

**INTERVENCIÓ PSICOPEDAGÒGICA DELS
ALUMNES QUE PRESENTEN ALGUN
TRASTORN GENERALITZAT DEL
DESENVOLUPAMENT: ANÀLISI D'UN CAS.**

TREBALL DE FINAL DE GRAU DE MESTRE
D'EDUCACIÓ INFANTIL.

Autora: Meritxell Font Padilla

Curs: 4t curs.

Professor: Manuel Sánchez Cano

Universitat de Vic, Maig de 2013

Agraïments

Vull agrair l'atenció que va tenir amb mi, la Gemma Riera (mestra de la UVic), ja que em va ajudar davant els dubtes que em van sorgir a l'hora d'escollir el tema.

Al Manuel Sánchez (tutor del Treball Final de Grau), que m'ha orientat en la realització d'aquest treball.

A l'Anna Casacuberta (mestra de l'escola Montserrat) perquè sempre m'ha facilitat les coses, i he tingut el gust de conèixer i tractar durant la meva estada de Pràctiques III.

A la psicòloga del CDIAP que porta el cas de l'infant que he observat, ja que ha tingut l'amabilitat d'atendre'm i poder dur a terme l'entrevista corresponent.

I per acabar, també vull agrair la comprensió de la família de l'infant, encara que el tracte hagi estat des d'un segon pla, ja que mai m'han negat quelcom.

Abreviatures

Sigles que he utilitzat al llarg del Treball Final de Grau:

-  TGD (Trastorn Generalitzat del Desenvolupament)
-  NEE (Necessitats Educatives Especials)
-  TEA (Trastorn de l'Espectre Autista) i TC (Trastorn de Conducta)
-  LOE (*Ley Orgánica de Educación*)
-  CHAT (*CHecklist for Autism in Toddlers*, instrument de detecció precoç)
-  DSM-IV (*Manual Diagnòstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*)
-  CIE-10 (*Clasificación Internacional de Enfermedades*)
-  CI (Coeficient Intel·lectual)
-  CDIAP (Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç)
-  PI (Pla Individualitzat)
-  TEI (Tècnica en Educació Infantil)
-  EAP (Equip d'Assessorament Psicopedagògic)
-  SEETDIC (Servei Educatiu Específic de Trastorns del Desenvolupament i Conducta)
-  CSMIJ (Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil)
-  ONCE (*Organización Nacional de Ciegos Españoles*)
-  CREDA (Centre de Recursos Educatius per a Deficients Auditius)

Resum

La principal idea que es planteja en el present Treball Final de Grau és conèixer com s'intervé en una aula amb un infant que pot presentar algun Trastorn Generalitzat del Desenvolupament (TGD). Concretament, a través de l'anàlisi d'un cas, on la hipòtesi diagnòstica actual és un retard cognitiu lleu, ja que no mostra un diagnòstic clar. No obstant, aquesta intervenció s'adequarà als símptomes i característiques de cada infant. Per tal de contemplar el desenvolupament de l'infant, s'han dut a terme diverses activitats referents a l'aprenentatge cooperatiu que han ajudat a observar la interacció del nen amb els altres infants.

Paraules – clau: Trastorn Generalitzat del Desenvolupament (TGD); Trastorn de l'Espectre Autista (TEA); Aprenentatge Cooperatiu; Necessitats Educatives Especials (NEE); Intervenció Psicopedagògica.

Abstract

The Final project proposes to know how intervene in a classroom with a child that can present a Pervasive Developmental Disorder (PDD) through the analysis of a case. Currently, the diagnostic hypothesis is a slight cognitive delay but it is inconclusive. However, this intervention will adapt to the symptoms and characteristics of each child. In order to contemplate the development of the child has been carried out different activities about to cooperative learning. These activities have helped to observe the interaction of the child with other children.

Keywords: Pervasive Developmental Disorder (PDD); Autism Spectrum Disorder (ASD); Cooperative Learning; Special Educational Needs (SEN); Psychopedagogical Intervention.

Contingut

Agraïments	2
Abreviatures.....	3
Resum.....	4
1 Introducció	7
2 Objectius/Hipòtesis.....	9
3 Fonamentació teòrica	10
3.1 Trastorns Generalitzats del Desenvolupament (TGD)	10
3.1.1 Concepte d'autisme.....	12
3.1.2 Característiques	14
3.1.3 Manifestacions.....	15
3.1.4 Identificació, avaluació i diagnòstic.....	17
3.1.5 Necessitats Educatives Especials (NEE)	26
3.1.6 Àmbit educatiu i familiar	27
3.2 Aprenentatge Cooperatiu (AC).....	29
4 Aplicació pràctica.....	31
4.1 Context de l'infant.....	32
4.2 Aspectes de l'entrevista entre la mestra/tutora i la família	33
4.3 Informe del CDIAP.....	34
4.4 Observacions sobre l'infant.....	35
4.5 Entrevistes.....	37
4.6 Activitats	43

5 Conclusions	47
6 Bibliografia	51

1 Introducció

Aquest treball es titula "Intervenció psicopedagògica dels alumnes que presenten algun Trastorn Generalitzat del Desenvolupament: Anàlisi d'un cas." Considero que és interessant realitzar aquesta proposta com a Treball Final de Grau, per tal d'aprofundir en l'atenció a la diversitat. Concretament, conèixer com s'intervé en una aula amb un infant que presenta algun trastorn generalitzat del desenvolupament.

Avui en dia, l'atenció a la diversitat segueix suscitant interès, és a dir, és un tema d'actualitat present en el nostre entorn, a les escoles. Però penso que encara falta exprimir molt més, i per això, com a futura mestra, m'agradaria saber recursos, estratègies, per tal de profunditzar en l'ensenyament - aprenentatge atenent a la diversitat, fomentant la inclusió. A més, crec que és important estudiar aquesta temàtica, perquè em pot ajudar ha comprendre millor que és el TGD i conèixer l'àmbit familiar d'un infant que presenta aquestes característiques, ja que penso que la comunicació entre els centres escolars, fent referència als docents i les famílies és la base d'una adequada intervenció educativa tant dins com fora de l'escola.

La finalitat d'aquest treball és aprendre com intervenir a l'aula amb un alumne que pot presentar algun trastorn en el seu desenvolupament. Per tant, a través d'aquest estudi, vull aprofundir en la intervenció psicopedagògica dels alumnes amb algun trastorn en el seu desenvolupament (característiques, indicadors, estratègies educatives, etc.).

Pel que fa la fonamentació general dels Trastorns Generalitzats del Desenvolupament, les aportacions de Rivière (2000), permetran aprofundir en els conceptes. Mentre que les reflexions de Dolz i Alcantud (2002), ajudaran en la intervenció psicoeducativa. Alhora, Aguirre; Álvarez; Angulo; Prieto (2002), autors del *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo* ens proporcionarà pautes d'intervenció i estratègies. Tanmateix, el diagnòstic es farà a partir d'indicadors que presenta un alumne amb algun trastorn en el seu desenvolupament i es tindran en compte les característiques personals d'aquest alumne. D'aquesta manera, el que vull estudiar a través de la investigació en relació als Trastorns Generalitzats del Desenvolupament és aprendre com intervenir amb un infant que mostri aquests trets a l'aula. No obstant, aquesta intervenció s'ha d'adaptar als símptomes i característiques de cada infant.

El *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo* (2002: 4) esmenta que: "Los

Trastornos Generales del Desarrollo són 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.” Per tant, els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament són uns trastorns que venen determinats per les diferents dificultats que manifesten les persones que presenten aquest diagnòstic, a l’hora de socialitzar-se, comunicar-se i en el comportament.

Els trastorns generalitzats de desenvolupament, a més d’incloure en el seu ventall l’autisme, també abraça altres trastorns, presumiblement relacionats amb l’autisme, que tot i que presenten diferències clares, també tenen l’essència de les seves alteracions clíniques en la dimensió de l’autisme. En canvi, els Trastorns dels Desenvolupament són trastorns que afecten la capacitat de les persones en diversos camps del seu desenvolupament, i sobretot en la seva capacitat de relacionar-se amb les altres persones, corresponen a aquest grup de trastorns els referits a l’espectre autista o els síndromes d’Asperger i de Rett, entre altres. (Associació de Familiars amb TGD de la Catalunya Central, 2009)

D’altra banda, considero que la metodologia que s’adequa més per fer una bona investigació i recollir dades, en aquest cas, es recolza en la perspectiva qualitativa. Denzin i Lincoln (2012) diuen que “la investigació està centrada en la interpretació, ja que els investigadors es centren en generalitzacions específiques i concretes però també en assajos i proves.” Per aquest motiu, les dimensions que estudiaré i analitzaré en la meva investigació es basen en la fonamentació teòrica sobre els TGD on es desenvoluparan els conceptes més rellevants i es tractaran les diferents aportacions d’autors que parlen sobre aquest tema. A partir de la revisió de la fonamentació teòrica, que em servirà per garantir la qualitat de la informació, observaré i analitzaré un cas d’un infant que presenta algun tipus de TGD, on he dut a terme la recollida de dades, a través de diferents instruments: entrevistes, observacions i el diari de recerca, durant la meva estada de Pràctiques III a l’escola Montserrat de Sarrià de Ter (Girona). I per últim, interpretaré les dades obtingudes i realitzaré unes conclusions finals on presentaré les meves aportacions relacionades amb el tema que he escollit.

2 Objectius/Hipòtesis

Els **objectius generals** del treball són els següents:

- Aprofundir en les característiques i en el desenvolupament d'un infant amb algun trastorn del desenvolupament.
- Reconèixer les característiques d'un infant amb NEE.
- Identificar les tècniques de recollida de dades d'un infant amb algun trastorn del desenvolupament.
- Aprofundir estratègies per intervenir a l'aula amb un alumne amb algun trastorn del desenvolupament.

Els **objectius específics** del treball són els següents:

- Observar i analitzar un cas d'un infant que presenta algun trastorn generalitzat del desenvolupament a l'escola, la relació escola - família i els serveis específics de suport.
- Aprofundir el treball de l'equip intern i extern del centre educatiu a partir d'un cas.
- Aprofundir en la intervenció psicopedagògica amb un infant que mostra algun trastorn del desenvolupament.

Hipòtesis:

1. L'escola inclusiva contribueix a millorar el desenvolupament cognitiu, social, afectiu, psicomotriu, del llenguatge, de l'infant que presenta algun Trastorn Generalitzat del Desenvolupament. Per tant, això es pot constatar en l'increment de conductes d'aproximació als companys, implicació en els jocs i en les activitats d'aprenentatge així com en les iniciatives d'establir contacte.
2. L'aprenentatge cooperatiu afavoreix la intensió comunicativa en la relació entre iguals.

3 Fonamentació teòrica

A través de diferents fonts de documentació he volgut fer un recull dels principals estudis que han dut a terme diversos autors sobre els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament (TGD) i de l'Aprenentatge Cooperatiu com a marc d'atenció a la diversitat.

3.1 Trastorns Generalitzats del Desenvolupament (TGD)

Segons el llibre *L'alumnat amb trastorns generalitzats del desenvolupament: l'espectre autista i les psicosis* escrit per Garanto i Paula (2003: 21): Els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament “es caracteritzen per una pertorbació greu i generalitzada de diverses àrees del desenvolupament: habilitats per a la interacció social, habilitats per a la comunicació o la presència de comportaments, interessos i activitats estereotipats.”

El alumnado con trastornos generalizados del desarrollo, sean o no de tipo autista, presenta deficiencias graves en relación al conocimiento de sí mismos, a la comprensión de los demás y del mundo que les rodea. Su personalidad está marcada por una fuerte tendencia al aislamiento y a la evitación del contacto con otras personas, que además puede acompañarse de conductas disruptivas. Sin embargo, no se trata únicamente de un problema de relación, ya que manifiestan alteraciones profundas y complejas fundamentalmente en el área de la comunicación tanto verbal como no verbal, tienen ausencia de intención comunicativa y alteraciones en la utilización del lenguaje que no utilizan o lo hacen de forma inadecuada. (Sainz, 2000: 13)

Per tant, els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament són uns trastorns que presenten dificultats de socialització, de comunicació i de comportament. A més, dins el concepte de TGD trobem diferents trastorns com és: l'Autisme, Síndrome de Rett, Síndrome d'Àsperger, entre altres. No obstant, actualment s'utilitza el terme de Trastorn de l'Espectre Autista (TEA), perquè és considerat un espectre de major afectació i és influït per altres factors (nivell comunicatiu, alteracions de conducta, etc.).

D'altra banda, el *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo* (2002: 4, 6 i 7) assenyala: “La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación (LOE), ha traído nuevas perspectivas para el abordaje de la atención a la diversidad, introduciendo como básicos los principios de equidad, normalización, inclusión y el término de necesidades específicas de apoyo educativo.” Tanmateix, avarca aquest terme al·ludint: “Los TGD proporcionan un “paraguas terminológico” al autismo y otros trastornos que incluyen similares alteraciones en habilidades sociales básicas, pero

diferentes niveles de severidad en la presencia de retraso en la comunicación y conductas repetitivas.”

A partir dels anys 90 s'utilitza el terme TEA, que va aparèixer a partir de la constatació de les investigacions que es varen fer a Inglaterra per Lorna Wing, on es mencionava que:

Todas las personas con autismo o TGD presentan alteraciones en la denominada <<tríada de Wing>> (déficits en la interacción social, la comunicación verbal y no verbal, y un patrón restringido de intereses o comportamientos) pero que un considerable número de personas tienen también, dificultades en diverso grado en estas dimensiones pese a no cumplir los requisitos de diagnóstico de los TGD. (Dolz i Alcantud, 2002: 2)

Per aquest motiu, Dolz i Alcantud (2002: 2) esmenten: *“Preferimos utilizar el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), por ser esta una categoría diagnóstica que a pesar de su falta de concreción, nos permite aproximarnos más a la idea de “espectro autista” desarrollada por Lorna Wing (1995).”* Segons el llibre *Introducción al autismo* elaborat per Happé (1998: 35): *“Wing (1988) introdujo el concepto de espectro de alteraciones para reflejar la idea de que hay toda una gama de manifestaciones de este trastorno.”*

El concepto de TGD tiene una utilidad concreta al considerar el autismo como un continuo que se presenta en diversos grados en diferentes cuadros de desarrollo, con alteraciones frecuentes en la socialización, la comunicación verbal/no verbal y patrones restrictivos/repetitivos de conducta (tríada de Wing), que se encuentran en dos a tres de cada mil personas, de los cuales sólo una pequeña minoría (no mayor al 10%) reúne estrictamente las condiciones típicas que definen al autismo de Kanner (1943).



