



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE CIÈNCIES SOCIALS

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES (R.D.
99/2011)

**DISEÑO, VALIDACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA
FORMATIVO BASADO EN COMPETENCIAS CURRICULARES DIRIGIDO A
PROFESIONALES INTERDISCIPLINARES QUE INTERVIENEN CON
PERSONAS CON AUTISMO**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Ángela Guardiola Cano

Dirigida por:

Dr. Jorge Garcés Ferrer

Dra. Ascensión Doñate Martínez

Dr. Francisco J. Ródenas Rigla

Valencia, octubre de 2021

La presente tesis ha sido parcialmente realizada en el marco del proyecto europeo “*IPA+ Inclusion of people with autism in Europe*”- *Towards specialized training model for professional-* (Inclusión de personas con autismo en Europa. Hacia un modelo especializado para la formación de profesionales). Financiado bajo el programa Erasmus + de la Comisión Europea (ref.: 2016-1-ES01-KA204-025061).

Los Dres. JORGE GARCÉS FERER, Catedrático del departamento de Trabajo Social de la Universidad de Valencia, FRANCISCO RÓDENAS RIGLA, Titular del departamento de Trabajo Social de la Universidad de Valencia y ASCENSIÓN DOÑATE MARTÍNEZ investigadora del Instituto Polibienestar de la Universidad de Valencia,

CERTIFICAN:

Que la presente tesis titulada, “*Diseño, validación e implementación de un programa formativo basado en competencias curriculares dirigido a profesionales interdisciplinarios que intervienen con personas con autismo*”, presentada por la doctoranda ÁNGELA GUARDIOLA CANO corresponde al trabajo realizado bajo nuestra dirección para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Universitat de València.

Y para que conste, expedimos la presente en Valencia, a 15 de octubre de 2021

JORGE GARCÉS FERER
Fdo.

FRANCISCO RÓDENAS RIGLA
Fdo.

ASCENSIÓN DOÑATE MARTÍNEZ
Fdo.

JORGE|
GARCES|
FERRER|
Firmado digitalmente por JORGE|GARCES| FERRER
Fecha: 2021.10.18 10:05:26 +02'00'

FRANCISC
O JOSE|
RODENAS|
RIGLA|
Firmado digitalmente por FRANCISCO JOSE| RODENAS|RIGLA
Fecha: 2021.10.15 20:39:06 +02'00'

Firmado por ASCENSION DOÑATE MARTINEZ - NIF:22591987F el día 18/10/2021 con un certificado emitido por ACCVCA-120

Gutta cavat lapidem, non vi, sed saepe cadendo

(La gota perfora la piedra, no por su fuerza, sino por su constancia al caer)

Publio Ovidio Nasón. Cartas desde el Ponto, IV, 10 y Arte de amar I, 476.

*A mis padres y a mi hermana, por haber sido mi pilar incondicional. A mis abuelos,
porque siempre seréis las estrellas que ilumináis mis noches más oscuras.*

A Narciso, porque no podría haber un compañero mejor de aventuras y batallas.

“Ítaca” (Konstantino Kavafis, 1911)

Cuando emprendas tu viaje a Ítaca
pide que el camino sea largo,
lleno de aventuras, lleno de experiencias.
No temas a los lestrigones ni a los cíclopes
ni al colérico Poseidón,
seres tales jamás hallarás en tu camino,
si tu pensar es elevado, si selecta
es la emoción que toca tu espíritu y tu cuerpo.
Ni a los lestrigones ni a los cíclopes
ni al salvaje Poseidón encontrarás,
si no los llevas dentro de tu alma,
si no los yergue tu alma ante ti.
Pide que el camino sea largo.
Que muchas sean las mañanas de verano
en que llegues -¡con qué placer y alegría!
a puertos nunca vistos antes.
Detente en los emporios de Fenicia
y hazte con hermosas mercancías,
nácar y coral, ámbar y ébano
y toda suerte de perfumes sensuales,
cuantos más abundantes perfumes sensuales puedas.
Ve a muchas ciudades egipcias
a aprender, a aprender de sus sabios.
Ten siempre a Ítaca en tu mente.
Llegar allí es tu destino.
Mas no apresures nunca el viaje.
Mejor que dure muchos años
y atracar, viejo ya, en la isla,
enriquecido de cuanto ganaste en el camino
sin aguantar a que Ítaca te enriquezca.
Ítaca te brindó tan hermoso viaje.
Sin ella no habrías emprendido el camino.
Pero no tiene ya nada que darte.
Aunque la halles pobre, Ítaca no te ha engañado.
Así, sabio como te has vuelto, con tanta experiencia,
entenderás ya qué significan las Ítacas.

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mi director Dr. Jorge Garcés y a mi co-director, Dr. Francisco Ródenas, por haberme brindado esta oportunidad, la cual ha sido un reto y una experiencia inolvidable. Especialmente, quiero darle las gracias a mi co-directora Ascensión Doñate, que sin duda ha sido *mi ángel de la guarda*, y ha estado ahí en cada paso del camino durante estos últimos 5 años.

Agradecer al equipo que forma el Instituto de Polibienestar, a los socios pertenecientes a las asociaciones Autismo Burgos, *Autism Europe*, *Federação Portuguesa de Autismo* y *Autizam Srbija*, así como a todos participantes que han colaborado el proyecto IPA+. Gracias a los profesionales del Trabajo Social, así como a las familias de personas con TEA por la colaboración en las entrevistas. Igualmente, agradecer al Colegio Oficial de Trabajo Social de Valencia por la divulgación del proyecto y haberme facilitado sus instalaciones.

A las compañeras y compañeros del departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Mislata y de Massamagrell, especialmente a José Román Cantón, director del centro social, por tus enseñanzas a lo largo de estos tres últimos años. No me gustaría olvidarme de las extraordinarias compañeras con las que he tenido el honor de aprender y trabajar: Ana Selva, Javier Ojeda, Juana Molina, Judit Pérez, Laura Blasco, Sonia Costa, Sara Pérez, etc. Gracias a todas por vuestra inestimable ayuda y apoyo brindado en estos años y, sobre todo, porque personas como vosotras sois las que leáis sentido a esta maravillosa profesión que es el Trabajo Social.

Gracias a toda mi familia por su apoyo incondicional, especialmente a mis padres Salvador y Llani y a mi hermana Marta, por haberme alentado siempre a seguir mis sueños. También agradecerles a mis abuelos (mis queridos *manes*), porque sois y siempre seréis las estrellas que iluminan mis noches más oscuras.

A Narciso, mi compañero de aventuras y batallas. Gracias por aguantarme, ayudarme y mimarme. Por facilitarme la vida y, con tus abrazos, saber “desenchufarme” en mis momentos de máximo estrés y ansiedad. Gracias por tu cariño e infinita paciencia y, sobre todo, porque gracias a ti siento que finalmente he podido llegar a mi *Ítaca*.

A mis gatos, mis leales compañeros de tesis de 4 patas: *Ícaro* y *Eos*. Gracias por enseñarme a querer incondicionalmente y porque con vuestros ronroneos me calmáis el corazón y el alma.

No quiero olvidarme de toda la gente maravillosa que me ha alentado y me ha dado la fuerza para seguir adelante cuando yo no me veía capaz de continuar, y a los que tengo la fortuna de poder llamarlos *amigos*: A Beatriz y Estefanía Sánchez, a Verónica Escribano, a mis *hermanos mayores* Carlos Géner y Dídac Gimeno, a Valeria Pastor, a Kàtia Faus, a Soraya Colomer, a Pablo López, a Elías Castronuño (por tu apoyo durante una gran parte de este viaje), a Virginia Arenas y a Maribel García (por haberme hecho el honor de ser tía de la preciosa Vera). También, a mi grupo de gente bonita, especialmente a las tres mujeres que han sido, son y serán esenciales en mi vida: A Maika Pedreira (por tu ternura, por estar siempre ahí y acogerme con los brazos abiertos sin importar la hora), a Míriam Colomé (por tu absoluta sinceridad, por tu bendita locura y por saber siempre cómo sacarme una carcajada) y a Sílvia Ferrandis (por iluminarme continuamente con tu extraordinaria y brillante sensatez y por tus innumerables correcciones y asesoramiento en la redacción de esta tesis). Gracias, chicas, por estar siempre ahí en cada paso que doy, por rescatarme en mis momentos más difíciles y, sobre todo, por demostrarme día a día el valor de la palabra *amistad*.

A la Dra. María Engracia Muñoz, arqueóloga y divulgadora científica. Gracias por tus consejos durante nuestra faceta como doctorandas que hemos podido compartir juntas. Y, sobre todo, por haberme demostrado que todos los caminos conducen a Roma (¡hasta el de los animales!).

