, Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la calidad educativa. Boletín Oficial del Estado, 10 de diciembre de 2013, núm. 295, pp. 97858-97921. <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf>.

- España, Orden de 18 de septiembre

de 1990, por la que se establecen las proporciones de profesionales/alumnos en la atención educativa de los alumnos con necesidades educativas. Boletín Oficial del Estado, 2 de octubre de 1990, núm. 236, pp. 28615-28616. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-24063>.

- España, Orden de 9 de diciembre de 1992, por la que se regula la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica. Boletín Oficial del Estado, 18 de diciembre de 1992, núm. 303, pp. 42991-42993. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-27998>.

- España, Orden de 7 de septiembre de 1994, por la que se establece la sectorización de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica. Boletín Oficial del Estado, 20 de septiembre de 1994, núm. 225, pp. 28724-28739. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-20681>.

- España, Orden de 14 de febrero de 1996 sobre la evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales que cursan las enseñanzas de régimen general establecidas en la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. Boletín Oficial del Estado, 23 de febrero de 1996, núm. 47, pp. 6916-6918. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-4126>.

- España, Orden de 14 de febrero de 1996 por la que se regula el procedimiento para la realización psicopedagógica y el dictamen de escolarización y se establecen los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales. Boletín Oficial del Estado, 23 de febrero de 1996, núm. 47, pp. 6918-6922. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-4127>.

- España, Orden 1493/2015, de 22 de mayo, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se regula la evaluación y la promoción de los

alumnos con necesidad específica de apoyo educativo, que cursen segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y Enseñanza Básica Obligatoria, así como la flexibilización de la duración de las enseñanzas de los alumnos con altas capacidades intelectuales en la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, 15 de junio de 2015, núm. 140, pp. 119-141. [https://www.bocm.es/boletin/CM\\_Orden\\_BOCM/2015/06/15/BOCM-20150615-12.PDF](https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2015/06/15/BOCM-20150615-12.PDF).

- España, Orden 1910/2015, de 18 de junio, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se regula la adaptación de los modelos de los documentos básicos de evaluación a la enseñanza básica obligatoria, en centros de Educación Especial y aulas de Educación Especial en centros ordinarios de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial del Estado, 30 de junio de 2015, núm. 153, pp. 60-79. [https://www.bocm.es/boletin/CM\\_Orden\\_BOCM/2015/06/30/BOCM-20150630-18.PDF](https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2015/06/30/BOCM-20150630-18.PDF).

- España, Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial. Boletín Oficial del Estado, 16 de marzo de 1985, núm. 65, pp. 6917-6920. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-4305>.

- España, Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. Boletín Oficial del Estado, 2 de junio de 1995, núm. 131, pp. 16179-16185. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-13290>.

- España, Real Decreto Legislativo 1/2003, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632#ddunica>.

- Federación de Autismo de Castilla y León "Autismo Ávila". <http://www>.

autismoavila.org [Visitado el 30 de octubre de 2016].

- Real Academia Española (R.A.E.). Definición de la palabra autismo. <http://dle.rae.es/?id=4QrvrKS> [Visitado el 17 de octubre de 2016].
- Real Academia Española (R.A.E.). Definición del vocablo prevalencia. <http://dle.rae.es/?id=U8xd4iz> [Visitado el 8 de octubre de 2016].
- Rogers, S.J. y Dawson, G. (2015). Lista de verificación del currículo del Modelo Denver de atención temprana. Autismo Ávila: Ávila, España. ISBN:978-84-940322-4-0.
- Rogers, S.J. y Dawson, G. (2015). Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo. Estimulación del lenguaje, el aprendizaje y la motivación social. Autismo Ávila: Ávila, España. ISBN: 978-84-940322-2-6.