Figura 1. Relación entre Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo y Espectro autista (tomado de Martos, 2001)

A más, el autismo és un trastorno presente desde el nacimiento o los primeros años del desarrollo que afecta a comportamientos esencialmente humanos como la interacción social, la capacidad de comunicar ideas y sentimientos, la imaginación y la capacidad de relacionarse con otras personas. Tiene generalmente efectos de por vida en la forma en que los niños y las niñas aprenden a ser seres sociales, a cuidar de sí mismos y a participar en la comunidad. (Dolz i Alcantud, 2002: 2)

D'altra banda, altres autors també fan referència aquest terme i el defineixen de la següent manera: Segons Viloca (2002: 15): *“El autismo es un trastorno de la intercomunicación y de la interrelación que se crea en los treinta primeros meses de la vida y que da lugar a un deterioro del desarrollo emocional y cognitivo.”*

A más, las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales, con falta de respuesta a las personas y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las relaciones con las personas son muy particulares: no les dirige ninguna mirada de interés; pasa por su lado sin establecer comunicación alguna y cuando la establece es fragmentaria y sensorial, sin reconocimiento del otro como persona. El anclaje en sus propias sensaciones no les permite establecer unas relaciones emocionales interpersonales adecuadas. Un pequeño cambio los trastorna y los angustia mucho, de tal manera que el consuelo de sus padres no los contiene ni los consuela. (Viloca, 2002: 15)

Per tant, es pot dir que hi ha una falta d'intencionalitat i de sentit en les seves accions. Així com el que els dóna seguretat és la constància de les situacions del seu entorn, és a dir, si es fa un canvi en lo quotidià, això els provoca angoixa.

Sin embargo, el autismo es un trastorno físico del cerebro que provoca una discapacidad permanente del desarrollo. Los diversos síntomas del autismo pueden presentarse aislados o acompañados de otras condiciones, tales como retraso mental, ceguera, sordera y epilepsia. Debido a que los niños autistas –como todos los niños- difieren ampliamente en sus habilidades y en su conducta, cada síntoma puede manifestarse de diferente manera en cada niño. Por ejemplo, los niños autistas exhiben a menudo cierto tipo de conducta extraña y repetitiva a la que se denomina conducta estereotipada. (Powers, 2005: 25)

No obstant, en aquesta primera època d'estudi (1943-1963), l'autisme es descriu com “un trastorn emocional, produït per factors emocionals o afectius inadequats, en la relació del nen amb les figures de criança. Aquests factors donen lloc al fet que la personalitat del nen no pugui construir-se o es trastorni. D'aquesta manera, mares i/o pares incapaços de proporcionar l'afecte necessari per a la criança produeixen una alteració greu per al desenvolupament de nens que haurien estat potencialment normals i que, segurament, posseeixen una intel·ligència molt millor del que sembla, però que no poden expressar per la seva pertorbació emocional i de relació. L'ús d'una teràpia dinàmica d'establiment de llaços emocionals sans és la millor manera d'ajudar els nens autistes”. (Garanto i Paula, 2003: 23)

3.1.1 Concepte d'autisme

En el llibre *El tratamiento del niño autista*, es fa una petita pinzellada del naixement del concepte autisme.

El psiquiatra suizo Eugen Bleuler fue el primero en introducir el término autismus, proveniente del griego autòs, para indiciar la separación de la realidad y el retiro a una vida interior que se manifiestan con la esquizofrenia. Bleuler fue el primer psiquiatra que utilizó los conceptos psicoanalíticos de Sigmund Freud para indagar los procesos mentales desde un punto de vista psicodinámico, aunque sin extraer las debidas consecuencias respecto de la casualidad psíquica de los trastornos psiquiátricos y su tratamiento.

Sin embargo se esdeviene que Kanner (1943) describió el autismo infantil como una entidad patológica distinta y característica de la infancia, una enfermedad mental clasificada dentro de las esquizofrenias, pero de las cuales se distingue por el exordio muy precoz, que no asiste a <<un viraje respecto a una inicial presencia de la capacidad relacional; no es un retiro con una capacidad de participación precedentemente existente>>¹. [...] Los niños autistas presentan una fisonomía extraordinariamente inteligente y suelen ser serios y pensativos, pero se vuelven ansiosos en presencia de otros, a causa de una difícil anticipación de posibles interferencias. En lo que respecta a la etiología, Kanner adopta una actitud más bien cauta. El autor, coherente con su convicción de que el autismo es una esquizofrenia endógena como cualquier otra esquizofrenia, formula la hipótesis de que existe una incapacidad innata en el niño para establecer un normal contacto afectivo. (Egge, 2008: 25-27)

Segons Garanto i Paula (2003), Bleuer va ser l'introductor de la paraula autisme (1911), però com a símptoma de les persones que tenien alteracions esquizofrèniques en el propi comportament. No obstant, Kanner (1943) va ser l'encarregat de diferenciar el concepte d'autisme infantil i el seu diagnòstic de les psicosis infantils, ja que ho va definir com un síndrome i el va anomenar autisme infantil precoç.

D'altra banda, segons Powers (2005), en el segle XVIII els escrits mèdics parlaven de casos d'infants que no parlaven, que es distanciaven de les altres persones i alhora, mostraven una excel·lent memòria. Tot i això, fins l'any 1943 Kanner no va anomenar aquestes característiques amb el terme d'autisme. Per aquest motiu, Kanner va definir aquest terme com autisme infantil precoç, ja que creia que l'autisme es detectava des del naixement o al llarg dels primers mesos de vida. No obstant, als anys 40 fins els 60, la majoria de professionals van creure que els infants amb autisme s'apartaven a propòsit de la resta de persones i alhora, pensaven que era molt similar a l'esquizofrènia. Per tant, un dels aspectes rellevants de l'autisme infantil descrit per Kanner és que l'autisme és una malaltia mental que es troba dins l'esquizofrènia i que els infants amb autisme mostren un bon potencial intel·lectual.

Tanmateix, en el llibre *Introducción al autismo* de Happé (1998: 23) s'esmenta: *“Actualmente los clínicos y educadores señalan características similares. El autismo en sí ha cambiado muy poco en la mitad de siglo transcurrida desde que se reconoció como tal. [...] El autismo es más del doble más frecuente entre los varones que entre las mujeres.”* Tal com Fejerman [et al.] (1994: 19) assenyalen: *“Como sucede en todos los desórdenes de desarrollo de la función cerebral, el autismo es de 3 a 4 veces más frecuente en niños que en niñas.”*

¹ L. Kanner, *ibíd.*, p.87.

D'altra banda, Happé (1998: 25) es pregunta: “¿Por qué se tardó tanto tiempo en dar un nombre al autismo? Tal vez por lo poco frecuente que es. Quizás porque a menudo va acompañado de dificultades de aprendizaje que en sí mismas han llegado a entenderse mejor durante este siglo.”

Por lo tanto, el autismo es un trastorno del desarrollo de origen neurobiológico que se define en base a rasgos comportamentales y del desarrollo. Los mecanismos neurobiológicos afectados y sus vínculos directos con la conducta no han sido aún establecidos, pese a que hay suficientes datos para hablar de múltiples posibles causas de los mismos: genética, metabólica, infecciosa... No obstante, aún no existe un tratamiento médico de estas alteraciones, siendo el educativo el aceptado como más adecuado en la actualidad. (Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo, 2002: 8)

Tanmateix, Sánchez – Cano (2007: 2) comparteix que “*el tratamiento del autismo es, fundamentalmente, un tratamiento educativo con la finalidad de desarrollar las funciones alteradas y disminuir los comportamientos que dificultan la capacidad adaptativa y la interacción social.*”

3.1.2 Característiques

A l'hora d'esmentar les característiques que esdevenen l'autisme, també s'ha de tenir present, quines són les manifestacions que es produeixen per fer el diagnòstic.

En el llibre *L'alumnat amb trastorns generalitzats del desenvolupament: l'espectre autista i les psicosis* es mencionen els següents trets comportamentals (Kanner, 1943):

- Incapacitat per establir relacions amb les persones.
- Retard i alteracions en l'adquisició i l'ús de la parla i el llenguatge.
- Insistència obsessiva a mantenir l'ambient sense canvis, a repetir una gamma limitada d'activitats ritualitzades, activitats de joc repetitives i estereotipades, escassament flexibles i poc imaginatives.
- Aparició, de vegades, d'“habilitats especials” (per exemple, bona memòria mecànica).
- Bon “potencial cognitiu”.
- Aspecte físic normal i fesomia intel·ligent.
- Aparició dels primers símptomes de l'alteració des del naixement (Kanner parlava del caràcter “innat” de les alteracions autistes).

(Garanto i Paula, 2003: 23)

D'altra banda, el llibre *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo* parla de les característiques conductuals, que diferencien els infants amb autisme dels infants que

mostren altres dificultats de desenvolupament, que es relacionen amb la sociabilitat, el joc, l'impuls i afectes, el llenguatge i la comunicació, el patró d'habilitats cognitives.

- Por lo general, manipulan los juguetes en vez de jugar con ellos; si son capaces de realizar algún juego imaginativo, éste suele ser la repetición de un escenario aprendido reiteradamente.

- Una sociabilidad deficiente puede variar desde un completo desinterés por otras personas, que son ignoradas o tratadas como objetos, hasta un modo intrusivo de repetición de preguntas en un intento de mantener la interacción social en movimiento.

- Sólo una parte de los niños autistas son nulos o severamente aislados afectivamente. El entorpecimiento de la experiencia afectiva puede deberse, en parte, al deterioro de sus impulsos comunicativos y a la decreciente efectividad de las penalidades y premios que modelan la conducta.

- El lenguaje de un niño autista preescolar siempre está deteriorado. [...] También es muy frecuente la ecolalia inmediata. [...] En la mayoría de los niños autistas de preescolar, el desarrollo del lenguaje está severamente retrasado. En una minoría, el lenguaje progresa de forma inusualmente rápida desde palabras simples hasta oraciones completas.

- Las habilidades de los niños autistas varían desde una deficiencia mental profunda hasta capacidades superiores, pero incluso una habilidad total superior está asociada con áreas de menor competencia.

- Muchos niños autistas tienen una memoria visual y/o visoespacial superior.

- Muchos niños autistas sufren significativos trastornos de atención.

(Fejerman [et al.], 1994: 19-32)

3.1.3 Manifestacions

Pel que fa a les manifestacions, l'autisme és un espectre que varia molt entre les persones, ja que trobem diferents tipus i graus d'afectació. A més, al llarg de la vida, en una mateixa persona pot haver-hi modificacions.

El autismo se caracteriza mejor como un espectro de trastornos que varían en la severidad de síntomas, edad de inicio, y asociación con otros desórdenes. [...] Las personas con TEA son diagnosticadas en sus primeros años de vida por presentar una serie de características en su conducta. Estas alteraciones pueden oscilar desde la conducta solitaria e indiferente, hasta una aceptación pasiva de los demás, aunque con importantes dificultades para iniciar y mantener las relaciones, compartir intereses y desarrollar interacciones recíprocas. (Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo, 2002: 8)

Per aquest motiu, des d'una perspectiva cognitiva, les persones amb TEA mostren dificultats per comunicar-se i entendre la manera en que s'estableixen les relacions interpersonals, ja que presenten dificultats de comprensió, sobretot, les normes socials. Tanmateix, des d'una perspectiva biològica, el component genètic pot ser un aspecte rellevant en l'autisme.

Lorna Wing diferencia sis dimensions en l'espectre autista. En el quadre s'estableixen quatre nivells de símptomes per cada dimensió (més greus i incapacitants a menys):

DIMENSIONS DE LA CONTINUÏTAT AUTISTA	
1. Trastorns qualitativs de la relació social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aïllament complet. Cap llaç amb persones específiques. De vegades, indiferenciació davant de persones/coses. 2. Impressió d'incapacitat de relació, però vincle amb alguns adults. No amb els iguals. 3. Relacions induïdes, externes, infreqüents i unilaterals amb iguals. 4. Alguna motivació a la relació amb iguals, però dificultat per establir-la per manca d'empatia i de comprensió de subtiletes socials.
2. Trastorns de les funcions comunicatives	<ol style="list-style-type: none"> 1. Absència de comunicació, entesa com una <<relació intencionada amb algú sobre quelcom>>. 2. Activitats de demanar mitjançant l'ús instrumental de les persones, però sense signes. 3. Signes de demanar. Només hi ha comunicació per canviar el món físic. 4. Ús de conductes comunicatives de declarar, comentar, etc., que no només busquen canviar el món físic. Sol haver-hi escasses declaracions <<internes>> i comunicació poc recíproca i empàtica.
3. Trastorns del llenguatge	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mutisme total o funcional (aquest últim amb emissions verbals no comunicatives). 2. Llenguatge predominantment ecològic o compost de paraules soltes. 3. Hi ha oracions que impliquen <<creació formal>> espontània, però no arriben a configurar discurs o converses. 4. Llenguatge discursiu. Capacitat de conversar amb limitacions. Alteracions subtils de les funcions comunicatives i la prosòdia del llenguatge.
4. Trastorns i limitacions de la imaginació	<ol style="list-style-type: none"> 1. Absència completa de joc simbòlic o de qualsevol indicatiu d'activitat imaginativa. 2. Jocs funcionals elementals induïts des de fora. Poc espontanis, repetitius. 3. Ficcions estranyes, generalment poc imaginatives i amb dificultats per diferenciar ficció/realitat. 4. Ficcions complexes, utilitzades com a recurs per aïllar-se. Limitades en continguts.
5. Trastorns de la flexibilitat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estereotips motors simples (aleteig, balanceig, etc.). 2. Rituals simples. Resistència a canvis mínims. Tendència a seguir els mateixos itineraris.

	<p>3. Rituals complexos. Llaç excessiu i estrany a certs objectes.</p> <p>4. Continguts limitats i obsessius de pensament. Interessos poc funcionals, no relacionats amb el món social en sentit ampli, i limitats a la seva gamma.</p>
6. Trastorns del sentit de l'activitat	<p>1. Predomini massiu de conductes sense propòsit (belluguejos sense fita, desplaçament sense sentit, etc.).</p> <p>2. Activitats funcionals molt breus i dirigides des de fora.</p> <p>3. Conductes autònomes i prolongades de cicle llarg, el sentit del qual no es comprèn bé.</p> <p>4. Assoliments complexos (per exemple, de cicles escolars), però que no s'integren en la imatge d'un <<jo projectat en el futur>>. Motius d'assoliment superficials, externs, poc flexibles.</p>

(Garanto i Paula, 2003: 33 i 34)

3.1.4 Identificació, avaluació i diagnòstic

Pel que fa la identificació, l'avaluació i el diagnòstic d'una persona amb TEA, segons Happé (1988) els símptomes d'aquest espectre majoritàriament es solen detectar als 18 mesos. Però això no significa que a vegades el diagnòstic sorgeixi a edats més avançades. Per aquest motiu, és poc comú trobar un diagnòstic clar de l'autisme abans dels 3 o 4 anys de vida, ja que les característiques de comportament que presenta un infant amb autisme en la resta d'infants no apareix fins aquesta edat. No obstant, quan abans es faci el diagnòstic, serà millor per tal d'afavorir l'evolució del seu desenvolupament.