Igualmente agradecer a la gran *familia* del equipo *TGR* por todo el apoyo y cariño brindado durante estos años, y especialmente a Raúl Costa, nuestro *míster*, por enseñarnos a vivir con locura, fuerza y libertad.

Por último, agradecer a tres mujeres sabias que tengo el honor de tener en mi vida: a Carmen Fernández, a Cristina Palanca y a Patro Lostrado. Gracias por vuestra absoluta fe en mí y por no dudar jamás que podía lograr todo lo que me propusiera. Gracias por vuestros consejos, por mostrarme el camino hacia mi *norte* cada vez que me he perdido y, sobre todo, por enseñarme que *la vida està feta per als valents*.

Finalmente, y no menos importante, no me gustaría acabar este apartado sin agradecer a todas y cada una de las personas que se han subido y se han bajado de este barco a lo largo de todos estos años, porque gracias a vuestras enseñanzas me habéis dado la fuerza para llegar a buen puerto y finalizar este viaje. ¡Gracias!

Resumen

Los hallazgos actuales a nivel mundial sobre la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) muestran un aumento del número de diagnósticos en la última década, como resultado de las mejoras en el desarrollo de instrumentos en la detección temprana y evolución en el consenso de los criterios diagnósticos. Sin embargo, la literatura ha evidenciado una gran falta tanto de conocimiento como de preparación en los profesionales que trabajan con personas TEA y con sus familias. El objetivo general del presente trabajo ha sido doble, ya que, por una parte, se han estudiado y abordado las necesidades formativas de profesionales multidisciplinares que intervienen a lo largo del ciclo vital de una persona con autismo. Y, por otra parte, con esta tesis se ha pretendido conocer el papel de los trabajadores sociales en la intervención con personas con TEA, así como los recursos que disponen para ello. Para alcanzar ambos objetivos, en primer lugar, se realizó una revisión de literatura en la que se analizaron 29 artículos científicos y se organizaron entrevistas y grupos focales con 48 profesionales multidisciplinares para identificar contenidos curriculares necesarios para la preparación de profesionales en el ámbito de los TEA. Seguidamente, se elaboró y se validó el currículo formativo diseñado con tal propósito a través de un estudio Delphi en el que participaron 28 panelistas. Posteriormente, dicho currículo se implementó a lo largo de 3 meses por medio de un curso piloto en el que participaron 127 profesionales. Finalmente, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 9 profesionales del trabajo social con el propósito de analizar diferencias entre sus necesidades formativas en comparación con los hallazgos previos. Los resultados obtenidos a través de las diversas metodologías llevadas a cabo han demostrado y reiterado la falta de conocimiento y la necesidad de los profesionales de disponer de habilidades y formación específica para poder intervenir correctamente con personas con TEA y sus familiares, sin importar el ámbito de actuación profesional. En conclusión, los hallazgos sugieren la necesidad de mejorar las competencias y conocimientos actualizados y basados en la evidencia a través de una formación de calidad y específica sobre el TEA entre profesionales interdisciplinares, más allá, únicamente, de la etapa infantil y el ámbito educativo.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, profesionales interdisciplinares, competencias profesionales y currículo formativo.

Resum

Les troballes actuals a nivell mundial sobre la prevalença del Trastorn de l'Espectre Autista (TEA) mostren un augment del nombre de diagnòstics en l'última dècada, com a resultat de les millores en el desenvolupament d'instruments en la detecció precoç i l'evolució en el consens dels criteris diagnòstics. No obstant això, la literatura ha evidenciat una gran falta tant de coneixement com de preparació en els professionals que treballen amb persones TEA i amb les seves famílies. L'objectiu general del present treball ha sigut doble, ja que, d'una banda, s'han estudiat i abordat les necessitats formatives de professionals multidisciplinaris que intervenen al llarg del cicle vital d'una persona amb autisme. I, d'altra banda, amb aquesta tesi s'ha pretès conèixer el paper dels treballadors socials en la intervenció amb persones amb TEA, així com els recursos de què disposen. Per a aconseguir tots dos objectius, en primer lloc, es va realitzar una revisió de literatura en la qual es van analitzar 29 articles científics i es van organitzar entrevistes i grups focals amb 48 professionals multidisciplinaris per a identificar continguts curriculars necessaris per a la preparació de professionals en l'àmbit dels TEA. Seguidament, es va dissenyar i va validar el currículum formatiu dissenyat amb tal propòsit a través d'un estudi Delphi en el qual van participar 28 panelistes. Posteriorment, aquest currículum es va implementar al llarg de 3 mesos per mitjà d'un curs pilot en el qual van participar 127 professionals. Finalment, es van realitzar entrevistes semi-estructurades a 9 professionals del treball social amb el propòsit d'analitzar diferències entre les seves necessitats formatives en comparació amb les troballes prèvies. Els resultats obtinguts a través de les diverses metodologies dutes a terme han demostrat i reiterat la falta de coneixement i la necessitat dels professionals de disposar d'habilitats i formació específica per a poder intervenir correctament amb persones amb TEA i els seus familiars, sense importar l'àmbit d'actuació professional. En conclusió, les troballes suggereixen la necessitat de millorar les competències i coneixements actualitzats i basats en l'evidència a través d'una formació de qualitat i específica sobre el TEA entre professionals interdisciplinaris, més enllà, únicament, de l'etapa infantil i l'àmbit educatiu.

Paraules clau: trastorn de l'espectre autista, professionals interdisciplinaris, competències professionals i currículum formatiu.

Abstract

Current global findings on the prevalence of Autism Spectrum Disorder (ASD) indicate an increase in the number of diagnoses in the last decade, as a result of improvements in the development of instruments to early detection and evolution in the consensus of the diagnostic criteria. However, the literature has shown a great lack of both knowledge and skills among professionals working with ASD people and their families. The general objective of this work has been twofold, since, on the one hand, the training needs of multidisciplinary professionals who intervene throughout the life cycle of a person with autism have been studied and addressed. And, on the other hand, this thesis has sought to know the role of social workers in the intervention with people with ASD, as well as the resources available for it. To achieve both objectives, first of all, a literature review was carried out in which 29 scientific articles were analysed in addition to interviews and focus groups organized with 48 multidisciplinary professionals to identify curricular content necessary for the preparation of professionals in the field of ASD. Afterwards, the training curriculum designed for this purpose was developed and validated through a Delphi study in which 28 panellists participated. Subsequently, this curriculum was implemented over 3 months through a pilot course in which 127 professionals participated. Finally, semi-structured interviews were conducted with 9 social workers in order to analyse differences between their training needs compared to previous findings. The results obtained through the various methodologies carried out have demonstrated and reiterated the lack of knowledge and the need for professionals to have specific skills and training to be able to intervene correctly with people with ASD and their relatives, regardless of the field of professional performance. In conclusion, the findings suggest the need to improve up-to-date and evidence-based skills and knowledge through quality and specific training on ASD among interdisciplinary professionals, beyond children and the educational environment.

Keywords: autism spectrum disorder, interdisciplinary professionals, professional competencies and training curriculum.

Glosario de Abreviaturas

AETAPI: Asociación Española de Profesionales del Autismo

AGNU: Asamblea General de las Naciones Unidas

Aulas CyL: Aulas de Comunicación y Lenguaje

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

BOE: Boletín Oficial del Estado

CAT: Centro de Atención Temprana

CDC: Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo

CDV: Calidad de Vida

CE: Cociente de Empatía

CEE: Centro de Educación Especial

CEE: Centros Especiales de Empleo

CS: Cociente de Sistematización

C.V.: Comunidad Valenciana

DI: Discapacidad intelectual

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

DOGV: Diario Oficial de la Generalitat Valenciana

DUDH: Declaración Universal de Derechos Humanos

ECA: Empleo con Apoyo

EVO: Equipos de Valoración y Orientación

FESPAU: Confederación Española de Autismo

ICD/CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades

IDEA: Inventario del Espectro Autista

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

IMV: Ingreso Mínimo Vital

MMR: Vacuna Triple Vírica

MMS: Solución Mineral Milagrosa (soluciones de dióxido de cloro y de clorito de sodio)

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

PT: Maestro Especialista en Pedagogía Terapéutica

PEI: Prestación Económica Individualizada

PHC: Prestación por Hijo a Cargo

PNC: Pensión No Contributiva

PROP: Oficina de Atención al Ciudadano de la Comunidad Valenciana

RAI: Renta Activa de Inserción

RAE: Real Academia Española

RGIM: Renta de Garantía de Ingresos Mínimos

RGIS: Renta de Garantía de Inclusión Social

RVI: Renta Valenciana de Inclusión

TASOC: Técnico en Actividades Socioculturales

TEA: Trastorno del Espectro Autista

TEL: Trastornos Específicos del Lenguaje

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TGD: Trastorno Generalizado del Desarrollo