La tríada de Wing es, hoy por hoy, la base para el diagnóstico del autismo (Rutter y Schopler, 1987). El diagnóstico del autismo en los dos principales instrumentos que se usan actualmente en la práctica clínica (el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, 1987, y la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud, 1990) se basa en tres alteraciones fundamentales que reflejan bien la tríada de Wing:

- *alteración cualitativa de la interacción social recíproca;*
- *alteración cualitativa de la comunicación verbal y no verbal y la actividad imaginativa;*
- *un repertorio notablemente reducido de actividades e intereses.*

(Happé, 1998: 39)

Tanmateix, segons el document redactat per Dolz i Alcantud (2002: 8-11), Baron-Cohen [et al.] (1997) en un estudi que van realitzar sobre els marcadors psicològics, els quals afavoreixen la detecció de l'autisme als 18 mesos es van ressaltar tres indicadors importants que pertanyen al *CHAT (CHecklist for Autism in Toddlers*, instrument de detecció precoç):

“1. Ausencia de gestos comunicativos de carácter protodeclarativo.

2. Falta de miradas de atención conjunta.

3. Carencia de juego de ficción.”

D'altra banda, en el mateix document s'esmenta que Rivière (2000) elabora diferents indicadors de l'autisme (etapa 18-36 mesos) per tal d'aportar les pautes de comportament que es poden utilitzar a l'hora de realitzar la detecció de l'espectre autista, relacionant els indicadors amb les alteracions que presenten els infants amb autisme:

Alteraciones patognómicas y universales en niños con autismo	Indicadores de autismo típicos de la etapa 18-36 meses
1. Elevación clara de los umbrales de atención y respuesta a estímulos sociales y lingüísticos	1.- Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones. 2.- No comparte focos de atención con la mirada.
2. Limitación importante de las pautas de acción, atención y referencia conjunta	3.- Tiende a no mirar a los ojos.
3. Falta de empleo comunicativo de la mirada para regular situaciones de interacción	4.- No mira a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan. 5.- No mira lo que hacen las personas. 6.- No suele mirar a las personas.
4. Ausencia de pautas de comunicación con función ostensiva o de compartir experiencia	21.- Para comunicarse con él hay que saltar un muro; es necesario ponerse frente a frente, y producir gestos claros y directivos.
5. Ausencia de mecanismos de suspensión semiótica	25.- No da la impresión de complicidad interna con las personas que le rodean aunque tenga afecto por ellas.
6. Ausencia de pautas de ficción y metarrepresentación	24.- No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones o episodios, etc.
7. Núcleo disfásico receptivo , que puede ser selectivo en la comprensión del lenguaje	18.- Parece que no comprende o que comprende selectivamente sólo lo que le interesa.
8. Presencia de pautas repetitivas	7.- Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
9. Oposición a cambios ambientales	8.- Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones. 9.- Se altera mucho en situaciones

	<p><i>inesperadas o que no anticipa.</i></p> <p>10.- Las novedades le disgustan.</p> <p>11.- Atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de vídeo.</p> <p>12.- Coge rabietas en situaciones de cambio.</p>
10. Propensión a ignorar a los iguales	<p>22.- Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad.</p> <p>23.- No juega con otros niños.</p>
11. Limitación o carencia de iniciativas de relación	<p>14.- Resulta difícil compartir acciones con él o ella.</p> <p>15.- No señala con el dedo para compartir experiencias.</p> <p>16.- No señala con el dedo para pedir.</p> <p>17.- Frecuentemente pasa por las personas, como si no estuvieran.</p> <p>20.- No suele ser él quien inicia las interacciones con adultos.</p>
12. Lenguaje expresivo ausente o funcionalmente limitado	<p>13.- Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional.</p> <p>19.- Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano.</p>

Cuadro nº 5 Comparación establecida entre las alteraciones patognómicas y los indicadores de autismo a partir de la relación de ambos en Rivière (2000).

A més, els conceptes de TEA i TGD venen a referir-se a trastorns cognitius i neuroconductuals associats a la socialització, la comunicació verbal/no verbal i la conducta.

El autismo a menudo no se diagnostica hasta 2 o 3 años después de que los síntomas aparezcan, aunque los síntomas del espectro autista pueden estar presentes en el primer año de vida, y están virtualmente siempre presentes antes de los tres años de edad. Los TGD y los TEA no son trastornos extraños en la población infantil, los primeros estudios epidemiológicos hablan de una prevalencia del Autismo Infantil de 4-5/10.000, lo que equivale aproximadamente a 1 de cada 2.000 personas (Lotter, 1966).

Por otro lado, las consecuencias de la detección tardía del autismo son el desconcierto de las familias y del profesorado que ignoran por qué no responde como los demás a sus esfuerzos educativos. Respuesta inadecuada, por parte del profesorado, a las necesidades educativas especiales de estos alumnos y estas alumnas que permanecen durante demasiado tiempo sin atención especializada. Aparición de conductas inadecuadas, debido a la falta de respuesta a sus necesidades y características básicas. Estas conductas dificultan mucho su participación en una escolarización integrada. Dificultades para la enseñanza de habilidades básicas para la convivencia y el aprendizaje, lo cual interfiere la educación posterior.

A la vez habla de la ventaja que conlleva la detección temprana, ya que el inicio, lo antes posible, del tratamiento educativo más adecuado para cada alumno/a, mediante la utilización temprana de técnicas y estrategias educativas específicas. La formación inmediata de las personas responsables de su educación (familiares, profesorado y otros profesionales en general) para que puedan llevar a cabo dichas técnicas y estrategias. La prevención o el tratamiento educativo de las conductas inadecuadas que pueda presentar el alumno o la alumna con TEA. (Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo, 2002: 10)

Per altra banda, s'ha de tenir en compte les senyals d'alerta que poden aparèixer en els infants de 0 a 3 anys, ja que si sorgeixen aquest tipus d'alerta s'ha de derivar a un especialista per tal de dur a terme un diagnòstic. Per aquest motiu, es redacten diverses senyals d'alertes que s'han de tenir en compte a l'hora de detectar un infant que presenta espectre autista:

- Retraso o ausencia del habla.
- No presta atención a las otras personas.
- No responde a las expresiones faciales o sentimientos de los demás.
- Falta de juego simbólico, ausencia de imaginación.
- No muestra interés por los compañeros y las compañeras de su edad.
- No respeta la reciprocidad en las actividades de "toma y dame".
- Incapaz de compartir placer.
- Alteración cualitativa en la comunicación no verbal.
- No señala objetos para dirigir la atención de otra persona.
- Falta de utilización social de la mirada.
- Falta de iniciativa en actividades o juego social.
- Estereotipias o manierismos de manos y dedos.
- Reacciones inusuales o falta de reacción a estímulos sonoros.

(Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo, 2002: 11 i 12) i segons New York State Department of Health Early Intervention Program (1999))

En canvi, les senyals d'alerta que s'haurien de tenir en compte a l'hora de detectar un infant amb espectre autista segons Filipeck i cols (1999) són:

- "- No balbucea, no hace gestos (12 meses).*
- No dice palabras sencillas (18 meses).*
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) (24 meses).*
- Cualquier pérdida en lenguaje o habilidad social."*

Pel que fa la detecció, a partir dels 3 anys, és important derivar-ho a un especialista per tal que elabori un diagnòstic clar davant:

1. *Alteraciones en la comunicación: déficit en el desarrollo del lenguaje, especialmente en la comprensión; escaso uso del lenguaje; pobre respuesta a su nombre; deficiente comunicación no verbal (por ejemplo, no señalar y tener dificultad para compartir un “foco de atención” con la mirada); fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros.*

2. *Alteraciones sociales: imitación limitada (por ejemplo, aplaudir) o ausencia de acciones con juguetes o con otros objetos; no “muestra” objetos a los demás; falta de interés o acercamientos extraños a los niños y a las niñas de su edad; escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas; no realiza juegos de ficción: no representa –con objetos o sin ellos– situaciones, acciones, episodios, etc. (p. ej., no se une a otros en juegos de imaginación compartidos); “en su propio mundo”; fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos; preferencia por actividades solitarias; relaciones extrañas con adultos (que oscilan entre una excesiva intensidad y una llamativa indiferencia).*

3. *Alteración de los intereses, actividades y conductas: insistencia en la igualdad y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas; juegos repetitivos con juguetes (por ejemplo, alinear objetos, encender y apagar luces, etc.). También puede manifestarse hipersensibilidad a los sonidos y al tacto; inusual respuesta sensorial (visual, olfativa); manierismos motores; morder, pegar, agredir a iguales; oposición al adulto; etc. (GeTea, 2005)*

A partir dels 5-6 anys:

Especialmente en niños o niñas con trastorno de Asperger, sus dificultades no se perciben con claridad hasta que la demanda social de su entorno no es mayor. Por eso es necesario estar atentos a la presencia de rasgos como:

1. *Alteraciones de la comunicación: desarrollo deficiente del lenguaje, que incluye mutismo, entonación rara o inapropiada, ecolalia, vocabulario inusual para la edad del alumnado o grupo social. Limitado uso del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas específicos de su interés.*

2. *Alteraciones sociales: dificultad para unirse al juego de otros niños y otras niñas o intentos inapropiados de jugar conjuntamente (puede manifestar agresividad y conductas disruptivas).*

• *Falta de cumplimiento de las normas de la clase (criticar al profesorado, no cooperar en las actividades de clase, limitada habilidad para apreciar las normas culturales, por ejemplo, la*

moda en el vestir, el estilo del habla, los intereses, etc.).

• *Los estímulos sociales le producen confusión o desagrado.*

• *Fracaso en la relación normal con personas adultas (demasiado intensa o inexistente).*

• *Muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental (resistencia intensa cuando se le presiona con consignas distintas a su foco de interés).*

3. *Limitación de intereses, actividades y conductas: ausencia de flexibilidad y juego imaginativo y cooperativo, aunque suela crear solo o sola ciertos escenarios imaginarios (copiados de los vídeos o dibujos animados).*

• *Dificultad de organización en espacios poco estructurados.*

• *Inhabilitat para desenvolupar-se en els canvis o situacions poc estructurades, inclosa en aquelles en les que els nens i les nenes disfrutaven, com excursions del col·legi, quan falta un professor o una professora, etc.*

4. *Altres rasgos: perfil inusual de habilitats i deficiències (per exemple, habilitats socials i motrius poc desenvolupades, mentre que el coneixement general, la lectura o el vocabulari poden estar per sobre de l'edat cronològica o mental). Qualsevol altra evidència de conducta estranya (inclosa respostes inusuals a estímuls sensorials*

–visual u olfatiu–; respostes inusuals al moviment i qualsevol història significativa de pèrdua de habilitats). (GeTea, 2005)

El diagnòstic del autisme o del Síndrome de Asperger és un procés de caràcter deductiu, mitjançant el qual els professionals o especialistes, guiats per els seus coneixements i experiència clínica, i mitjançant les categories universalment acceptades per la comunitat científica (DSM IVTR [APA, 2002] o CIE-10 [OMS, 1992]), classifiquen i caracteritzen el comportament de l'individu i estableixen un pla d'intervenció apropiat a les característiques de la persona. (GETEA, 2005)

(Manual de atenció al alumnat amb necessitats específiques de suport educatiu derivades de Trastorns Generals del Desenvolupament, 2002: 20)

Actualment, a l'hora de detectar els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament els criteris de diagnòstic que es tenen en compte, seguint les indicacions del DSM-IV (*Manual Diagnòstic y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995*) segons el llibre *L'alumnat amb trastorns generalitzats del desenvolupament: l'espectre autista i les psicosis* són:

CRITERIS PER AL DIAGNÒSTIC DEL TRASTORN AUTISTA (DSM-IV, 1995)
A. Un total de 6 (o més) ítems de (1), (2) i (3), almenys dos de (1), i un de (2) i de (3):
(1) Alteració qualitativa de la interacció social, manifestada almenys per dues de les característiques següents: (a) important alteració de l'ús de múltiples comportaments no verbals, com són contacte ocular, expressió facial, postures corporals i gestos reguladors de la interacció social; (b) incapacitat per desenvolupar relacions amb companys adequades al nivell de desenvolupament; (c) absència de la tendència espontània per compartir amb altres persones interessos i objectius (per exemple, no mostrar, portar o indicar objectes d'interès); (d) manca de reciprocitat social i emocional.
(2) Alteració qualitativa de la comunicació manifestada almenys per dues de les característiques següents: (a) retard o absència total del desenvolupament del llenguatge oral (no acompanyat d'intents per compensar-lo mitjançant maneres alternatives de comunicació, com ara gestos o mímica); (b) el subjecte amb una parla adequada, alteració important de la capacitat per iniciar o mantenir una conversa amb els altres; (c) utilització estereotipada i repetitiva del llenguatge o llenguatge idiosincràtic;

<p>(d) absència de joc realista espontani, variat, o de joc imitatiu social propi del nivell de desenvolupament.</p> <p>(3) Patrons de comportament, interessos i activitats restringides, repetitives i estereotipades, manifestat almenys mitjançant una de les característiques següents:</p> <p>(a) preocupació absorbent per un o més patrons estereotipats i restrictius d'interès que resulta anormal, sigui en la seva intensitat, sigui en el seu objectiu;</p> <p>(b) adhesió aparentment inflexible a rutines o rituals específics, no funcionals;</p> <p>(c) manierismes motors estereotipats i repetitius (per exemple, espolsar o girar les mans o dits, o moviments complexos de tot el cos);</p> <p>(d) preocupació persistent per parts d'objectes.</p>
<p>B. Retard o funcionament anormal en, almenys, una de les següents àrees, que apareix abans dels 3 anys d'edat:</p>
<p>(1) Interacció social.</p> <p>(2) Llenguatge utilitzat en la comunicació social.</p> <p>(3) Joc simbòlic o imaginari.</p>
<p>C. El trastorn no s'explica millor per la presència d'un trastorn de Rett o d'un trastorn desintegratiu infantil.</p>

(Garanto i Paula (2003: 30 i 31)

El diagnòstic i l'avaluació estan estretament lligats al concepte i als criteris diagnòstics. [...] L'avaluació psicopedagògica de cada nen/a, que ens procura les àrees afectades, els nivells d'afectació, les àrees conservades i potencialment optimitzables i, juntament amb tot això, permet establir estratègies d'intervenció que optimitzin, en la mesura que això és possible, els handicaps incapacitants del desenvolupament personal. [...] Estem tàcitament fent referència a l'avaluació conductual que tracta de determinar d'una manera operativa, objectiva i quantitativa, les relacions funcionals que sorgeixen entre la conducta o conductes problema i els factors que la controlen (variables ambientals i variables cognoscitives). [...] L'avaluació psicopedagògica té un paper d'importància capital per a l'abordatge pedagògicoterapèutic dels subjectes amb greus problemes de personalitat. (Garanto i Paula, 2003: 63)

A més, és important que la família i l'infant amb TEA participin i s'impliquin en el procés del diagnòstic, el qual ha de ser clar, comprensiu i adaptat a les necessitats de cada cas, com a l'hora de dur a terme un tractament implantant per part de l'especialista. Alhora, el resultat del diagnòstic ha d'anar acompanyat d'un pla d'acció on s'orienti a les famílies dels recursos que poden trobar en el desenvolupament del tractament. No obstant, el contingut del procés d'avaluació s'ha d'adaptar a les circumstàncies de cada infant incloent:

- Informació de l'historial clínic, és a dir, antecedents mèdics o familiars.
- Avaluació mèdica.

- *Avaluació psicopedagògica (nivell d'intel·ligència, funcions neuropsicològiques, de comunicació i llenguatge, comportament, habilitats adaptatives...)*

D'aquesta manera, el pla d'acció ha de contenir diversos programes d'intervenció (educatius, psicològics, conductuals, farmacològics, de recolzament a les famílies...). Tanmateix, elaborar un bon diagnòstic permet posteriorment valorar l'evolució del desenvolupament de la persona, els tractaments, la vivència amb la família, l'entorn educatiu.

Por otro lado, los criterios mínimos del proceso exigibles por una persona con TEA o su familia al recibir un diagnóstico son los siguientes (AETAPI, 2004):

- *En lo relativo a los profesionales implicados deben tener formación específica en TEA, así como experiencia demostrada el uso de pruebas y tests utilizados en la evaluación de TEA.*
- *En cuanto al procedimiento de cita, se aportará a la familia o persona con TEA toda la información sobre el procedimiento de evaluación: profesionales que la llevarán a cabo, lugar donde se realizará, tarifas (en su caso), horarios, duración de las sesiones.... y se concertará la cita, una vez recibida dicha información, con la mayor brevedad, y con flexibilidad para adecuarse a las necesidades de la familia (desplazamientos largos, horarios laborales...)*
- *La relación con la persona con TEA y/o su familia, debe estar marcada por un ambiente cálido y cercano, de confianza y colaboración, que facilite la comunicación, para lo cual se debe utilizar en todo momento un lenguaje comprensible, claro y racional.*
- *En cuanto al proceso de evaluación, debe requerirse a la familia todos los informes previos (médicos, neurológicos, psicopedagógicos, escolares...), determinar el perfil de puntos fuertes y débiles y detectar las necesidades de apoyo (tipos de apoyos, intensidad, frecuencia...), valorar objetivamente la competencia intelectual y las habilidades adaptativas, utilizando pruebas específicas para TEA y otras estandarizadas, realizándose en equipo, para posibilitar el contraste de opiniones y el debate. Finalmente, el diagnóstico debe ajustarse a los criterios y categorías consensuadas internacionalmente.*
- *El informe final debe cumplir los siguientes requisitos: realizarse dentro de los 20 días siguientes a la última sesión de evaluación, proporcionando una explicación minuciosa y adaptada del diagnóstico y ser claro, preciso, riguroso e inteligible. Debe incluir siempre orientaciones para la intervención, facilitando el acceso a recursos disponibles en la zona (distancia, orientación, costes, etc.), servicios especializados y posibles apoyos de profesionales o personas relevantes, ofreciendo toda la información pertinente al cliente para que sea éste (o su representante legal) quien decida finalmente entre las opciones de tratamiento y/o apoyo que se le puedan ofrecer en cada ocasión. (Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo, 2002: 20)*

La elaboración del diagnóstico, la observación, la recogida de datos y el contraste con los patrones de desarrollo normal, son fundamentales en la evaluación de las necesidades de las personas con autismo y en el diseño de los programas de intervención. El aprendizaje, como núcleo de tratamiento, no "cura" el autismo. No obstante, con la implicación comprometida de los distintos entornos, familiar, escolar y terapéutico, se pueden conseguir cambios que contribuyen a la normalización de determinados aspectos de la conducta adaptativa y de la convivencia. (Sánchez – Cano, 2007: 2 i 3)

Les diferents modalitats d'intervenció terapèutica (farmacològica, psicodinàmica i conductual) posades en joc des de pressupòsits teòrics i conceptuals trobats de vegades, però que han tingut la seva incidència en el procés maduratiu i normalitzador de moltes d'aquestes persones amb trastorns generalitzats del desenvolupament. [...] No hi ha cap tractament farmacològic que resolgui satisfactòriament i plenament el problema. La simptomatologia més vistosa i perillosa per als nens i nenes que presenten aquests trastorns generalitzats del desenvolupament, i fins per a les persones del seu entorn, s'aborda amb fàrmacs antipsicòtics (neurolèptics). [...] La intervenció psicodinàmica fa referència a totes aquelles teràpies d'orientació analítica que, tot i que en molts casos d'autisme i psicosis infantils no poden utilitzar-se de forma ortodoxa, proporcionen conceptes i recursos vàlids per a l'"elaboració" i la "reestructuració" del JO d'aquestes persones. [...] La psicoteràpia procura ajudar el nen o la nena perquè pugui respondre al món que l'envolta de forma més realista. A més, procura posar ordre a la part oculta de l'"iceberg" autístic intervenint-hi a nivell psíquic. [...] Totes les tècniques tracten de modificar la conducta un cop establertes les lleis que la regeixen. La modificació de conducta, com assenyala Brengelman (1979: 16), "*vol estructurar noves maneres positives de conducta i reduir les maneres conductuals indesitjables o inadequades, a través d'una manipulació directa de la conducta*". No obstant, és important i també necessària, tot i que de forma preliminar i paral·lela, que hi hagi una intervenció farmacològica o mitjançant tècniques de modificació de conducta, perquè la desorganització personal, els sentiments, les emocions del subjecte necessiten una elaboració i equilibració. (Garanto i Paula, 2003: 95-103)

Por otro lado, la base del tratamiento de los niños que padecen un funcionamiento autista está en recuperar el vínculo emocional con la familia y con las otras personas. [...] Dado que se trata de un trastorno grave de la personalidad, el tratamiento puede tener resultados diversos que dependen de varios factores: recursos terapéuticos, factores ambientales y aspectos que no conocemos de la enfermedad. Pero siempre es posible alcanzar un nivel de vinculación y relación que hace mucho más humana y satisfactoria la interrelación y la comunicación. [...] El tratamiento empieza en la primera consulta diagnóstica y depende de la actitud que el profesional tenga con la familia y con el niño. Un profesional competente y especializado puede diagnosticar en una primera entrevista el funcionamiento autista y ayudar a la familia indicándolos unos primeros esbozos de posibilidades de relación. (Viloca, 2002: 97 i 98)

Segons Viloca (2002), el tractament dels infants afectats per l'autisme es pot dur a terme en el següents àmbits (familiar, medicinal, educatiu o terapèutic). No obstant, no només en cadascun dels àmbits, sinó a través de la integració de les diferents actuacions de tots els àmbits.

Per tant, en referència a la importància que alguns autors, tal com he esmentat anteriorment, donen al tractament amb la finalitat de millorar el desenvolupament de les persones amb autisme. Com a futura mestra, considero que l'àmbit educatiu és la clau per abordar aquest trastorn, ja que juntament a través d'ajudes propagades per serveis externs a l'escola, com l'actuació de les famílies fa que el desenvolupament sigui més favorable pels infants amb autisme. No obstant, també s'ha de tenir en compte el tractament farmacològic que pot atribuir l'àmbit terapèutic en ells, ja que ajuda a modificar la seva conducta.

3.1.5 Necessitats Educatives Especials (NEE)

Pel que fa a les Necessitats Educatives Especials de l'alumne amb TGD, es fa referència a les necessitats d'aprenentatge, que assenyalaran els objectius, les àrees i les habilitats que es volen potenciar.

- Necessitats o característiques comportamentals: comportaments que dificulten, en major o menor grau, la consecució d'objectius curriculars més específics. [...] Cada nen o nena, en definitiva, serà qui ens marcarà les prioritats i la conveniència o no de treballar uns objectius o d'altres.

- Necessitats educatives específiques: les àrees funcionals a les quals trobem que el nen o nena té dificultats importants serà el que marcarà en part, ja que no hem d'ignorar aquelles àrees conservades o desenvolupades amb normalitat, la formalització d'objectius i l'establiment de programes d'intervenció.

1. Necessitats en l'àrea de la imitació: sovint el nen o nena amb TGD presenta seriosos problemes per aprendre i exercitar aquest mecanisme o procés d'imitació, que és bàsic per a l'aprenentatge i el desenvolupament, per al funcionament simbòlic – en les activitats de joc espontani, en la utilització manual de signes comunicatius, del llenguatge, etc. –

2. Necessitats en l'àrea dinàmica:

2.1. Motricitat gruixuda i motricitat fina: es considera que en els nens i nenes amb TGD la motricitat és l'àrea més intacta, en la mesura que aquests nens i nenes mostren una gran energia, força i agilitat. Energia, força i agilitat que, secundàriament, generen problemes comportamentals que cal abordar. [...] L'important és encertar l'avaluació, la fixació d'objectius i també una adequada seqüenciació i elecció de materials... El desenvolupament adequat de la motricitat serà un pas important per a l'aprenentatge.

2.2. Integració i coordinació visualmanual: ens trobem nens i nenes amb TGD amb habilitats conservades, i fins i tot, molt bones pel que fa a la motricitat fina, i tanmateix amb grans fracassos quant a la integració i la coordinació visualmanual. I això precisament és així pels profunds handicaps que tenen a nivell perceptiu (dificultats per poder transferir les percepcions visuals al sistema motor).

3. Aspectes del funcionament cognoscitiu i del llenguatge: en l'estudi de les característiques i els límits dels dèficits cognoscitius han estat molts els treballs que han centrat la seva atenció en la possible importància de les *alteracions del llenguatge*, que, juntament amb el CI, són un bon predictor de la millor o pitjor adaptació social d'aquests nens i nenes. És força generalitzat sentir dir que els

trastorns del llenguatge són els símptomes més universals en la problemàtica de les persones amb TGD.

4. Necessitats en hàbits d'autonomia i socialització: un programa d'intervenció psicoeducacional ha de preveure i abordar una sèrie d'activitats que ensenyin al nen o nena aquelles habilitats i competències necessàries que li permetin funcionar independentment: els hàbits d'autonomia personal relacionats amb la neteja personal, amb el fet de menjar, vestir-se, desplaçar-se d'un lloc a un altre, asseure's adequadament, controlar els seus esfínters..., els hàbits d'autonomia social, la participació en les tasques domèstiques, etc. (Garanto i Paula, 2003: 81 seguint les pautes de Schopler, Reichler i Lansing (1980))

Per tant, els alumnes amb TGD tenen necessitats educatives especials, ja que mostren dificultats en el desenvolupament del seu aprenentatge. Per aquest motiu, és important donar recolzament i una atenció educativa específica. A més, s'ha d'abordar un programa on s'incloguin uns objectius específics que impliquin el progrés evolutiu de les capacitats i habilitats d'aquests infants.

3.1.6 Àmbit educatiu i familiar

En cuanto al ámbito educativo y las familias, para situar adecuadamente a estos niños o niñas en un aula es necesario conocer la influencia que tienen sus características individuales en la intervención educativa. [...] Todos los objetivos en intervenciones deben planificarse desde una cuidadosa y detallada evaluación individual del alumnado. Mediante esta evaluación podremos diseñar un plan de actuación, en él se priorizarán los objetivos y la estrategia de enseñanza siguiendo su proceso evolutivo de desarrollo, sus puntos fuertes y áreas de mejora y el contexto sociofamiliar en el que se desenvuelve su vida. [...] La primera necesidad educativa del alumno o alumna consiste en la adaptación del entorno escolar (accesibilidad), en la medida de lo posible, mediante la eliminación o reducción de estas características que impiden, o dificultan gravemente, la adaptación. [...] La participación de las familias es el factor crítico para promover la generalización de los aprendizajes desde el aula al hogar. [...] El alumno o la alumna con TEA debe contar con la presencia, durante toda la escolarización, de los recursos humanos y técnicos necesarios para sus necesidades. (Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo, 2002: 26, 27)

Tanmateix, trobem tres tipus d'escolarització pels infants amb TGD, tenint en compte les necessitats educatives específiques:

- Escolarización en grupo ordinario con apoyo en períodos variables:
 - No precisan de una estructura muy rígida de funcionamiento, pudiendo aceptar mejor los diferentes cambios en el ambiente.
 - Sus dificultades de aprendizaje no son especialmente severas y poseen competencias comunicativas y de interacción social básicas.
 - No precisan de una atención constante y dependiente por parte del educador o la educadora.
 - Funcionamiento intelectual normal o discapacidad intelectual leve moderada.

- Escolarización en aulas específicas o en centros específicos:
 - Las necesidades severas de aprendizaje, principalmente en el ámbito de la autonomía personal, interacción social y comunicación.
 - Cuando presentan graves trastornos de la flexibilidad mental y comportamental, manifestando severas resistencias frente a los cambios en el ambiente.
 - La necesidad constante de apoyo personal y supervisión para facilitar la comprensión de lo que ocurre en el entorno y cómo interactuar con él.
 - La necesidad de una estructura rígida de funcionamiento.
 - En los casos de severo aislamiento social y funcionamiento intelectual muy afectado.
 - Siempre que sea posible se escolarizará al alumnado en aulas específicas antes que en centros específicos.
- Escolarización combinada: recomendable para aquellos alumnos y alumnas que puedan beneficiarse del tratamiento muy especializado y personalizado del centro específico, pero, a su vez, le sea positivo integrarse en el centro ordinario, posibilitando otros ambientes que favorezcan una mayor flexibilidad y una mayor adaptación en los intercambios sociales, como al contrario, el alumnado que estando escolarizado en el centro ordinario, requiera de forma puntual y parcial algunas intervenciones específicas en el ámbito comportamental y la comunicación.
- Escolarización en grupo ordinario a tiempo completo: los alumnos y alumnas con autismo con nivel de funcionamiento intelectual, competencias comunicativas y sociales, relativamente altas, y los alumnos y alumnas con síndromes de Asperger pueden escolarizarse en esta modalidad, en la que los objetivos “académicos” están al alcance de ellos y suponen una vía para compensar sus limitaciones sociales y una forma de mejorar su desarrollo, parcialmente. Si bien, será conveniente trabajar de forma más específica programas de entrenamiento en habilidades sociales y enseñanza de emociones y creencias, basadas en la teoría de la mente (el constructo de teoría de la mente hace referencia a la capacidad de atribuir, inferir y, por lo tanto, comprender estados mentales en los demás y en uno mismo: sentimientos, emociones, pensamientos, deseos, creencias, etc.). (Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo, 2002: 30 i 31)

En el *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo* (2002), segons Sainz, és molt important col·laborar amb les famílies, ja que això permetrà millorar l'aprenentatge de l'infant, treballar la seva autonomia i alhora, la relació entre ambdós. Per aquest motiu, és interessant procurar assolir-los tant en l'àmbit educatiu, com familiar. D'aquesta manera, ajudant-se mútuament, s'aniran obtenint estratègies per tal d'afavorir la situació. Per tant, considero que la intervenció dels tres agents: la família, l'escola i els professionals especialistes suposa una millora en el desenvolupament evolutiu dels infants que presenten algun Trastorn Generalitzat del Desenvolupament. Per aquest motiu, és molt important que hi hagi una bona comunicació i interacció entre ells, per tal de facilitar l'evolució de l'infant.