TGD-NE: Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

ToM: Teoría de la Mente

SA: Síndrome de Asperger

SPE: Servicios Psicopedagógicos Escolares

Índice

Índice de tablas y figuras.....	24
Introducción.....	27
PARTE I: MARCO TEÓRICO.....	30
Capítulo 1. Orígenes y Evolución del Trastorno del Espectro Autista.....	31
1.1. Trastorno del Espectro Autista: Recorrido sobre sus Principales Pioneros, Características y Evolución.....	31
1.1.1. Origen del Autismo: Analizando la Historia desde Kanner a Rivière.....	32
1.1.2. Autismo: Principales Características, Comorbilidades Asociadas y Farmacología.....	38
1.1.3. Epidemiología y Prevalencia del Autismo.....	43
1.1.4. La Evolución de los Criterios Diagnósticos: Del CIE al DSM.....	44
1.2. Principales Teorías y Modelos Explicativos del Autismo.....	52
1.2.1. Teoría de la Mente.....	52
1.2.2. Teoría de Coherencia Central Débil.....	54
1.2.3. Teoría de la Función Ejecutiva.....	55
1.2.4. Teoría del Déficit Afectivo Social.....	55
1.2.5. Teoría de la Empatía-Sistematización.....	56
1.2.6. Modelo Calidad de Vida.....	58
1.3. Marco Normativo.....	60
1.3.1. Normativa Internacional.....	60
1.3.2. Normativa Europea.....	62
1.3.3. Normativa Estatal.....	63
1.3.4. Normativa Autonómica.....	64
Capítulo 2. Autismo y la Interdisciplinariedad Profesional.....	65
2.1. Diversidad de Necesidades a lo Largo del Ciclo Vital: La Importancia de la Intervención Profesional.....	65
2.1.1. Infancia.....	65
2.1.2. Adolescencia.....	70
2.1.3. Edad Adulta y Senectud.....	72
2.2. Recursos y Prestaciones Existentes en Materia de Autismo.....	76
2.2.1. Ámbito Nacional.....	76
2.2.2. Comunidad Valenciana.....	79
2.3. Las Asociaciones de TEA en España.....	83
2.3.1. Ámbito Nacional.....	84
2.3.2. Comunidad Valenciana.....	85
PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO.....	91
Capítulo 3. Método.....	92
3.1. Objetivos e Hipótesis.....	92
3.2. Diseño del Estudio.....	93
3.2.1. Revisión de la Literatura.....	94
3.2.2. Grupos Focales.....	96
3.2.3. Método Delphi.....	99
3.2.4. Estudio Piloto.....	104
3.2.5. Entrevistas Semi-Estructuradas.....	114
Capítulo 4. Resultados.....	118
4.1. Revisión de Literatura.....	118
4.1.1. Antecedentes y Campo de Trabajo de los Profesionales.....	126
4.2. Grupos Focales.....	130

4.2.1. Nivel de Satisfacción	132
4.2.2. Necesidades de Formación Curricular.....	132
4.2.3. Expectativas y Objetivos sobre la Formación	137
4.2.4. Temas Relevantes	139
4.2.5. Demandas de Diferentes Niveles Formativos.....	142
4.2.6. Herramientas para la Formación	144
4.2.7. Diferentes Fuentes de Información para la Formación	145
4.2.8. Métodos de Formación.....	146
4.2.9. Recursos de Apoyo para la Formación.....	147
4.3. Delphi	148
4.3.1. Resultados de la Primera Ronda	149
4.3.2. Resultados de la Segunda Ronda	158
4.4. Resultados del Curso Piloto	167
4.4.1. Características de la Muestra	167
4.4.2. Resultados del Cuestionario Previo a la Formación.....	169
4.4.3. Evaluación Post-Módulos	170
4.4.4. Evaluación de Post-Formación	197
4.4.5. Evaluación de Seguimiento “A” para Personas con Experiencia Previa en TEA.....	207
4.4.6. Evaluación de Seguimiento “B” para Personas sin Experiencia Previa en TEA	211
4.5. Entrevistas Semi-Estructuradas.....	215
4.5.1. Análisis Cuantitativo	215
4.5.2. Análisis Cualitativo	230
Capítulo 5: Discusión y Conclusiones.....	253
Referencias Bibliográficas	272
Anexos.....	298

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. “Signos de Alarma” para la detección del Autismo en niños (CDC, 2020).....	40
Tabla 2. Cronología de los años de publicación de los manuales DSM y CIE	45
Tabla 3. Criterios diagnósticos del autismo resumidos del CIE-10 (OMS, 1.992)	47
Tabla 4. Criterios diagnósticos del autismo resumidos del DSM-IV-TR (APA, 2001)	49
Tabla 5. Criterios del DSM-V para el diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo (APA, 2013).....	50
Tabla 6. Grados de severidad de TEA, DSM-V (APA, 2013).....	51
Tabla 7. Criterios diagnósticos del CIE-11 (CIE, 2018).....	52
Tabla 8. Dimensiones la calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003).....	60
Tabla 9. Catálogo del SAAD por grados de dependencia.....	82
Tabla 10. Palabras claves o <i>keywords</i> empleados en la búsqueda	95
Tabla 11. Preguntas de la guía de intervención	98
Tabla 12. Metodologías relevantes propuestas en la primera ronda del Delphi	102
Tabla 13. Palabras clave de la revisión de la literatura del marco de evaluación.....	106
Tabla 14. Categorías análisis cualitativas de los resultados de los trabajadores sociales	117
Tabla 15. Características de la muestra de los estudios incluidos en la revisión de la literatura	120
Tabla 16. Características de los profesionales entrevistados	131
Tabla 17. Nivel de satisfacción de los profesionales por países	132
Tabla 18. Necesidades de formación curricular por país	134
Tabla 19. Expectativas y objetivos sobre la formación	137
Tabla 20. Temas relevantes.....	140
Tabla 21. Demandas de diferentes niveles formativos	143
Tabla 22. Herramientas para la formación	145
Tabla 23. Diferentes fuentes de información para la formación	146
Tabla 24. Métodos de formación.....	146
Tabla 25. Recursos de apoyo para la formación.....	147
Tabla 26. Características de la muestra	148
Tabla 27. Ronda 1 del Delphi, resultados de metodología relevante nivel I y nivel II.....	157
Tabla 28. Media y desviación estándar del peso de los módulos del curso de los niveles I y II	158
Tabla 29. Resultados de módulos del curso, nivel I (ronda 2).....	160
Tabla 30. Resultados de módulos del curso, nivel II (ronda 2).....	163
Tabla 31. Resultados metodología relevante de los niveles I y II (ronda 2)	166
Tabla 32. Peso de los módulos del curso de los niveles I y II (ronda 2)	167
Tabla 33. Características sociodemográficas y perfiles profesionales de la muestra	168
Tabla 34. Respuestas a las preguntas de evaluación previa a la formación	169
Tabla 35. Resultados obtenidos en el módulo 1 de la evaluación post-módulos, nivel I	171
Tabla 36. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 1 de la evaluación post-módulos, nivel I.....	172
Tabla 37. Resultados obtenidos en el módulo 2 de la evaluación post-módulos, nivel I	173
Tabla 38. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 2 de la evaluación post-módulos, nivel I.....	175
Tabla 39. Resultados obtenidos en el módulo 3 de la evaluación post-módulos, nivel I	176
Tabla 40. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 3 de la evaluación post-módulos, nivel I.....	178
Tabla 41. Resultados obtenidos en el módulo 4 de la evaluación post-módulos, nivel I	179
Tabla 42. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 4 de la evaluación post-módulos, nivel I.....	180
Tabla 43. Resultados obtenidos en el módulo 5 de la evaluación post-módulos,nivel I	181

Tabla 44. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 5 de la evaluación post-módulos, nivel I.....	183
Tabla 45. Resultados obtenidos en el módulo 6 de la evaluación post-módulos, nivel I	184
Tabla 46. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 6 de la evaluación post-módulos, nivel I.....	185
Tabla 47. Resultados obtenidos en el módulo 7 de la evaluación post-módulos, nivel I	186
Tabla 48. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 7 de la evaluación post-módulos, nivel I.....	188
Tabla 49. Resultados obtenidos en el módulo 1 de la evaluación post-módulos, nivel II	189
Tabla 50. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 1 de la evaluación post-módulos, nivel II.....	190
Tabla 51. Resultados obtenidos en el módulo 2 de la evaluación post-módulos, nivel II	192
Tabla 52. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 2 de la evaluación post-módulos, nivel II.....	194
Tabla 53. Resultados obtenidos en el módulo 3 de la evaluación post-módulos, nivel II	195
Tabla 54. Resultados de las preguntas abiertas del módulo 3 de la evaluación post-módulos, nivel II.....	197
Tabla 55. Resultados del cuestionario de la post-formación, nivel I	198
Tabla 56. Resultados de las preguntas abiertas de la post-formación, nivel I.....	201
Tabla 57. Resultados del cuestionario de la post-formación, nivel II	203
Tabla 58. Respuestas del cuestionario de preguntas abiertas de la post-formación, nivel II.....	206
Tabla 59. Resultados del cuestionario evaluación de seguimiento grupo “A”, nivel II	209
Tabla 60. Resultados preguntas abiertas evaluación de seguimiento grupo “A”, nivel II.....	211
Tabla 61. Resultados del cuestionario evaluación de seguimiento grupo “B”, nivel I.....	212
Tabla 62. Resultados preguntas abiertas evaluación de seguimiento grupo “B”, nivel I	215
Tabla 63. Características de los participantes de las entrevistas semi-estructuradas.....	215
Tabla 64. Resultados del cuestionario de los trabajadores sociales de nivel I y nivel II, en término de frecuencias, porcentaje y moda	218