3.2 Aprenentatge Cooperatiu (AC)

Per altra banda, vull fer referència a l'Aprenentatge Cooperatiu, ja que ha estat el tema que vaig escollir en relació a la meva estada de Pràctiques III, on he pogut observar si s'afavoreix la intensió comunicativa en la relació entre iguals. Concretament, he observat el cas d'un infant que presenta algun Trastorn Generalitzat del Desenvolupament per tal de realitzar la part pràctica del Treball Final de Grau.

D'aquesta manera, considero que l'aprenentatge cooperatiu és una eina pedagògica molt útil que ajuda a fomentar el treball en equip per tal d'aprofitar la interacció entre ells i així millorar la inclusió. A més, penso que afavoreix l'atenció a la diversitat i facilita les relacions interpersonals entre els infants.

L'aprenentatge cooperatiu és l'ús didàctic d'equips reduïts d'alumnes (generalment poden ser més homogenis) utilitzant una estructura de l'activitat que asseguri al màxim la *participació equitativa* (per a què tots els membres d'un equip tinguin les mateixes oportunitats de participar) i potenciï al màxim la *interacció simultània* entre ells, amb la finalitat que tots els membres d'un equip aprenguin els continguts proposats, cadascú al màxim de les seves possibilitats i aprenguin, a més, a treballar en equip. (Johnson, Johnson i Holubec i les aportacions de Kagan (1999). Dins: (Pujolàs i Lago, [et al.] 2011: 21))

L'única manera d'atendre junts en una mateixa aula a alumnes diferents és introduir-hi una estructura d'aprenentatge cooperativa. Sols poden aprendre junts alumnes diferents (en capacitats, interès, motivació, cultura, llengua, origen social...) en una classe organitzada cooperativament, on tots col·laboren i cooperen (s'ajuden) per aconseguir l'objectiu comú d'avançar en l'aprenentatge, cadascú al màxim de les seves possibilitats. (*Conferència Mundial sobre necessitats educatives especials: accés i qualitat*, organitzada per la UNESCO i celebrada a Salamanca, 1994. Dins: (Pujolàs i Lago, [et al.] 2011: 7))

Per tant, es pot dir que l'aprenentatge cooperatiu és la clau per atendre la diversitat dins les aules.

L'ensenyament **P**ersonalitzat, ajustat a les característiques personals de cadascun dels alumnes; l'**A**utnomia dels alumnes, que sàpiguen aprendre d'una manera com més autònoma millor, ja que així podrem realitzar un suport més individualitzat aquells que mostren més dificultats; i l'estructuració **C**ooperativa de l'aprenentatge, que els alumnes s'ajudin mútuament a aprendre, de manera que hi hagi petits equips de treball cooperatiu (Projecte **PAC**). (Pujolàs i Lago, 2011: 7)

D'aquesta manera, són els tres punts bàsics d'un dispositiu pedagògic complex que permet atendre junts alumnes diferents. Per tant, a través d'aquests tres punts s'afavoreix l'aprenentatge cooperatiu, ja que s'aprofundeix en l'estructura cooperativa del procés d'ensenyament-aprenentatge.

Tanmateix, es potencia també l'aprenentatge de tot l'alumnat que participa en aquestes activitats, no només d'aquells que tenen més dificultats d'aprenentatge, sinó també d'aquells que són més autònoms i estan més capacitats per aprendre. A més a més, facilita la participació activa de tot l'alumnat en les diferents activitats d'ensenyament i aprenentatge. (Pujolàs i Lago, [et al.] 2011: 10)

Per aquest motiu, com a mestres hem d'afavorir aquest aprenentatge, ja que és una manera enriquidora de treballar les capacitats de tots els infants dins l'aula.

Una escuela, y un aula, inclusiva es aquella en la que pueden aprender, juntos, alumnos diferentes. Cuando digo alumnos "diferentes" quiero decir alumnos diferentes aunque sean "muy diferentes", es decir, me refiero también a alumnos que tengan alguna discapacidad, por grave que sea, que hace que necesiten recursos no corrientes –que no necesitan la mayoría de alumnos– para conseguir las cotas más altas posibles en su desarrollo. Por lo tanto, también nos referimos a los estudiantes que tienen una discapacidad psíquica grave y permanente. Dicho de otra manera, aún más clara si cabe: nos referimos a una escuela que no excluye absolutamente a nadie, porque no hay distintas categorías de alumnos que requieran diferentes categorías de centros. Es suficiente que haya escuelas –sin ningún tipo de adjetivos– que acojan a todo el mundo, porque sólo hay una sola categoría de alumnos –sin ningún tipo de adjetivos– que, evidentemente, son diferentes entre sí. En una escuela inclusiva sólo hay alumnos, a secas, no hay alumnos corrientes y alumnos especiales, sino simplemente alumnos, cada uno con sus características y necesidades propias. La diversidad es un hecho natural, es la normalidad: lo más normal es que seamos diferentes (afortunadamente...). Y cuando digo "juntos", quiero decir que deben aprender, juntos, alumnos diferentes, aunque sean muy diferentes, no sólo en la misma escuela, sino en una misma aula, tantos alumnos como sea posible, tanto tiempo como sea posible, participando tanto como sea posible en las mismas actividades de enseñanza y aprendizaje comunes. Quizás sea necesario – como es necesario, por otra parte, con muchos otros estudiantes– que alguien sea atendido de una forma más individual para satisfacer alguna necesidad educativa específica (recuperación logopédica o psicomotriz, por ejemplo), pero el lugar ordinario donde deben ser atendidos todos los alumnos es el aula común, al lado de sus compañeros de la misma edad. No sólo la escuela debe ser inclusiva, sino también cada una de sus aulas: escuelas y aulas inclusivas, donde puedan aprender juntos alumnos diferentes, a pesar que sean muy diferentes..." (Pujolàs, 2006: 8)

Per aquest motiu, considero que els infants amb atenció a la diversitat han de realitzar els seus aprenentatges dins l'aula amb la resta de companys, ja que tothom aprèn de tothom (aprenentatge cooperatiu).

4 Aplicació pràctica

A continuació, a partir de la fonamentació teòrica que he utilitzat per investigar les concepcions que tracten diversos autors sobre els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament (TGD) i l'Aprenentatge Cooperatiu, explicaré i analitzaré un cas d'un infant que presenta algun tipus de TGD. Aprofitant l'estada de Pràctiques III a l'escola Montserrat de Sarrià de Ter (Girona), he observat el cas d'un infant per tal de realitzar la part pràctica del Treball Final de Grau.

La metodologia que s'adequa més per dur a terme un bon estudi d'un cas i recollir les dades de l'infant que he observat, es basa en la perspectiva qualitativa, ja que vull reflectir els canvis que es produeixen al llarg de l'observació de l'infant i que són difícils de quantificar.

Los ojos y los oídos son los instrumentos fundamentales de los que deben valerse quienes realizan una investigación cualitativa. Les permiten contrastar una realidad por sí mismos. [...] Si pretendo apoyarme en la información que pueden proporcionarme mis propias percepciones y mi particular manera de interpretar las cosas, la observación es el método apropiado para recoger los datos. En cambio, si la respuesta a la pregunta está condicionada a la información que solicito de otra persona, la entrevista o el cuestionario me ayudarán mejor a recoger los datos. (Rodríguez, 1996:143)

Per tant, a través de diferents instruments he pogut recollir informació sobre aquest infant, el seu entorn escolar i una pinzellada de l'entorn familiar.

Concretament, les entrevistes, m'han servit per fer un recull de la informació referida a la intervenció amb un infant que presenta algun TGD des de la perspectiva escolar i d'un agent professional del CDIAP. D'aquesta manera, aprofundir en aspectes metodològics per tal de dur a terme un bon anàlisi del cas. A més, el tipus d'entrevista en la qual m'he basat ha estat una entrevista individual semiestructurada, ja que prèviament he planificat les preguntes, però amb un cert grau de llibertat per tal d'abordar temes que puguin sorgir. Segons Albaladejo (2010: 48 i 55): "és important pactar el dia i l'espai on es vol dur a terme l'entrevista i que tingui una durada entre un quart o dues hores. Les entrevistes de comunicació externa que es produeixen en un centre educatiu constitueixen la via principal d'intercanvi entre el sistema educatiu i el seu entorn social."

D'altra banda, les observacions, m'han servit per observar de manera directa les característiques de l'infant i alhora, veure el seu transcurs quotidià a l'aula amb els seus companys, la mestra/tutora i altres docents. D'aquesta manera, les observacions

directes recullen el comportament de l'infant en el mateix moment en què succeeixen. A més, el model d'observació que he utilitzat ha estat participant, ja que he recollit un material d'anàlisi espontani, que em servirà per analitzar. Tanmateix, he dut a terme les observacions diàriament durant la meva estada de Pràctiques III.

4.1 Context de l'infant

Primerament, vull fer referència al context de l'infant, per tal d'aprofundir posteriorment a l'informe que realitza la psicòloga del CDIAP (cada tres mesos), -terapeuta que duu el cas-, per a la família i que els pares de l'infant m'han facilitat per tal de conèixer millor el diagnòstic del seu fill. Cal esmentar que els noms que utilitzaré són inventats, per tal de resguardar la identitat dels infants.

En Jofre el qual he observat durant la meva estada de Pràctiques III, és un nen que té 3 anys i 9 mesos. Aquest infant, va ser derivat del pediatra als Serveis Educatius externs, per tant, des d'un principi, el seu cas ha estat tractat per professionals.

Des de la Llar d'Infants van recomanar a la família que en Jofre es quedés un curs més, per tal de sortir més autònom i amb els hàbits i rutines més adquirides, ja que és un infant que no controla els esfínters. Però des del primer moment, els pares si van negar, ja que volien que el seu fill entrés a l'escola, com la resta dels nens i les nenes de la seva edat. D'aquesta manera, l'escola va oferir als pares de dur a terme un Pla Individualitzat (PI), però no van voler que el seu fill tingués un PI, ja que volien que seguís el mateix que la resta del grup-classe. No obstant, ha P3 es treballa bàsicament els hàbits i segons la mestra/tutora és el millor per en Jofre. Tanmateix, un cop a la setmana (dimarts) en Jofre va al CDIAP on una psicòloga fa el seguiment del nen. A més, a l'aula es disposa d'una TEI (compartida amb la paral·lela), mestres de suport (alternatiu) que es fan càrrec d'en Jofre.

A la mesura que es pot, li fan fer el mateix que als altres nens i nenes. Cal esmentar, que al llarg del primer trimestre ha millorat el llenguatge, però un dels aspectes que és necessari treballar molt són les relacions interpersonals entre iguals. No obstant, hi ha relació ambivalent amb algun company, tant d'afecte com pot succeir que es barallin. Alhora, és un infant molt tossut i li costa molt acceptar un no per part de l'adult. I a vegades, mostra dificultats de motricitat fina.

D'altra banda, en Jofre és bessó amb la Júlia que va a l'altre classe, però tenen una bona relació entre ells. Tot i que a vegades s'ignoren i al pati tampoc solen jugar junts.

Tanmateix, la mestra/tutora concreta una entrevista amb les famílies dels infants, per tal de compartir l'observació inicial i la diagnosi de les necessitats/a específiques de cada infant. Per aquest motiu, vaig demanar a la mestra/tutora si em podia informar del que s'havia exposat a l'entrevista amb la família d'en Jofre, per tal de conèixer millor al nen i el seu entorn familiar fora de l'àmbit escolar.

A continuació, faig esment dels acords presos durant l'entrevista amb la família:

1. Treballar les relacions amb els companys (realitzar activitats diverses en petit grup).
2. Fer-li entendre que s'ha de complir les normes de l'escola i de casa (quan s'aixeca de la cadira frustrat perquè li han dit que no i córrer per l'aula, recordar-li que ha de seure com tots els infants).
3. Fer-li fer activitats d'atenció (escoltar contes i fer preguntes relacionades; fer conversa, etc.).
4. Fer-lo participi de les tasques quotidianes (recollir el material; parar o desparar la taula, etc.).

Pel que fa els acords presos amb els Serveis Educatius externs (CDIAP):

1. Potenciar l'aprenentatge dels hàbits.
2. Afavorir l'autonomia (recollir joguines, etc.)
3. Aprendre a rentar les mans (ensenyar-li a pujar les mànigues).
4. Fer raonar-li les coses, si fa rebequeries no fer-li cas, ja que crida l'atenció.

El seguiment d'aquests acords és constant, ja que el CDIAP està en contacte setmanalment amb la família, ja que en Jofre assisteix unes hores al CDIAP.

4.2 Aspectes de l'entrevista entre la mestra/tutora i la família

Per altra banda, vull exposar alguns aspectes que considero interessants de l'entrevista entre la mestra/tutora i els pares, per tal de conèixer en Jofre i el seu àmbit familiar.

Pel que fa els aspectes sanitaris, és un infant que ha tingut refredats/angines (malalties pròpies de l'edat), va ser operat del llagrimall esquerra, obstruït (petit

drenatge) i va estar ingressat una setmana per estar baix de defenses (PTI). Els hàbits, no controla els esfínters diürns ni nocturns, dorm sol i utilitza xumet. A més, té una alimentació variada i sòlida i menja sol, quan vol ho fa bé. Però necessita ajuda de l'adult a l'hora de despullar-se, vestir-se i rentar-se; és poc ordenat. Tanmateix, va començar a parlar als 30 mesos i la llengua que fan servir a casa és el català. El seu comportament a casa és un infant força rebel. L'estona que està amb els pares és durant tota la tarda i els caps de setmana. Realitzen activitats diverses. En tant als jocs i aficions, en Jofre li agrada cantar, escoltar música, l'ordinador i la televisió. A l'escola juga amb tothom, és un infant molt independent i també juga sol. Pel que fa l'adaptació a l'escola, al inici va ser bona, ja que es mostrava participatiu i estava content. Però a mesura que ha anat passant el temps s'ha tornat tossut, menys participatiu i sovint demana a la família. La seva actitud a classe és ser el centre d'atenció, per tant sovint fa crides d'atenció (llença el material a terra, pica parets o el mirall, córrer dins l'aula, s'escapa de l'aula...). No obstant, té una excel·lent memòria visual i participa en totes les activitats orals o multimèdia. L'actitud amb les mestres és correcta normalment, ja que no li agrada que el renyin i si el renyen va a buscar l'emparo d'una altra mestra. Per acabar, l'actitud amb el grup-classe, mostra una actitud ambivalent, és a dir, pot abraçar, fer petons, com pot donar empentes. Però en Jofre està ben integrat en el grup-classe, fins i tot hi ha alguns companys que el volen ajudar, però ell no es deixa.

4.3 Informe del CDIAP

Tot seguit, vull fer referència a l'informe del servei Psicopedagògic de la Fundació Ramón Noguera elaborat per la terapeuta que porta el cas d'en Jofre. Concretament, aquest informe és del mes de gener de 2013, on la hipòtesi diagnòstica inicial tracta de lateralització cefàlica dreta i rotació esquerra. Plagiocefàlia postural (deformitat cranial en forma d'aplanament de la part posterior del cap de l'infant, sense craniosinostosis (defecte congènit (present a l'hora de néixer) que causa el tancament prematur anormal d'una o més sutures en el cap de l'infant. Les sutures són connexions que separen cada un dels ossos individuals del crani), és a dir, amb sutures permeables i normals). No obstant, la hipòtesi diagnòstica actual és de retard cognitiu lleu.

Segons l'informe que la psicòloga ha elaborat sobre en Jofre, s'esmenta que va evolucionant favorablement. Però s'observa un retard important en les diverses àrees del seu desenvolupament que fa que sovint la seva conducta no sigui ajustada al context. A més, en Jofre segueix molt bé les rutines, però si hi ha variacions en el seu dia a dia es perd i descontrola amb facilitat. Tanmateix, necessita de la guia de l'adult, per tant, cal treballar més l'hàbit d'autonomia. Alhora, és un infant que participa

activament i mostra ganes de jugar. La seva tolerància a la frustració ha millorat considerablement. Davant una dificultat s'esforça i si veu que necessita l'ajuda de l'adult la demana. En Jofre expressa les seves emocions (positives i negatives) a través del cos, amb una postura rígida, fent aleteig de braços i un soroll peculiar.

D'altra banda, mostra una gran millora en el llenguatge a nivell expressiu i receptiu. A més, comença a parlar de coses fora de context i pot explicar alguna experiència personal quan se li pregunta. Segueix un diàleg simple i dirigit per l'adult. A l'hora de parlar, sovint fa errors d'articulació, no produeix tots els fonemes adequadament, però millora amb la repetició. A nivell individual ha millorat la seva atenció, ja que es fixa més amb les coses, però si es realitza una tasca llarga té facilitat de dispersar-se. Cal esmentar que en Jofre té una excel·lent memòria visual. No obstant, en les activitats de lògica i abstracció presenta més dificultats. A vegades pot realitzar alguna acció simple de joc simbòlic i en el joc lliure encara tendeix a explorar i mostrar-se a l'expectativa. Pel que fa la motricitat fina, ha millorat en la precisió i les habilitats manipulatives, però mostra dificultats de coordinació bimanual. A més, en el traç, li costa agafar correctament el llapis i recolza la mà sobre el paper, encara es troba en la fase del gargot.

4.4 Observacions sobre l'infant

Per altra banda, durant l'estada de Pràctiques III he pogut fer les observacions corresponents. Primerament, vull esmentar que molts aspectes que he observat s'ajusten al context que fan esment tant la mestra/tutora com l'agent professional del CDIAP a través de l'informe. Per tant, alguns comentaris seran similars als que ja he explicat anteriorment.

En Jofre, el qual he observat, és un nen que ha fet una evolució positiva, des dels dies previs a la meua estada de Pràctiques III que vaig visitar l'escola, a l'inici de les pràctiques, ja que ha adquirit més autonomia. En general, tot el grup-classe ha fet un gran canvi favorable. Tanmateix, és un nen que a l'hora de manifestar les seves emocions davant un esdeveniment, ho fa a través del cos, fent un soroll característic, amb el cos rígid i movent els braços. Si alguna cosa no li agrada, de seguida demana a l'adult per tal de sentir-se segur. Quan veu que té dificultats en dur a terme quelcom, crida a l'adult per tal que l'ajudi. Un fet característic que m'ha sobtat durant la meua estada de pràctiques, és que quan seia al costat d'en Jofre per observar com treballava, quan ell veia que no sabia com fer la fitxa, deia el meu nom, volent dir que l'ajudés o a vegades per demanar-te ajuda, deia: *jo t'ajudo*, llavors li rectificava i li deia:

- *Vols que t'ajudi?* No obstant, el seu llenguatge ha millorat, ja que sap seguir una conversa amb l'adult fent frases simples.

Té molt bona memòria visual, ja que coneix perfectament les lletres de l'abecedari; els animals; els colors; el material de la cuineta; sap llegir les lletres del seu nom i cognom sense l'ajuda de l'adult; observant l'etiqueta del nom d'algun/a company/a, sap qui és i et diu el seu nom, fet que altres nens i nenes de l'aula encara no tenen adquirit. A més, quan entaulava conversa amb en Jofre, intentava que no digués una paraula, sinó que construís la frase utilitzant subjecte, verb i predicat. Per aquest motiu, li deia la frase correctament i ell la repetia, per tal d'afavorir el seu llenguatge expressiu.

En Jofre mostra atenció a l'hora de realitzar les activitats, però sovint es cansa i això promou que es dispersi, aixecant-se de la cadira per anar a jugar amb la cuineta, agafar algun conte o sortir de l'aula. Encara que la mestra/tutora, la TEI o jo mateixa li expliquem que ha d'anar a seure com la resta dels nens i les nenes i acabar la fitxa, sovint si nega, ja que és un infant que es mostra tossut.

La relació amb la resta del grup-classe és bona, ja que és un infant que està ben integrat a l'aula. A més, a l'aula hi ha l'Albert que en Jofre el té com a ideal, ja que el veu com un referent. Per exemple, quan fèiem el "bon dia" sovint seia al costat de l'Albert i a vegades jugaven junts. Per tant, considero que és un fet positiu per en Jofre, ja que reforça les relacions interpersonals entre iguals. Tanmateix, la relació amb la mestra/tutora, TEI o amb mi, és correcta, però quan li dius alguna cosa que amb ell no li agrada o el renyes, s'enfada i va a buscar l'ajuda d'una altra persona per tal d'aconseguir allò que vol.

Pel que fa la motricitat fina mostra dificultats de coordinació bimanual, ja que necessita de l'ajuda de l'adult per escriure correctament les lletres, perquè encara es troba en la fase del gargot.

Per últim, en el joc, li agrada molt anar a psicomotricitat. Sobretot a l'hora del pati, és un infant que tendeix a jugar lliurement i a explorar, ja que no té un joc marcat, com per exemple altres nens i nenes que juguen amb la pala i la galleda, amb la pilota, etc.

4.5 Entrevistes

A continuació, vull mostrar les dues entrevistes que vaig elaborar, tant a la mestra/tutora com a l'agent professional del CDIAP:

Entrevista mestra/tutora:

1. Com potencieu la integració dels infants dins l'aula?

Donant atenció individualitzada però a la vegada procurem que facin la mateixa activitat que la resta amb l'ajuda de la " TEI, vetlladora, mestra de suport, practicant..."

2. Utilitzeu algun tipus d'estratègies educatives a l'hora d'atendre la diversitat a l'aula?

Donant-li la mateixa tasca però tenint en compte les seves limitacions per tant la valoració serà diferent.

3. Quan planifiquem les activitats, què teniu en compte per tal d'afavorir la diversitat?

Tenim en compte la situació de l'infant, les activitats manipulatives adequades al nen i el suport que hi ha a l'aula mentre es fa l'activitat.

4. A partir de quin curs hi ha la mestra d'educació especial? I a Educació Infantil hi ha alguna altra modalitat (suport)?

A partir de P3, però pel que fa el nen que ens ocupa els pares s'hi neguen en rotunditat a que amb l'infant intervingui la mestra d'Educació Especial. L'escola també disposa de vetlladora pels alumnes que ho necessiten.

5. Com s'atén a un infant que presenta algun trastorn generalitat del desenvolupament des de l'escola?

L'escola es posa en contacte amb el centre extern que ha fet el diagnòstic de l'infant (normalment, CDIAP) i es procura treballar seguint les pautes donades pel CDIAP.

6. Els Serveis Educatius (EAP, CDIAP) amb quina freqüència ve a l'escola? És una comunicació fluïda?

L'EAP atén i es trasllada a l'escola una vegada a la setmana (divendres) i quinzenalment els dimecres. Hi ha una bona comunicació entre l'EAP, la direcció i els mestres, però degut a la gran demanda que té, normalment no pot atendre ràpidament tots els casos. Amb els alumnes de P3 s'intervé poc perquè des de l'EAP diuen que cal donar temps als infants perquè vagin fent el seu camí, ja que els canvis que s'observen al llarg del curs varien molt.

7. Des dels Serveis Educatius quins suports donen a l'escola per tal de treballar l'atenció a la diversitat? I concretament, amb un infant amb trastorn del desenvolupament?

Es demana assessorament a la mestra d'Educació Especial que posa a disposició de les mestres/tutores material adaptat i adequat a cada cas. En el cas que ens ocupa, la mestra d'Educació Especial no ha intervingut cap vegada per oposició familiar.

8. Quin tracte reben les famílies amb un infant que presenta algun trastorn generalitat del desenvolupament?

En tot moment se'ls informa del nivell de desenvolupament, integració a l'escola, a l'aula, el nivell d'aprenentatge en que es troba l'alumne mitjançant els informes i reunions periòdiques entre la família i l'escola.

9. Les famílies reben algun suport extern amb algun Servei Educatiu?

La família també rep suport del CDIAP que ha organitzat una trobada mensual de pares que tenen fills/es amb diagnòstics similars, per tal d'exposar experiències i activitats que han funcionat. Entre tots busquen estratègies que els permetin atendre els seus fills/es de la millor manera.

10. Hi ha algun punt de trobada que afavoreixi la comunicació entre les famílies, l'escola i els Serveis Educatius?

Periòdicament, des dels Serveis Socials de l'ajuntament es fan xerrades amb especialistes per tractar temes educatius diversos. És una activitat voluntària per a les famílies que ho creguin necessari.

D'aquesta manera, l'anàlisi que faig després de recollir informació a través d'aquesta entrevista, és que des de l'escola atenen la diversitat, potenciant la inclusió a l'aula, ja que volen reduir les barreres que els infants troben a l'aula a l'hora de desenvolupar els seus aprenentatges; seguint les mateixes tasques per a tothom, però tenint en compte les limitacions de cadascú. A més, donen molta importància al suport que hi ha a l'aula (TEI, mestra de suport). Tanmateix, hi ha una bona relació entre la mestra/tutora, el CDIAP i la família, ja que estan periòdicament en contacte per tal de treballar conjuntament l'evolució de l'infant. No obstant, dins els recursos que l'escola presenta davant l'atenció a la diversitat, la família es nega a que la mestra d'Educació Especial que hi ha a l'escola intervingui amb el seu fill. Des del meu punt de vista, considero que és una escola que es té en compte la diversitat, ja que tenen un ampli ventall de recursos, docents especialitzats i alhora, amb l'ajuda externa d'alguns Serveis Educatius treballen a través d'estratègies per potenciar les possibilitats de cada infant.

Entrevista agent professional CDIAP:

1. Quina és la intervenció que desenvolupa el CDIAP per atendre l'Atenció a la Diversitat?

Des del CDIAP atenem infants que tenen algun trastorn en el seu desenvolupament o que estiguin en risc de patir-ne. Vull esmentar que el CDIAP no depèn del Departament d'Ensenyament, per tant, tot i que estem en contacte directe amb l'EAP i les escoles, no tenim alumnes.

No obstant, considero que hi ha moltes preguntes que possiblement te les podria contestar millor l'EAP (en el cas del CEIP Montserrat, l'agent professional és la Rosa Casellas), ja que tal com plantejges l'atenció a la diversitat crec que fa referència al marc educatiu.

Tanmateix, et dono informació més detallada del nostre centre:

CENTRE DE DESENVOLUPAMENT INFANTIL I D'ATENCIÓ PRECOÇ (CDIAP) DEL GIRONÈS

És un servei especialitzat en el desenvolupament de l'infant, integrat dins la xarxa de Centres d'Atenció Precoç del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

Pel que fa els **objectius**, són els següents:

- ✚ Atendre la població infantil de 0 a 6 anys que presentin trastorns en el desenvolupament o que es trobin en una situació que comporti el risc de patir-ne i facilitar la utilització de recursos per potenciar les seves capacitats i la seva integració dins el medi familiar i social, millorant les seves condicions neurològiques i relacionals.
- ✚ D'altra banda també té com a objectiu la prevenció, la detecció i l'atenció el més aviat possible dels trastorns del desenvolupament infantil.

A més, les **tasques** que realitzem són:

- Valoració i diagnòstic del desenvolupament de l'infant.
- Tractaments individuals d'estimulació global, fisioteràpia, logopèdia, etc.
- Seguiment i control del desenvolupament de l'infant.
- Prevenció i detecció precoç de problemàtiques del desenvolupament.
- Orientació i assessorament a famílies.
- Coordinació amb els professionals de la primera infància.
- Assessorament i font de recursos.

La **població** que atenem es basa en:

- ❖ Famílies que volen consultar sobre el desenvolupament dels seus fills/es.
- ❖ Aquells infants que presenten dificultats en el seu desenvolupament per causes bio-psico-socials.
- ❖ Aquells infants que, malgrat tenir un creixement normal, necessiten un suport o un seguiment, ja que no assolixen una maduració adequada.

Per acabar, la **carta de serveis** que oferim està formada per Neuropediatria; Psicopedagògic; Teràpia familiar; Social; Fisioteràpia i Logopèdia.

2. Des dels Serveis Educatius quins suports donen a l'escola per tal de treballar l'Atenció a la Diversitat? I concretament, amb un infant amb trastorn generalitzat del desenvolupament?

Pel que fa referència als Serveis Educatius, considero que t'hauries de posar en contacte amb l'EAP, ja que el CDIAP no treballa directament a l'escola. Però, pel que fa als TGD, (que no és el cas d'en Jofre) des del Departament d'Ensenyament hi ha l'equip del SEETDIC que fan els seguiments a aquesta tipologia d'infants.