Figuras

Figura 1. Representación de la Triada de Wing (Wing y Gould, 1979)	35
Figura 2. Dimensiones de definición de los Trastornos del Espectro Autista según Rivière (1997a).....	36
Figura 3. Criterios diagnósticos del DSM-IV del Autismo (APA, 1994).....	48
Figura 4. Test de Sally-Anne de Barón-Cohen y Cols. (1985).....	54
Figura 5. Modelo de la Empatía-Sistematización en relación con los cinco tipos de cerebro (Baron-Cohen, 2009).....	57
Figura 6. Diseño del estudio, metodologías empleadas y objetivos de investigación	93
Figura 7. Los cuatro niveles del Modelo Kirkpatrick (2006)	108
Figura 8. Diagrama de la propuesta de evaluación del curso piloto	109
Figura 9. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios	119
Figura 10. Árbol categórico de los módulos del curso, nivel I.....	150
Figura 11. Árbol categórico de los módulos del curso, nivel I (continuación)	151
Figura 12. Árbol categórico de los módulos del curso, nivel I (continuación)	152
Figura 13. Árbol categórico de los módulos del curso, nivel II.....	153
Figura 14. Árbol categórico de los módulos del curso, nivel II (continuación).....	154
Figura 15. Árbol categórico de los módulos del curso, nivel II (continuación).....	155

Introducción

Las principales investigaciones actuales sobre la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) ponen el foco en el gran número de diagnósticos brindados en los últimos años. La evidencia científica revela que la dicha prevalencia puede ser el resultado de diversos factores, entre los que destacan causas de origen genético y ambientales (OMS, 2020), los cuales aumentarían la probabilidad de tener autismo. Igualmente, la mejora de herramientas de diagnóstico en edades más tempranas, así como el alcance de un mayor consenso en los propios criterios diagnósticos podría haber contribuido al aumento de dichas cifras (Fortea et al., 2013b). No obstante, el análisis de la literatura existente ha evidenciado un gran vacío tanto de conocimiento como de formación en los profesionales multidisciplinares que trabajan con personas TEA y con sus familiares. Con el fin de contribuir y poder cubrir el vacío existente en la investigación del autismo, el presente trabajo presenta una propuesta de intervención interdisciplinar orientada en el desarrollo de un paquete formativo, centrado en la formación de competencias profesionales (tanto habilidades como conocimientos) y de metodología mixta (presencial y online) dirigido a profesionales, o futuros profesionales, en los diferentes ámbitos de actuación en el campo del autismo (educación, psicología, sanidad, servicios sociales, etc.). Como elemento innovador de la presente investigación, se ha pretendido conocer el papel y la importancia de los trabajadores sociales, así como de los recursos existentes (formativos, económicos y servicios) que disponen en la intervención de las necesidades vitales de una persona con TEA.

Para poder lograrlo, el objetivo general de la presente investigación se ha orientado al diseño un curso piloto dirigido a profesionales interdisciplinares mediante la transferencia de conocimiento y competencias curriculares (básicas y específicas) que necesitan los profesionales en su trabajo con personas con autismo, a través del empleo de diversas técnicas metodológicas de investigación (revisión sistemática de la literatura, entrevistas a grupos focales; desarrollo de la técnica Delphi; y entrevistas semi-estructuradas a profesionales del Trabajo Social). Posteriormente, se procedió la validación e implementación del programa formativo.

La presente investigación está formada dos partes principales: la parte I, que corresponde al Marco Teórico y la parte II pertenece a la Parte Empírica del estudio. Igualmente, también consta de un glosario de abreviaturas, un apartado de índice de tablas y figuras y, como cierre, se exponen las referencias bibliográficas empleadas y los anexos más relevantes de la investigación.

Por una parte, la primera sección de la investigación está formada por el **Marco Teórico**, compuesto por los capítulos 1 y 2. En el **capítulo 1** se abordan los orígenes y evolución del TEA y sus descubridores, así como, qué es el autismo y cuáles son sus principales características. Igualmente, se describen los principales criterios diagnósticos vigentes en los manuales *DSM* y *CIE*, así como las tasas de prevalencia y las principales teorías que explican el trastorno. El capítulo finaliza con una revisión legislativa en materia de discapacidad tanto a nivel nacional como europeo. Por su parte, en el **capítulo 2** se exponen los principales recursos existentes para cubrir las necesidades de las personas con autismo durante las diferentes etapas de su ciclo vital (infancia, adolescencia, edad adulta y necesidad), haciendo especial hincapié en la diversidad profesional, así como la importancia en el papel que desempeñan en las intervenciones con personas con TEA.

Por otra parte, la segunda sección de la investigación está formada por los capítulos 3 (método), 4 (resultados) y 5 (discusión y conclusiones). En el **capítulo 3** se describe la metodología empleada con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo. El **capítulo 4** expone los principales resultados obtenidos de la revisión literatura, grupos focales, método Delphi, curso piloto y entrevistas-semiestructuradas a profesionales del Trabajo Social. En el **capítulo 5** se desarrolla el apartado de la discusión y se debaten los principales resultados obtenidos de acuerdo con el marco teórico y la investigación actual, definiendo las conclusiones del estudio y sus implicaciones para la práctica y futuras investigaciones. Posteriormente, en el **capítulo 6** se exponen las referencias consultadas en la fundamentación y elaboración de la presente investigación. Como cierre de la tesis, el **capítulo 7** se exponen los principales anexos relevantes en este estudio

Parte I: Marco Teórico

Capítulo 1. Orígenes y Evolución del Trastorno del Espectro Autista

"Lo que embellece al desierto es que oculta un pozo en cualquier lugar".

Antoine de Saint-Exupéry

1.1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: RECORRIDO SOBRE SUS PRINCIPALES PIONEROS, CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN

Etimológicamente el origen de la palabra *autista* proviene del griego *αὐτός* (*autós*) y del latín *autismus*, cuyo significado más apropiado sería “encerrado en uno mismo”¹. El término “autismo” es relativamente nuevo, pero si se realiza una breve búsqueda bibliográfica, se puede encontrar que este tipo de trastorno probablemente ya ha sido descrito a lo largo de la historia, aún sin conocer su definición ni características asociadas. Existe una referencia en el siglo XV de la mano de Martín Lutero, en la cual su escriba, Mathesius, narra la historia de un niño de 12 años que presentaba una serie de rasgos típicos que en la actualidad se asociarían a una persona con autismo (Ruggieri y Cuesta Gómez, 2017). Otro caso que también aparece en los escritos se ubica en la Escocia del siglo XVIII, concretamente en el año 1747, dónde un hombre llamado Hugh Blair fue llevado por su hermano ante el tribunal de Edimburgo para incapacitarlo y poder quedarse así con su herencia. Según se relata, Blair no poseía ni diplomacia ni sentido común y presentaba una serie de anomalías en las áreas de la comunicación y del lenguaje (ecolalia), así como ciertas conductas que se podrían catalogar como obsesivas (Frith, 1989).

Otra historia famosa en la literatura y en la cinematografía es la de Víctor, el llamado “niño salvaje de Aveyron” que fue encontrado en el año 1798, cuando tenía 11 o 12 años. Jean Itard (estudiante de medicina) fue quien lo trató y concluyó que Víctor presentaba características autistas como anomalías sensoriales, ausencia de conductas de imitación, balanceos, y, además explosiones de risa sin ningún motivo aparente (Wing, 1997).