3. Com es duu a terme l'assessorament a l'escola? (freqüència/ professionals a qui va adreçat, objectius del mateix, etc.)

El CDIAP atén els infants de 0 a 6 anys, per tant, hi ha usuaris que no estan escolaritzats, d'altres que van a llar d'infants i d'altres a l'escola ordinària. Des del CDIAP, no atenem infants que van a escola especial. En el cas d'infants que estan a la llar o a l'escola, ens coordinem diverses vegades l'any, en funció de cada cas i de la gravetat del trastorn. Tanmateix, anem una o dues vegades a l'escola, fem trucades, correus electrònics... No obstant, en el cas de l'escola, les coordinacions es fan a través de l'EAP de referència. A banda de l'escola, també ens coordinem amb qualsevol professional que atengui aquell infant, ja sigui pediatres o altres especialistes, Serveis Socials, etc. Per aquest motiu, un dels objectius d'aquestes coordinacions és l'intercanvi d'informació amb la mestra o educadora, per tal de poder conèixer com està l'infant a la Llar d'Infants, informar de les dificultats que presenta i les característiques del seu entorn, etc. En canvi, el segon objectiu és assessorar en cada cas particular amb pautes i estratègies que afavoreixin l'adaptació i la integració d'aquell infant a l'escola.

4. Com es duu a terme l'assessorament a les famílies?

Els tractaments que es duen a terme, es realitzen conjuntament amb les famílies, per tant, el contacte és setmanal. S'acompanya a la família en el procés d'adaptació del diagnòstic del seu fill/a, s'orienta en com el poden ajudar des de casa, s'assessora amb pautes psicoeducatives per afavorir els hàbits d'autonomia i un bon desenvolupament i conducta de l'infant. Alhora, s'ofereix a les famílies la possibilitat de realitzar pautes a nivell individual (sense l'infant) per treballar temes concrets d'alimentació, son, conducta, entre altres. Tanmateix, poden participar en grups de pares (de suport emocional, pautes, xerrades, etc.).

5. Quins aspectes / tècniques de recollida de dades teniu en compte a l'hora de decidir mesures d'Atenció a la Diversitat?

A l'hora de decidir les mesures d'atenció a la diversitat, a l'inici es fa una recollida de dades (anamnesi) amb la família i un cop s'ha recollit la informació, llavors es realitza una valoració diagnòstica. Tots els casos passen per la neuropediatra i, en funció de les dificultats que presenti l'infant, el valora el servei corresponent (psicopedagògic, logopèdia o fisioteràpia). Tot seguit, es redacta un informe de devolució i s'orienta a la família a realitzar un tractament en el servei corresponent.

6. Quina metodologia seguïu durant l'assessorament dels casos, a l'hora d'elaborar el PI? Professionals que hi intervenen, periodicitat del seguiment, revisió de compromisos, etc.)

A l'inici de cada tractament, en funció de les dificultats de l'infant, es redacta un programa individual amb els objectius que es treballaran durant els propers mesos. A nivell general, es treballen les següents àrees del desenvolupament: social-emocional, llenguatge, cognitiva, motricitat grossa/fina. No obstant, en funció de cada cas, només s'intervindrà en una de les àrees. Generalment, es fan revisions semestrals d'aquests programes, que van acompanyades d'un informe per a les famílies. Tanmateix, la freqüència dels tractaments varia en funció de les dificultats que presenti l'infant, podent ser des de tractaments setmanals, quinzenals o seguiments (mensual, trimestrals, etc.).

7. Amb quina freqüència acudiu a l'escola per tractar el cas el qual feu l'assessorament?

Tal com hem comentat anteriorment, depèn de cada cas.

8. Quins recursos mancarien a l'escola per atendre a la diversitat de manera adequada?

En els últims anys, degut a les condicions actuals de crisi en les que ens trobem, hi ha hagut una disminució dels recursos que s'oferien. Alguns casos en què es planteja la integració en l'escola ordinària ens trobem que els recursos que s'ofereixen són molt limitats. Per aquest motiu, no es poden oferir les ajudes que aquell infant necessitaria.

Pel que fa la meua àrea, ens trobem que quan els infants són baixa del CDIAP és fa difícil de fer una derivació, donat que el ventall públic cada vegada és més petit.

Alguns casos els atenen al CSMIJ, però la majoria es deriven a l'EAP. No obstant, existeix la possibilitat de demanar una beca *INAPE (Instituto Nacional de Asistencia y Promoción del Estudiante)* per continuar un tractament en un centre privat, però els requisits per sol·licitar-la cada vegada són més estrictes. La majoria de les famílies no es poden permetre pagar un tractament privat, i s'han d'adaptar al que els hi ofereix l'escola. Tanmateix, en algunes escoles l'atenció de la mestra d'Educació Especial una o dues hores a la setmana, però hi ha altres escoles que no ho poden portar a terme.

D'altra banda, en altres casos, hi ha el recurs del CREDAG (infants amb pèrdua auditiva), l'ONCE (infants amb dèficit visual) i SEETDIC (infants amb TEA i TC). Encara que, alguns casos serien candidats de tenir una vetlladora unes hores a la setmana, però això cada vegada és més difícil d'aconseguir. Per tant, des del meu punt de vista, hi ha molt camí per fer encara, per tal que aquests infants que presenten alguna dificultat en el seu desenvolupament puguin ser atesos en les condicions més òptimes possibles.

D'aquesta manera, l'anàlisi que faig després de recollir informació a través d'aquesta entrevista, és que des del CDIAP s'atén a infants que tenen algun trastorn en el seu desenvolupament o risc a patir-ne. L'EAP és el referent, ja que no tenen contacte directe amb l'escola. No obstant, es coordinen periòdicament amb la mestra/tutora i la família, per tal d'intercanviar informació respecte el desenvolupament de l'infant i així assessorar adequadament ambdós. No obstant, hi ha una certa mancança de recursos a les escoles a causa dels moments que estem vivint actualment.

4.6 Activitats

Per altra banda, durant la meua estada de Pràctiques III a partir de diverses activitats relacionades amb l'aprenentatge cooperatiu he dut a terme el seguiment de l'infant. No obstant, a través d'aquestes activitats he volgut potenciar l'atenció a la diversitat del grup-classe, en general. Per tant, facilitar les relacions socials a l'aula entre iguals, per tal d'observar com interactua l'infant amb els altres companys. Tot seguit, explicaré les activitats que vaig planificar per la meua intervenció a l'escola.

La **primera activitat “Mural cooperatiu: decorem un mag gegant”**, és una activitat en la qual els infants a través d'un mural cooperatiu treballen conjuntament en petit grup per tal de fomentar la interacció entre ells. A més, a través d'aquesta activitat es vol facilitar les relacions socials entre iguals. D'aquesta manera, s'afavoreix l'atenció a la diversitat.

Durant les sessions que he dut a terme l'activitat, he anat observant com interactuava en Jofre amb els altres companys. No hi ha hagut molta interacció per part d'en Jofre,



ja que ha treballat més individualment, tal com ha succeït amb altres infants. No obstant, l'activitat ha respòs a la diversitat del grup-classe, perquè majoritàriament hi ha hagut interacció entre els companys. Tanmateix, al llarg de les sessions els he anat motivant: "Demaneu ajuda als companys si no arribeu per enganxar el paper" amb la

finalitat de que s'ajudessin mútuament i així, no intervenir si no era necessari. Des d'un principi, en Jofre ha estat molt participatiu i atent al llarg de l'activitat, ja que ha mostrat interès en elaborar el mural cooperatiu.

La **segona activitat "Mòbil cooperatiu: decorem un mòbil màgic"**, és una activitat en la qual els infants a través d'un mòbil cooperatiu treballen en petit grup per tal d'afavorir les relacions interpersonals entre els infants, d'aquesta manera, s'ajuden i s'animen mútuament a l'hora de realitzar l'activitat. A més, és una manera de contribuir a que aprenguin a treballar en equip, tot aprenent dels seus companys i s'afavoreix l'atenció a la diversitat.

Durant la sessió he pogut observar que no hi ha hagut interacció tant per part d'en Jofre com dels companys, ja que cadascú ha realitzat l'activitat individualment. Per



aquest motiu, l'activitat en sí no ha respòs a la diversitat del grup-classe, ja que no hi ha hagut interacció entre ells. Tot i això, en Jofre ha participat en l'activitat, però ha estat poc receptiu, ja que s'ha cansat ràpidament. No obstant, ha estat concentrat durant l'elaboració de la seva part del mòbil cooperatiu.

La **tercera activitat "Construïm un trencaclosques"**, és una activitat en la qual els infants col·laboren conjuntament en petit grup en la construcció d'un trencaclosques per tal d'afavorir el treball en equip. A més, facilita l'ajuda mútua i contribueix a que explorin i realitzin un treball comú.



Durant les diverses sessions que he realitzat l'activitat, he observat que a tots els nens i les nenes els ha costat comprendre què havien de fer amb els cubs. A l'estar més pendent de mirar com havien de dur a terme l'activitat, no hi ha hagut una gran interacció, per tant, l'activitat no ha respòs adequadament a la diversitat del grup-classe. No obstant, en Jofre ha participat

activament en l'activitat, ja que al contemplar que era un trencaclosques amb una fotografia de tot el grup i al veure's ell allà l'ha despertat l'interès i la motivació.

La **quarta activitat "Joc cooperatiu"**, és una activitat que els infants a través de diverses fitxes, en les quals en les blaves llegeixen el nom que s'indica i busquen la fotografia corresponent i en les verdes observen la fotografia i busquen el nom corresponent, per tal de relacionar, identificar i reconèixer als seus companys de l'aula.

Durant les diferents sessions, he observat que la majoria d'infants interactuaven favorablement. Pel que fa en Jofre, he vist que al llarg de l'activitat ha fet varies



interaccions amb altres companys, fet que ha estat positiu, ja que s'ha ajustat a la perspectiva que volia transmetre mitjançant aquesta activitat, proporcionar una ajuda mútua entre ells i fomentar les relacions interpersonals entre iguals. Tanmateix, en Jofre ha mostrat un gran interès, ja que al ser un material relacionat amb ell, això ha provocat que per part seva hi hagi una

participació activa. A més, els resultats han estat força positius, ja que és un infant que coneix i sap el nom de cada nen o nena de la seva classe i alhora, té una gran memòria visual.

Per tant, a través d'aquestes activitats he pogut observar l'actuació de l'infant individualment, com amb la resta del grup. En general, considero que els resultats han estat favorables. Per part de l'infant hi ha hagut iniciativa i ganes de participar en les activitats, ja que agafa el material, observa, i a vegades, imita el que fan els seus companys. Tanmateix, penso que l'infant no només al llarg de les activitats, sinó també en altres ocasions, ha millorat la seva interacció amb la resta del grup, perquè fa petites intervencions amb els seus companys o a vegades juga amb ells.

5 Conclusions

Primerament, vull fer referència als objectius/hipòtesis que em vaig plantejar al principi de la investigació que es basa en la fonamentació sobre els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament. Pel que fa als objectius, majoritàriament s'han complert, ja que he pogut observar els diferents aspectes que tenia previst, però no he pogut aprofundir en l'estudi, ja que considero que per dur a terme una bona anàlisi s'ha de facilitar més temps en un treball d'aquestes dimensions, i en el nostre cas, no ha pogut ser així.

Pel que fa als objectius generals, d'aprofundir en les característiques i en el desenvolupament d'un infant amb algun trastorn del desenvolupament i reconèixer les característiques d'un infant amb NEE s'ha portat a terme adequadament, gràcies als referents teòrics esmentats en el marc. Tanmateix, l'objectiu d'identificar les tècniques de recollides de dades d'un infant amb algun trastorn del desenvolupament ha estat viable, pels documents que m'ha facilitat la mestra/tutora de l'infant que he observat. En canvi, l'objectiu d'aprofundir estratègies per intervenir a l'aula amb un alumne amb algun trastorn del desenvolupament ha estat poc factible, ja que la realitat del dia a dia amb el que diuen els teòrics, sovint no és compatible, perquè no hi ha a l'abast els recursos suficients per tal de millorar aquests aspectes. No obstant, puc esmentar que al llarg de l'observació he pogut veure que es treballen tècniques o es busquen recursos per dur a terme una millor intervenció dins l'aula. Tot i això, no es poden utilitzar diàriament, ja que la mestra/tutora també ha de proporcionar suport als altres infants.

Per altra banda, l'objectiu d'observar i analitzar un cas d'un infant que presenta algun trastorn generalitzat del desenvolupament a l'escola, la relació escola - família i els serveis específics de suport, s'ha dut a terme aprofitant la meua estada de Pràctiques III on he realitzat diverses activitats relacionades amb l'aprenentatge cooperatiu, ja que he facilitat les relacions socials entre iguals. Tanmateix, l'objectiu d'aprofundir el treball de l'equip intern i extern del centre educatiu a partir d'un cas, ha estat possible per una part, que és la de l'equip intern, ja que he pogut parlar amb la mestra/tutora i he assistit a les reunions que s'han dut a terme d'avaluació o cicle. En canvi, no he pogut visualitzar de primera mà la tasca de l'equip extern, ja que l'entrevista no es va dur a terme directament, sinó mitjançant el correu electrònic, perquè ha estat difícil trobar un espai amb l'agent professional del CDIAP. No obstant, vull esmentar que l'actuació per part de la psicòloga en tot moment ha estat correcta, ja que m'ha atès sense cap inconvenient. Alhora, l'objectiu d'aprofundir en la intervenció psicopedagògica amb un

infant que mostra algun trastorn del desenvolupament, ha estat viable gracies a l'observació directa i la interacció amb l'infant.

Pel que fa les hipòtesis, al principi em va costar plantejar les dues hipòtesis, ja que no em quedava clar la diferència amb els objectius. No obstant, després de l'aclariment, les suposicions que em vaig proposar s'han complert positivament.

La primera hipòtesis tracta que l'escola inclusiva contribueix a millorar el desenvolupament cognitiu, social, afectiu, psicomotriu, del llenguatge, de l'infant que presenta algun Trastorn Generalitzat del Desenvolupament. Per tant, això es pot constatar en l'increment de conductes d'aproximació als companys, implicació en els jocs i en les activitats d'aprenentatge així com en les iniciatives d'establir contacte. Segons el que he pogut observar al llarg de la meva estada de Pràctiques III, l'escola inclusiva potencia les possibilitats de cada infant, ja que les mesures curriculars que es poden adoptar per donar resposta a la diversitat van dirigides cap a la inclusió, per tant, s'intenta disminuir les barreres arquitectòniques per tal de desenvolupar els seus aprenentatges. No obstant, si no hi ha suficients recursos per part dels agents externs aquestes possibilitats queden reduïdes. Tal com fa referència Stainback (2001: 3): "L'educació inclusiva <<és el procés pel qual s'ofereix a tots els infants, sense distinció de la discapacitat, la raça o qualsevol altra diferència, l'oportunitat per continuar sent membre de la classe ordinària i per aprendre dels seus companys, juntament amb ells, dins l'aula>>."

La segona hipòtesis comporta que l'aprenentatge cooperatiu afavoreix la intensió comunicativa en la relació entre iguals. A través de les diferents activitats que he dut a terme durant l'estada de Pràctiques III, he pogut observar que és així, ja que considero que l'aprenentatge cooperatiu és molt interessant per utilitzar com a recurs que pretén fomentar el treball en grup, d'aquesta manera, afavorir la interacció entre iguals i millorar la inclosió dins l'aula del grup.

L'ús didàctic d'equips reduïts d'alumnes (generalment poden ser més homogenis) utilitzant una estructura de l'activitat que asseguri al màxim la *participació equitativa* (per a què tots els membres d'un equip tinguin les mateixes oportunitats de participar) i potenciï al màxim la *interacció simultània* entre ells, amb la finalitat que tots els membres d'un equip aprenguin els continguts proposats, cadascú al màxim de les seves possibilitats i aprenguin, a més, a treballar en equip. (Johnson, Johnson i Holubec i les aportacions de Kagan, 1999. Dins: (Pujolàs i Lago, 2011: 21))

Vull destacar que al llarg de la meva estada a l'escola hi ha hagut un progrés positiu per part d'en Jofre, ja que a l'hora de realitzar les activitats referents a l'aprenentatge cooperatiu he pogut observar que ha millorat l'autonomia, però encara necessita de l'ajuda de l'adult.

Encara que per l'edat en que es troben els infants, hi ha hagut moments al llarg de les activitats que no hi ha hagut gaire interacció tant per part d'en Jofre com de la resta d'infants, perquè en aquesta franja d'edat es troben en una etapa egocèntrica on molts nens i nenes els costa interactuar amb els altres infants, ja que ho volen fer individualment. No obstant, considero que en Jofre no només al llarg de les activitats, sinó també en altres ocasions, ha millorat la seva interacció amb la resta del grup.

Tal com he esmentat anteriorment, en Jofre ha mostrat il·lusió per realitzar les activitats, ha estat participatiu al llarg de les diverses sessions i majoritàriament concentrat a l'hora d'elaborar el material. Per aquest motiu, considero que els resultats han estat força positius, ja que l'infant ha mostrat interès en casi totes les tasques, per tant, ha estat gratificant per a ell.

Una recomanació que vull fer al respecte, és que s'han d'anar realitzant activitats d'aquest estil, on es promogui el joc cooperatiu com a eina pedagògica, per tal de potenciar les relacions interpersonals entre l'infant i la resta del grup-classe.

Per altra banda, un fet que m'ha sobtat al llarg de la meva estada en relació al tracte que ha mostrat en Jofre amb mi ha estat positiu, ja que pensava que al no tenir-me com una referent en el seu dia a dia costaria més. No obstant, al ser un infant que li costa relacionar-se amb els altres, m'ha sorprès que hi hagi una bona relació. Per tant, és necessari seguir treballant les relacions interpersonals entre iguals.

Pel que fa aspectes de millora del Treball Final de Grau, sóc conscient que hi ha factors que s'haurien de millorar. Per exemple, si realitzés un estudi més profund sobre aquest tema, no només em centraria en un cas, tal com he dut a terme en aquest treball, sinó que indagaria en altres casos, per tal de recollir més informació i així obtenir unes millors conclusions. Tanmateix, les activitats que he dut a terme al llarg de la meva estada de les Pràctiques III, penso que ha delimitat l'observació, ja que no només he pogut veure l'abans i el després de l'activitat, per tant no ha estat una observació detallada.

Personalment, elaborar el Treball Final de Grau no ha estat fàcil, ja que considero que has de reflexionar molt sobre el tema que vols estudiar, perquè és un treball important en la teva formació com a mestra. Per tant, penso que s'hauria d'haver deixat més marge per tal de que les persones que no ho tenien tan clar, poder pensar amb precisió i ajustar la temàtica. No obstant, amb l'ajuda d'una mestra de la UVic de l'àmbit d'atenció a la diversitat, vaig concloure que el tema que volia tractar era l'autisme. Però més endavant, al visitar l'escola de Pràctiques III i observar l'infant el qual havia de fer el seguiment, vaig a veure de generalitzar el tema, ja que l'infant no manifestava TEA, és a dir, parlar dels TGD.

Al principi, anava força perduda perquè era un tema que havia tractat en una assignatura, per tant, coneixia alguns aspectes i conceptes, però no es va arribar a aprofundir. No obstant, vaig començar a cercar informació a través de referents que em va suggerir el tutor, i alhora, mitjançant diverses fonts de documentació: Internet, biblioteques, etc. A més, la mestra de l'escola m'ha proporcionat informació de l'infant que he observat, per tal de poder dur a terme un millor anàlisi del cas.

D'altra banda, penso que és important tenir clar com vols planificar el teu treball, d'aquesta manera, et facilita el desglossament dels apartats que vols tractar.

Per acabar, esmentar que ha estat un treball intens però a la vegada he gaudit portant-lo a terme, ja que és un tema que sempre m'ha cridat l'atenció i tenia interès en saber i conèixer més, per tal d'obtenir una noció més àmplia d'aquesta temàtica.

6 Bibliografia

- ❖ AETAPI: *Asociación Española de Profesionales del Autismo* (2004) [en línia]. [Consulta: 28 de març de 2013]. Disponible a: <<http://www.aetapi.org/>> Dins: Aguirre, Pilar; Álvarez, Rosa; Angulo, M^a del Carmen; Prieto, Inmaculada. *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Dirección General de Participación e Innovación Educativa, p. 20.
- ❖ AFATD: *Associació de Familiars amb TGD de la Catalunya Central* (2009) [en línia]. Manresa: Inscrita al Departament de Justícia de la Generalitat amb el n. 29314/B. [Consulta: 28 de març de 2013]. Disponible a: <http://www.afatd.cat/web/?page=els_tgd>
- ❖ Aguirre, Pilar; Álvarez, Rosa; Angulo, M^a del Carmen; Prieto, Inmaculada (2002). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Dirección General de Participación e Innovación Educativa.
- ❖ Albaladejo, Marta (2010). *Com dir-ho. Entrevistes eficaces en l'àmbit educatiu*. Barcelona: Editorial Graó.
- ❖ Baron-Cohen, Simon; Cox, Anthony; Baird, Guillian; Swettenham, Jonh; Nighttingale, Natasha; Morgan, Kate; Drew, Auriol; Charman, Tony. (1997). "Marcadores psicológicos en la detección del autismo infantil en una población amplia." Dins: Dolz, Isabel; Alcantud, Francisco. *Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo* [en línia]. Valencia: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universitat de Valencia Estudi General, p. 8. [Consulta: 5 d'abril de 2013]. Disponible a: <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atencion-temprana.pdf>>
- ❖ Brengelman, L. C. (1979). "Modificación de conducta en deficientes mentales." Dins: Garanto, Jesús; Paula, Isabel. *L'alumnat amb trastorns generalitzats del desenvolupament: l'espectre autista i les psicosis*. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament d'Ensenyament, p. 102.

- ❖ Dane, Francis. (1997) *Mètodes de recerca*. Barcelona: Edicions Proa.
- ❖ Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (coords.) (2012). *Manual de investigació qualitativa. El camp de la investigació qualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- ❖ Dolz, Isabel; Alcantud, Francisco (2002). *Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo* [en línia]. Valencia: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universitat de Valencia Estudi General. [Consulta: 5 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atencion-temprana.pdf>
- ❖ Egge, Martin (2008). *El tratamiento del niño autista*. Madrid: Editorial Gredos.
- ❖ Fejerman, Natalio; Arroyo, Hugo; Massaro, Mario; Ruggieri, Víctor (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ❖ Filipeck, Pauline & cols. (1999). "The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders." Dins: Aguirre, Pilar; Álvarez, Rosa; Angulo, M^a del Carmen; Prieto, Inmaculada. *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Dirección General de Participación e Innovación Educativa, p. 12.
- ❖ Garanto, Jesús; Paula, Isabel (2003). *L'alumnat amb trastorns generalitzats del desenvolupament: l'espectre autista i les psicosis*. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament d'Ensenyament.
- ❖ GETEA. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III (2005). "Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista." Dins: Aguirre, Pilar; Álvarez, Rosa; Angulo, M^a del Carmen; Prieto, Inmaculada. *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Dirección General de Participación e Innovación Educativa, p. 11 i 12.

- ❖ GETEA. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III (2005). “Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista.” Dins: Aguirre, Pilar; Álvarez, Rosa; Angulo, M^a del Carmen; Prieto, Inmaculada. *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Dirección General de Participación e Innovación Educativa, p. 20.

- ❖ Happé, Francesca (1994). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza Editorial.

- ❖ Johnson, D. W.; Johnson, R.T.; Holubec, E.J.; amb aportacions de Kagan, S. (1999). “El aprendizaje cooperativo en el aula.” i “Cooperative Learning.” Dins: Pujolàs, Pere; Lago, José Ramon (Coords.); Naranjo, Mila; Pedragosa, Olga; Riera, Gemma; Segués, Teresa; Soldevila, Jesús; Juan, Mercè; Oliveras, Anna; Olmos, Glòria; Torné, Alba; Rodrigo, Carles i Pujol, Rosa. *El programa CA/AC (Cooperar per Aprender/Aprender a Cooperar) per ajudar a ensenyar a aprendre en equip. Implementació de l'aprenentatge cooperatiu a l'aula*. Vic: CIFE grad, p. 21.

- ❖ Lotter, Victor (1966). “Epidemiology of autistic conditions in young children.” Dins: Dolz, Isabel; Alcantud, Francisco. *Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo* [en línia]. Valencia: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universitat de Valencia Estudi General, p. 11. [Consulta: 5 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atenc-temprana.pdf>

- ❖ Martos, Juan. (2001). “Autismo: un trastorno penetrante del Desarrollo.” Dins: Dolz, Isabel; Alcantud, Francisco. *Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo* [en línia]. Valencia: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universitat de Valencia Estudi General, p. 2. [Consulta: 5 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atenc-temprana.pdf>

- ❖ New York State Department of Health Early Intervention Program (1999). "Autism". Dins: Aguirre, Pilar; Álvarez, Rosa; Angulo, M^a del Carmen; Prieto, Inmaculada. *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Dirección General de Participación e Innovación Educativa, p. 11.
- ❖ Powers, Michael (2005). *Niños autistas. Guía para padres, terapeutas y educadores*. Mèxic: Editorial Trillas.
- ❖ Pujolàs, Pere (2006). *Aulas inclusivas y aprendizaje cooperativo*. [PDF]. Vic: Universitat de Vic. [Consulta: 5 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.unizar.es/cce/atencion_diversidad/ap%20cooper.pdf>
- ❖ Pujolàs, Pere; Lago, José Ramon (Coords.); Naranjo, Mila; Pedragosa, Olga; Riera, Gemma; Segué, Teresa; Soldevila, Jesús; Juan, Mercè; Oliveras, Anna; Olmos, Glòria; Torné, Alba; Rodrigo, Carles i Pujol, Rosa (2011). *El programa CA/AC (Cooperar per Aprendre/Aprender a Cooperar) per ajudar a ensenyar a aprendre en equip. Implementació de l'aprenentatge cooperatiu a l'aula*. Vic: CIFE grad.
- ❖ Rivière, Ángel. (2000). "¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista." Dins: Dolz, Isabel; Alcantud, Francisco. *Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo* [en línea]. Valencia: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universitat de Valencia Estudi General, p. 9. [Consulta: 5 d'abril de 2013]. Disponible a: <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atencion-temprana.pdf>>
- ❖ Rodríguez, Gregorio (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- ❖ Ruiz Olabuénaga, José Ignacio (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- ❖ Rutter, Michael; Schopler, Eric. (1987). "Autism and pervasive developmental disorders: conceptual and diagnostic issues." Dins: Happé, Francesca. *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza Editorial, p. 39.

- ❖ Sainz, Alicia (2000). “Las aulas estables para alumnado con necesidad de apoyos generalizados en centros de E.S.O. Orientaciones para su funcionamiento.” Dins: Aguirre, Pilar; Álvarez, Rosa; Angulo, M^a del Carmen; Prieto, Inmaculada. *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Generales del Desarrollo*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Dirección General de Participación e Innovación Educativa, p. 56.
- ❖ Sainz, Alicia (2000). *Orientaciones para el funcionamiento de aulas estables para el alumnado con trastornos generalizados del desarrollo* [en línea]. País Basc: Departamento de Educación, Universidades e Investigación. Instituto para el Desarrollo Curricular y la Formación del Profesorado (CEI/IDC) Área de Necesidades Educativas Especiales. [Consulta: 5 d’abril de 2013]. Disponible a: <http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r43-573/es/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_neespeci/adjuntos/18_nee_110/110019c_Doc_IDC_aulas_estables_e.pdf>
- ❖ Sánchez – Cano, Manuel (2007). “El alumnado con trastornos del espectro autista”. Dins: Sánchez – Cano, Manuel. *Manual de asesoramiento psicopedagógico*. Barcelona: Editorial Graó, p. 2-3.
- ❖ Schopler, Eric; Reichler, Robert.; Lansing, Margaret. (1980). “Individualized assessment and treatment and developmentally disabled children.” Dins: Garanto, Jesús; Paula, Isabel. *L’alumnat amb trastorns generalitzats del desenvolupament: l’espectre autista i les psicosis*. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament d’Ensenyament, p. 81.
- ❖ Stainback, Susan (2001). “Componentes críticos en el desenvolupament de l’educació inclusiva.” Dins: Pujolàs, Pere. *Aulas inclusivas y aprendizaje cooperativo* [PDF]. Vic: Universitat de Vic, p. 3. [Consulta: 5 d’abril de 2013]. Disponible a: <http://www.unizar.es/cce/atencion_diversidad/ap%20cooper.pdf>
- ❖ Viloca, Llúcia (2002). *El niño autista. Detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Grupo Editorial Ceac.
- ❖ Wing, Lorna. (1988). “The continuum of autistic characteristics.” Dins: Happé. *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza Editorial, p. 35.

- ❖ Wing, Lorna. (1995). "Autistic spectrum disorders: and aid to diagnosis." Dins: Dolz, Isabel; Alcantud, Francisco. *Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo* [en línea]. Valencia: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universitat de Valencia Estudi General, p. 2. [Consulta: 5 d'abril de 2013]. Disponible a: <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atenc-temprana.pdf>>