¹ Definición extraída de la Real Academia Española (RAE). Actualización 2021

1.1.1. Origen del Autismo: Analizando la historia desde Kanner a Rivière

El término *autismo* fue utilizado por primera vez en el año 1.911 por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler en su monografía titulada “Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias”, como parte de los síntomas nucleares de la esquizofrenia (Bleuler, 1960). Sin embargo, no fue hasta 1943, cuando el profesor y psiquiatra austríaco Leo Kanner (1894-1981), fundador del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Johns Hopkins de Baltimore, lo catalogó en su artículo dentro de *los trastornos autistas del contacto afectivo*. En su trabajo definió las características del *trastorno del espectro autista* (TEA), y enfatizó la evolución de los cuadros clínicos desarrollados desde 1938 hasta el momento. Kanner defendía que el trastorno debía ser estudiado profundamente y por ello describió los casos de 11 niños que aparentemente compartían una serie características comunes (Kanner, 1943):

1. Extrema soledad autista o dificultad en las relaciones sociales. Para Kanner, el rasgo fundamental del síndrome de autismo era dificultad para poder relacionarse con normalidad con el resto de personas y estos niños parecían más felices cuando estaban solos.
2. Dificultad en la comunicación y el lenguaje. Destacó un extenso conjunto de dificultades en el desarrollo comunicativo y del lenguaje. Entre ellos resaltó la ausencia de lenguaje en algunos niños autistas como la ecolalia (alteración en el lenguaje que consiste en la repetición de sonidos sin significado comunicativo alguno) y la inversión en los pronombres (p. ej. decir “tú” cuando se quieren referir a ellos mismos).
3. El deseo obsesivo de la invariancia. Caracterizado por la rígida adherencia a las rutinas y persistente inflexibilidad ante cualquier tipo de cambio en su entorno.
4. Detección temprana. El trastorno es reconocible en edades muy tempranas, pudiendo ser detectado durante los 3 primeros años de vida del menor.

En 1944, concretamente un año después del lanzamiento del artículo de Kanner, el médico austriaco Hans Asperger (1906-1980), publicó un artículo en el cual analizaba los casos de 4 menores (niños y adolescentes) y llegó a la conclusión que compartían una serie características comunes (Asperger, 1944):

1. Los menores presentaban rasgos catalogados como “psicopatía autista” y cuya presencia era mayor en varones que en mujeres.
2. El desarrollo lingüístico era el apropiado para la edad, y en ciertas ocasiones era, incluso, hasta más avanzado para su edad.
3. El área del lenguaje más dañada era la pragmática, pero estos menores poseían un léxico y unas estructuras sintácticas muy elaboradas (uso idiosincrático del lenguaje).
4. Se observaban dificultades en la coordinación y retraso en el desarrollo motor.
5. La expresión facial era distante y el contacto ocular estaba claramente afectado. No se sabía en qué ocupaban su pensamiento y mostraban indiferencia hacia lo que ocurría en el “mundo exterior”.
6. Presentaban dificultades en la interacción social y emocional, tanto en entornos informales como formales.
7. Existían dificultades en la expresión y comprensión del lenguaje no verbal en cualquier contexto.
8. Asperger observó conductas repetitivas y estereotipadas e intereses obsesivos en determinados temas.
9. Presencia de estrategias cognitivas peculiares y conductas excéntricas ante la resolución de determinadas situaciones.
10. El trastorno era reconocible a partir de los tres años y persistía durante toda la vida de la persona.
11. Estos menores mostraban una inteligencia normal o superior en los resultados de algunos sub-tests de la escala Standford-Binet². Al contrario, los menores mostraban dificultades en el proceso de enseñanza, llegando a tener conflictos frente figuras de autoridad como las de docentes o familiares.
12. Existencia de alteraciones en las áreas de atención y de concentración.
13. No mostraban tener sentimientos de vergüenza y de culpa, llegando a ser maliciosos o crueles, debido a la ausencia de empatía.

² Es una prueba que mide la capacidad cognitiva y de inteligencia empleada para diagnosticar deficiencias en el desarrollo intelectual de los niños pequeños.

14. Afectación del proceso sensorial (predilección por algunos alimentos y aversión por otros, cierta repulsión al tacto y desagrado por el lavado, así como rechazo a algunos sonidos o ruidos estridentes, etc.).
15. Falta de “sentido del humor”.
16. En determinadas ocasiones las personas con “psicopatía autista” se asociaban a algún tipo de talento (matemático, químico, músico, etc.).

Un dato curioso sobre estos dos pioneros estudiosos del trastorno fue que, a pesar que vivían en continentes diferentes y desconocían uno el trabajo del otro, destacaron las mismas características principales del autismo (Wing, 1998). Bien es cierto, que, aun guardando ciertas similitudes, también se aprecian diferencias entre las características asociadas al trastorno. Por ejemplo, Kanner definió que sus menores poseían una incapacidad innata para el contacto social, presentando ausencia en el juego simbólico, tenían especial obsesión por ciertos objetos y, además, su proceso de habla ni presentaba ni tenía intención comunicativa (ecolalia). Igualmente, algunos menores poseían ciertas habilidades únicas hacia áreas artísticas como la música o la pintura. En contraposición a Kanner, Asperger estudió a niños que tenían un correcto nivel intelectual y de lenguaje, pero presentaban ciertas dificultades en la interacción social, puesto que dicha interacción era considerada como *extraña*, ya que tenían mirada perdida y realizaban movimientos atípicos- (Franco, Chaguay y Vela, 2018).

Desafortunadamente, las contribuciones brindadas por Asperger no tuvieron mayor trascendencia (debido a que estaban escritas en alemán) hasta la década de los 80. Fue gracias a la pionera Lorna Wing que publicó su trabajo en inglés e introdujo el concepto de *espectro*, con el fin de matizar la amplia escala de manifestaciones presentes dentro del trastorno del espectro autista, las cuales variarían en función la capacidad intelectual y edad del sujeto (Happé, 2007).

Casi en la década de los 80, Lorna Wing junto a su compañera Judith Gould (1979) llevaron a cabo un estudio epidemiológico en un barrio de Londres y llegaron a la conclusión que los niños que habían participado presentaban algún tipo de trastorno en las relaciones sociales; mostrando comportamientos estereotipados y repetitivos, además de presentar trastornos en el lenguaje y en el juego simbólico (Palomo, 2017). Debido a

ello, Wing y Gould (1979) concluyeron que la gran mayoría de estos niños compartían una serie de características similares a las alteraciones englobadas dentro del *síndrome del autismo* (que a la postre se denominaría *continuo del espectro autista*) y, por ello definieron una serie de déficits característicos del autismo creando así la famosa *Triada de Wing* (Figura 1).



Figura 1. Representación de la Triada de Wing (Wing y Gould, 1979)

Nota. Tomado de Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), 11-29.

Como se puede observar en la Figura 1, son tres las áreas que deben estar presentes para que se produzca la alteración, ya que es primaria, universal y específica del propio trastorno del autismo (Wing, 1988): a) Trastorno de la relación social (área de la socialización); b) Trastorno de la comunicación -tanto verbal como no verbal- (se caracteriza por presentar escasa motivación por compartir intereses con los demás); y c) Falta de flexibilidad mental y comportamental (área de la imaginación), caracterizada por la dificultad para imaginar y comprender deseos, anhelos o intenciones de otras personas. Para Wing (Wing, *op. cit.*), este trastorno era un espectro de alteración simultánea, en el cual entraban en juego diferentes funciones, capacidades y procesos psicológicos, las

cuales podrían dar lugar a diferentes grados de severidad y, a su vez, variar dependiendo de las características de la persona.

En la década de los 80, otro pionero referente en la historia del autismo que revolucionó el panorama mundial, y, sobre todo, el español sobre la concepción sobre las dimensiones sobre el desarrollo de las funciones psicológicas superiores de los TEA fue Ángel Rivière, catedrático de psicología cognitiva en la Universidad Autónoma de Madrid y asesor técnico de la Asociación de Padres de Niños Autistas (APNA). Rivière fue un precursor en la concepción del autismo, la formación de profesionales y la creación de servicios específicos para TEA en España. Era defensor de la idea que las familias no eran las causantes del autismo de sus hijos, sino que este era debido a causas biológicas y, en gran medida, a causas genéticas (Feinstein, 2016).

Rivière desarrolló en profundidad la conceptualización del autismo como un *continuo* formado por varias dimensiones y no como una categoría única, considerando así el autismo como un *espectro*. Una de sus aportaciones más importantes de Rivière (1997a; 1997b) en la conceptualización del autismo fue la creación del famoso “Inventario del Espectro Autista” (IDEA), con el fin de crear un perfil para conocer cuáles eran las áreas más afectadas y las mejor conservadas para así poder realizar un plan de intervención individualizado adaptado a las necesidades de la persona. Para ello, tomó como referente la *Triada de Wing* (1979) -alteración en la comunicación; en la socialización; y en la imaginación- y, para conseguir una mayor agilización en el diagnóstico del autismo, elaboró 4 grandes grupos de trastornos (Figura 2) -social; comunicación y lenguaje; flexibilidad y anticipación; y simbolización-. Dentro de esos 4 grupos estableció 12 dimensiones, las cuales posteriormente darían lugar a otros 4 niveles diseñados para conocer el nivel de severidad presente por cada persona con TEA (Nivel 1 Autismo tipo Kanner; Nivel 2 Autismo Regresivo; Nivel 3 Autismo de alto funcionamiento; y Nivel 4 Síndrome de Asperger).

SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">•1) Relación social•2) Capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjunta)•3) Capacidades intersubjetivas y mentalistas
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none">•4) Funciones comunicativas•5) Lenguaje Expresivo•6) Lenguaje Receptivo
FLEXIBILIDAD Y ANTICIPACIÓN	<ul style="list-style-type: none">•7) Competencias de anticipación•8) Flexibilidad mental y comportamental•9) Sentido de la actividad propia
SIMBOLIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none">•10) Imaginación y capacidades de ficción•11) Imitación•12) Suspensión (capacidad de hacer significantes)

Figura 2. Dimensiones de definición de los Trastornos del Espectro Autista según Rivière (1997a)

Nota. Tomado de Rivière, A. (1997a). *El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios generales*. En Rivière, A. y Martos, J. (Eds.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid IMSERSO- APNA.

Otra de las aportaciones de Rivière (1997b) fue la elaboración de un eje cronológico para clarificar las etapas de evolución del concepto del TEA, estableciendo que el trastorno se dividía principalmente en tres etapas:

1. Primera etapa de 1943 a 1963. Esta comienza a partir de la definición de autismo de Kanner (1943). Posteriormente continuarían 20 años de investigación en los cuales el concepto de autismo sería clasificado como un tipo de trastorno emocional, como consecuencia de la frialdad en la crianza por parte de las madres “refrigerador” (Bettelheim, 1967). En este periodo el autismo estaría asociado a la *psicosis* y a conceptos sobre pensamiento psicoanalítico (Klin, 2009).
2. Segunda etapa de 1963 a 1983. Se descarta el concepto de las madres culpables, asociando el autismo a trastornos neurobiológicos, desarrollando modelos explicativos de base cognitiva. Debido al desarrollo de procedimientos de modificación de conducta y a la aparición de centros educativos especializados promovidos por asociaciones de padres y familiares, el tratamiento educativo empieza a ganar adeptos (Rivière, *op. cit.*). Durante los años 70, se continuará relacionando el autismo con la esquizofrenia. Pero, afortunadamente, la Asociación Americana de Psiquiatría en su DSM-III (APA, 1980), establece una

definición concreta para el trastorno diferenciándolo así de los trastornos psicóticos y, por primera vez, dando lugar a un lenguaje específico para clínicos e investigadores.

3. Tercera etapa de los años 90 hasta la actualidad. El autismo se entiende como un trastorno evolutivo y se conceptualiza dentro de los denominados *trastornos del desarrollo*. En esta etapa surgen teorías de perspectivas psicológicas y neurobiológicas. Igualmente, la educación cobra un papel fundamental, estableciendo el eje principal de la intervención a través de una perspectiva práctica e integradora en la cual la persona con TEA se convierte en una pieza importante de su entorno.

1.1.2. Autismo: Principales características, comorbilidades asociadas y farmacología

El TEA se caracteriza por ser uno de los trastornos más graves y con mayor evidencia en edades muy tempranas, y, además, trae consigo una serie de alteraciones sociales, cognitivas y comunicativas, las cuales hacen que la persona con TEA sufra limitaciones en las relaciones sociales, afectando así en la capacidad de tener una vida autónoma y en la integración plena en su comunidad (Belinchón, 2001). Igualmente, se considera como un trastorno severo y crónico del desarrollo, el cual actualmente no tiene cura, sus síntomas se manifiestan de forma diversa en las distintas edades acompañando a la persona durante todo su ciclo vital (Frith, 1991).

Como se ha descrito en el párrafo anterior, los niños diagnosticados con autismo se caracterizan por presentar una serie de déficits en áreas como la biológica, psicológica y social, las cuales dan lugar a un retraso de los patrones normales del desarrollo afectando principalmente a tres áreas del comportamiento (Alcantud, Rico y Lozano, 2012):

1. Alteraciones en área de la interacción social. Muestran bajo interés por jugar con otros niños y tampoco saben responder apropiadamente en las relaciones sociales (falta de entendimiento de las normas sociales establecidas). Debido a ello, tienen serios problemas para compartir intereses, pensamientos, y, sobre todo, entender el área emocional -empatía- (no acude a sus padres si se hace daño, ni consuela a otros niños si los ven llorar).

2. Alteración en área de la comunicación. Aquí entraría en juego el grado de afectación que presente el niño, ya que si ésta es muy grave no existirá comunicación verbal ni contacto visual. En otros casos de afectación, las personas con autismo no suelen señalar y si lo hacen es sólo para mostrar lo que necesitan y no para mostrar su interés por algún objeto. En el caso de existencia de lenguaje, suele estar alterado tanto en aspectos no verbales (entonación, ritmo, volumen, etc.) como en verbales. Igualmente, es común la dificultad para expresar mensajes, así como para iniciar o mantener una conversación.
3. Alteración de la imaginación y comportamiento. Los TEA desarrollan una cierta fijación hacia determinados objetos (ruedas, coches, etc.) y su juego es solitario, poco imaginativo y repetitivo. También les interesan temas muy específicos, pero de un modo que podría llegar a ser tildado de obsesivo (por ejemplo, ver una y otra vez la misma película). Igualmente, también están presentes las denominadas estereotipias motoras, presentando movimientos repetitivos de aleteos de manos, balanceos, etc.

El autismo es un trastorno de aparición temprana y los primeros síntomas suelen aparecer antes de los 3 primeros años de vida (CDC, 2020). Diagnosticar este trastorno desde los 6 meses hasta los 12 meses de edad, es complejo debido a la poca fiabilidad para demostrar la existencia de alteraciones durante el periodo del desarrollo típico del bebé (Jiménez, 2012, p.73). Junto al balbuceo y retraso del lenguaje, otro de los síntomas tempranos del autismo que, en muchos casos alerta a los padres de la existencia de una posible anomalía, es el retraso para señalar o gesticular, así como no responder al propio nombre cuando se le llama y establecer poco o escaso contacto visual (Becerra-Culqui, Lynch, Owen-Smith, Spitzer y Croen, 2018).

Con el objetivo de facilitar una detección temprana de la presencia de autismo en niños pequeños, los *Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos* (CDC) (2020) han elaborado una lista de 12 posibles "signos de alarma" que pueden alertar tanto padres como profesionales de la existencia de alteraciones en el desarrollo típico del niño (Tabla 1).

Tabla 1

“Signos de Alarma” para la detección del Autismo en niños (CDC, 2020)

1	No responden a su nombre a los 12 meses de edad
2	No señalan los objetos para demostrar su interés (no señalar un avión que pasa volando) cuando tienen 14 meses de edad
3	No juegan juegos de simulación (jugar “a darle de comer” a un muñeco) al alcanzar los 18 meses de edad
4	Evitan el contacto visual y quieren estar solos
5	Tienen dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos
6	Tienen un retraso en la adquisición del habla y las competencias lingüísticas
7	Repiten palabras o frases una y otra vez (ecolalia)
8	Dan respuestas no relacionadas con las preguntas que se les hace
9	Se alteran ante cambios menores
10	Tienen intereses obsesivos
11	Aletean las manos, mueven el cuerpo o dan vueltas en círculos
12	Tienen reacciones inusuales a la manera en que las cosas suenan, huelen, saben, se ven, o se sienten

Nota. Fuente: Centros para el control y la prevención de enfermedades (2020): *Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista: posibles "signos de alarma"*.

Igualmente, son diversos los síntomas que se asocian al autismo, pero debido que no todos están clasificados como propios del trastorno, en ocasiones, llegan convertirse en un obstáculo a la hora de acceder o disponer de una serie de apoyos y servicios (Belinchón, 2001, p.33). Entre las condiciones médicas asociadas frecuentemente al trastorno del espectro del autismo, se encuentra la discapacidad intelectual (APA, 2001; Kalsner et al., 2018), así como ciertos síndromes genéticos como de Down, Angelman, velocardiofacial o delección 22q11.1, Williams, Turner, Pallister Killian, Phelan McDermid, delección 16p11.2, X frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, son unas de las diversas anomalías cromosómicas existentes diagnosticadas en la actualidad (Arberas y Ruggieri, 2019). También se ve afectado el procesamiento sensorial atípico, que se encarga de los estímulos auditivos, táctiles, visuales, gustativos, la percepción vestibular y somatosensorial, la propiocepción y la cinestesia (Silver y Rapin, 2012). Además, existen ciertas comorbilidades físicas que afectan a la actividad motora como pueden ser la dispraxia (dificultades para realizar actividades y movimientos coordinados), y la hipotonía (bajo tono muscular) (Rapin y Tuchman, 2008). A nivel gastrointestinal, es

frecuente la presencia de reflujo gastroesofágico, así como ciertas intolerancias alimentarias (Silver y Rapin, 2012).

En relación a las condiciones asociadas a los problemas conductuales más comunes, se encontraría la agresividad -tanto autolesiones como agresiones a otras personas- (Arberas y Ruggieri, 2019), el escapismo; y otras conductas disruptivas como mutismo selectivo o, hasta en ciertos casos, la catatonía (Hervás-Zúñiga y Rueda-Bárcena, 2018). Igualmente, dentro de esta categoría también se englobarían los denominados trastornos de alimentación, causados por una alteración sensorial, a través de la cual la persona desarrolla una selectividad alimentaria por ciertas texturas o temperatura de los alimentos, llegando a presentar alteraciones como la hiposensibilidad o hipersensibilidad –gustativa, táctil, visual y auditiva- (Arberas y Ruggieri, 2019) y el trastorno de la *pica* (ingesta repetitiva de artículos no comestibles como pintura, tiza, tierra, etc.) (Belinchón, 2001).

Otras de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en personas con autismo, es la ansiedad (sobre todo en TEA de alto funcionamiento), así como los trastornos depresivos (Levy et al., 2010). Del mismo modo, están presentes trastornos como la esquizofrenia, la bipolaridad (Díez-Cuervo et al., 2005), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDAH (Arberas y Ruggieri, 2019), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), la tricotilomanía (comportamiento compulsivo de arrancarse el cabello) (Leyfer et al., 2006) y el trastorno de Tourette (Hervás-Zúñiga y Rueda-Bárcena, 2018). Igualmente, están presentes los trastornos del sueño (Cortesi, Gianotti, Ivanenko y Johnson, 2010; Goldman et al., 2009; Johnson y Malow, 2008; Silver y Rapin, 2012).

Como se puede observar, son diversas las comorbilidades que acompañan al autismo y en muchas ocasiones agravan los síntomas nucleares del mismo. Aunque no existe un tratamiento específico, se ha demostrado que ciertos medicamentos (risperidona, aripiprazol, haloperidol, melatonina, metilfenidato, guanfacina, inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina -antidepresivos-, etc.) son compatibles para tratar ciertas manifestaciones relacionados con el trastorno (Alcantud et al., 2012). No obstante, la administración farmacológica debe ser valorada conjuntamente por el personal médico, los padres y los profesionales encargados del tratamiento psico-educativo de los menores con TEA, y siempre bajo los preceptos de la prevención de efectos secundarios no deseados; evitar los efectos secundarios de la plurifarmacoterapia; y la no administración

de ciertos tratamientos farmacológicos durante periodos de cambio del ciclo vital y durante situaciones estresantes o en situaciones relacionadas con comorbilidades médicas que requieren un tratamiento y/o respuesta diferente a la esperada por la administración farmacológica (Alcantud et al., 2012; Hervás-Zúñiga y Maraver-García, 2020).

Finalmente, fuera de la medicina habitualmente recomendada existe una corriente de *tratamientos complementarios o alternativos*, sin embargo, es conveniente aclarar que este tipo de “terapias” no disponen de suficientes estudios científicos que las validen e incluso algunas pueden llegar a ser potencialmente dañinas para los propios sujetos (Fuentes-Biggi et al., 2006; Mulas et al., 2010). Entre este tipo de *tratamientos* destacarían el neurofeedback, la comunicación facilitada, el entrenamiento de integración auditiva; la terapia de quelación, terapia de Solución Mineral Milagrosa -MMS- (administración de dióxido de cloro), oxigenoterapia hiperbárica, terapias sensoriales (envolver al individuo en toallas previamente mojadas en agua fría y calientes), dietas libres de gluten y caseína, de ácidos grasos omega-3, secretina y la oposición a la vacunación triple vírica (MMR) contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Aunque se conocen las características y comorbilidades que acompañan al autismo, en la actualidad su origen continúa siendo un misterio, pero la evidencia científica ha podido demostrar que es heterogénea y que proviene de factores genéticos, factores ambientales y mecanismos epigenéticos (Arberas y Ruggieri, 2019). Otras investigaciones sostienen que se debe a causas multifactoriales desconocidas, a factores ambientales genéticos y a factores como la edad paterna, además, de relacionar el origen del autismo en la interacción de factores genéticos con factores ambientales en la madre (alteraciones perinatales), así como a la exposición a tóxicos o medicamentos durante el embarazo (Hervás-Zúñiga y Maraver-García, 2020).

En relación a las causas genéticas, el autismo es uno de los desórdenes neurológicos con mayor influencia genética que existe y se ha demostrado que la prevalencia entre hermanos es veinte veces superior a la población general, por lo que resulta trascendente reconocer los posibles factores genéticos presentes (Arberas y Ruggieri, 2019). Las causas neurológicas también están presentes como posible origen del autismo. La investigación ha encontrado diferencias en algunas regiones del cerebro, incluidos el cerebelo, la amígdala y el hipocampo, y alteraciones en las conexiones entre los lóbulos

frontal, temporal y sistema límbico (Alcantud et al., 2012; Hervás-Zúñiga y Maraver-García, 2020)

Otra teoría explicativa del autismo sería la de los modelos cognitivos. Teorías como la del déficit afectivo-social (Hobson, 1995); la teoría de la mente (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985) y el déficit de las funciones ejecutivas (Pennington y Ozonoff, 1996), intentarían arrojar luz al origen del trastorno (véase apartado 1.2. Principales Teorías y Modelos Explicativos del Autismo).

1.1.3. Epidemiología y prevalencia del autismo

El primer estudio epidemiológico sobre la prevalencia del autismo fue llevado a cabo en los años 60, en el Reino Unido, por Víctor Lotter (1966). Los resultados de dicho estudio mostraron una prevalencia del autismo de 4/10.000 (se aplicó la escala de valoración basada en los síntomas descritos por Kanner en 1943). Posteriormente, en el año 1979, autoras como Wing y Gould aplicaron la misma escala en un barrio de Londres, obteniendo resultados análogos de prevalencia de 4,8/10.000.

Dos décadas después, Fombonne (2005) realizó una revisión de estudios epidemiológicos de prevalencia realizados desde 1966 hasta 2004. Para obtener los resultados sobre la prevalencia del trastorno, hizo una separación de dichos estudios. Por una parte, analizó los 18 estudios publicados desde 1966 hasta 1994, donde observó que la tasa de prevalencia era de 4,7/10.000. Mientras que en los estudios realizados desde 1994 hasta 2004 se observó una prevalencia de 12,7/10.000. Seis años después, Fombonne y su equipo aportaron nueva información sobre estudios de prevalencia realizados hasta el momento, los cuales mostraron una tasa de prevalencia de 22/10.000 (Fombonne, Quirke y Hagen, 2011).

En los informes de prevalencia del año 2012, el CDC informó una tasa estimada de 1,3/1.000 en niños de 8 años. En los informes de 2016 se detectó prevalencia de 1/68 en niños de 8 años (CDC, 2016), con una mayor prevalencia en varones, cuya proporción normalmente se estima entre 4 a 1. En los últimos informes de prevalencia del 2018 (CDC, 2018) la cifra se establece en 1/59 niños. No obstante, la prevalencia varía en función del desarrollo cognitivo del individuo, ya que estudios existentes reflejan que la mayoría de mujeres con autismo suelen tener discapacidad intelectual (DI) asociada

(Palomo, 2017), siendo la ratio de inteligencia normal de 5,75:1 mientras que la ratio en autismo y DI se establecería en 1,9:1 (Volkmar y Klin, 2005).

En relación a los datos de prevalencia existentes en España, autores como Alcántud-Marín, Alonso y Mata (2016) destacan dos estudios relevantes. Por una parte, el llevado a cabo en Canarias por Fortea, Escandell y Castro en 2013(b), dónde la muestra se componía de 1.796 niños (de entre 18 y 36 meses de edad). Los autores hallaron una prevalencia de 6.1/1.000, si bien remarcaban que la muestra alcanzada no llegaba a ser representativa de toda la población infantil de la zona. Por otra parte, otro estudio, llevado a cabo en el año 2018 en Tarragona por los autores Morales-Hidalgo, Roigé-Castellví, Hernández-Martínez, Voltas y Canals sobre una población escolar dividida en dos cohortes (de 4-5 y 10-11 años) de 2.765 niños, revelaron que la tasa más elevada de autismo hasta el momento en España era de 15.5/1.000 en preescolares y de 10/1.000 en escolares.

Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), se calcula que 1/160 niños tienen TEA. Esto podría ser consecuencia de la variación entre las diferentes cifras de prevalencia existentes en los distintos estudios epidemiológicos realizados. No obstante, y ante una diversidad de opiniones profesionales, los datos actuales muestran que desde los últimos 50 años existe una prevalencia a nivel mundial y que continúa en aumento, debido a factores como: a) mejoras en los procesos de detección temprana; b) ampliación y consenso de los criterios diagnósticos; c) desarrollo de instrumentos de detección más eficaces; d) factores culturales (ej. retraso en la edad de tener hijos) y medioambientales (Fortea et al., 2013b).

1.1.4. La evolución de los criterios diagnósticos: Del CIE al DSM

Uno de los principales pioneros en la clasificación de trastornos mentales, fue el psiquiatra Kraepelin, gracias a su elaboración de un sistema para constituir grupos de pacientes con sintomatología homogénea -con origen orgánico: hereditarios, metabólicos, endocrinos y alteraciones cerebrales- que constituían un síndrome (Kraepelin, 1899). Es por ello, que las primeras clasificaciones de los trastornos mentales estuvieron formadas sólo por trastornos con causa orgánica.

El primer manual que catalogó y diagnosticó trastornos fue el *International Classification of Diseases (ICD)* o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su versión

española. En el año 1900, el CIE fue publicado en Europa por la OMS, y en sus cuatro primeras ediciones (desde 1900 hasta 1938) sólo se abordaron las enfermedades mentales procedentes por causa orgánica. No fue hasta 1948, en la versión CIE-6, cuando el manual incluyó por primera vez las enfermedades mentales (del Barrio, 2009).

Por primera vez, en el año 1967, el término de *autismo* fue incluido en la versión del CIE-8, en el cual se definía el *autismo infantil* como una forma más de esquizofrenia. No obstante, en 1977, en la versión del CIE-9, este término fue renombrado nuevamente, catalogándose como *psicosis infantil* (Wing, 1998).

Otro manual referente en la clasificación de enfermedades mentales es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, en su versión en inglés, o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en la versión española. El DSM-I se publicó en Estados Unidos en año 1952, y tomó como referente la versión del manual CIE-4. No obstante, cabe resaltar que, las definiciones y clasificaciones de los manuales del DSM de la APA se habían construido de forma paralela (Tabla 2), y en muchas ocasiones sus catálogos han diferido con los recogidos en los manuales del CIE de la OMS debido a su evolución conceptual y de perspectiva a lo largo del tiempo (del Barrio, 2009).

Tabla 2

Cronología de los años de publicación de los manuales DSM y CIE

Años de Publicación	DSM	CIE
1900		CIE-1*
1910		CIE-2*
1920		CIE-3*
1929		CIE-4*
1938		CIE-5*
1948		CIE-6
1952	DSM-I	
1955		CIE-7
1966		
1967		CIE-8
1968	DSM-II	
1975		CIE-9

1978		CIE-9-CM
1980	DSM-III	
1987	DSM-III-R	
1992		CIE-10
1994	DSM-IV	
1996		CIE-10 (niños)
1998	DSM-IV-R	
2000	DSM-IV-TR	
2013	DSM-V	
2019		CIE-11

*En estas publicaciones sólo se recogen los trastornos con causa orgánica

Nota. Fuente: del Barrio Gándara, M. V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 81-90.

Dieciséis años después de su primera edición, en 1968, se publicó el DSM-II. Su lanzamiento sucedió un año después que el manual CIE-8 y su principal objetivo fue aunar categorías, sin embargo, el resultado fue diferente al esperando, ya que el DSM-II estableció 39 categorías más que las que se recogían en el CIE-8 (del Barrio, 2009). No obstante, el DSM-II, trajo consigo la oportunidad de implantar el modelo médico a los síndromes mentales a través de *clusters*³ sintomáticos. Pero esta versión del manual generó mucho debate entre los profesionales debido a su categorización de la esquizofrenia, por lo que un año después de su publicación se inició su revisión.

Pasaron casi dos décadas desde la definición de *autismo* brindada por Leo Kanner hasta que fue recogida oficialmente por la APA (1980) en el DSM-III. La definición que se le otorgó a esta versión, se basó en los hallazgos del psiquiatra infantil Michel Rutter (1978), el cual tomó como referente el diagnóstico brindado por Leo Kanner. Sin embargo, a diferencia de la versión original de Kanner, Rutter propuso que la alteración social y comunicativa presente en los niños con autismo era específica y no podía ser explicada, aunque estuviese presente la discapacidad intelectual (DI). Asimismo, otra de las novedades del DSM-III fue la creación del *trastorno profundo del desarrollo*, el cual fue

³ En terminología psiquiátrica, se llaman así a determinadas agrupaciones de trastornos que comparten rasgos comunes.

renombrado posteriormente como *trastorno generalizado del desarrollo* o TGD (Artigas, 1999).

Siete años después, el manual DSM-III-R trajo consigo diversas novedades, ya que con los nuevos enfoques disponibles se pretendió ensalzar el papel de los cambios evolutivos, la edad y el nivel de competencias adquiridos en la manifestación de los síntomas (APA, 1987). Asimismo, nuevas líneas de investigación sobre la concepción dimensional de las alteraciones definitorias del autismo, como la *Triada de Wing*, (Wing y Gould, 1979), fueron un elemento clave en la elaboración de esta revisión. Otra novedad que trajo consigo esta revisión fue el cambio de nombre a *trastorno autista*, debido a que el término de *autismo infantil* no se consideró del todo correcto, aun iniciándose durante la infancia, es un trastorno que permanece durante todo el ciclo vital de la persona. Igualmente, se modificaron los criterios en relación a la aparición temprana de los síntomas, ya que si la sintomatología era posterior a los 3 años del niño, debía ser puntualizado, pero esto no conllevaba que, necesariamente, fuese considerado como un trastorno distinto. Finalmente, dichos cambios se catalogaron siguiendo los criterios diagnósticos de los TGD y fueron categorizados en dos tipos principales: *trastorno autista* y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NE), los cuales sirvieron para englobar aquellos trastornos de sintomatología menor (Volkmar y Klin, 2005).

Para corregir los errores de diagnóstico que presentaba el manual DSM-III, el personal encargado del DSM-IV estableció junto con la OMS (1995) nuevos criterios compatibles con los ya establecidos en el CIE-10 (Tabla 3).

Tabla 3

Criterios diagnósticos del autismo resumidos del CIE-10 (OMS, 1992)

- A. Ausencia de retraso del lenguaje o cognitivo (normal con 3 años)
- B. Déficit cualitativo en la interacción social
- C. Manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general
- D. El trastorno no es atribuible a otras variedades de trastornos del desarrollo generalizados.

Excluye

- Trastorno esquizotípico (F21)
 - Esquizofrenia simple (F20.6)
 - Trastorno de vinculación de la infancia (F94.1 y F94.2)
 - Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5)
 - Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-)
-

Nota. Fuente: OMS (1992): *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Y así fue como la versión DSM-IV (APA, 1994) definió el autismo como un trastorno que presentaba alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca, en la comunicación, en el lenguaje y en el juego simbólico (Figura 3). También, se estableció que la persona debía presentar una serie de conductas e intereses repetitivos y restringidos. De igual forma, para establecer un diagnóstico de autismo, dicha sintomatología debería aparecer antes de los 3 años y era necesario que presentara al menos seis de las áreas sintomáticas establecidas. Una de las características del DSM-IV fue la importancia brindada al área de la alteración de la interacción social recíproca, ya que la persona debía mostrar una alteración de al menos dos de los cuatro grupos sintomáticos.

- A. Un total de seis (o más) ítems de los apartados 1, 2 y 3, con al menos dos ítems de 1 y al menos uno de 2 y de 3:
 - 1) Deterioro cualitativo en la interacción social, manifestado por al menos dos de los siguientes:
 - a) Marcado deterioro en el uso de múltiples conductas no-verbales que regulan la interacción social, tales como el contacto ocular, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos, que regulan las interacciones sociales
 - b) Fallo en el desarrollo de relaciones entre pares, adecuadas a su nivel evolutivo
 - c) Ausencia de intentos espontáneos de compartir diversiones, intereses, o aproximaciones a otras personas (p. ej., no mostrar, acercar o señalar objetos de interés)
 - d) Ausencia de reciprocidad social o emocional
 - 2) Deterioro cualitativo en la comunicación, puesto de manifiesto por, al menos, una de las siguientes:
 - a) Retraso evolutivo o ausencia total de lenguaje hablado (no acompañado de intentos compensatorios a través de modalidades alternativas de comunicación, como gestos o mímica)
 - b) En individuos con lenguaje apropiado, marcado deterioro en la capacidad de iniciar o mantener una conversación con otros
 - c) Uso repetitivo y estereotipado del lenguaje, o lenguaje idiosincrásico
 - d) Ausencia de juego variado, espontáneo, creativo o social, apropiado a su nivel de desarrollo
 - 3) Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, puesto de manifiesto por, al menos, una de las siguientes:
 - a) Preocupación que abarca a uno o más patrones de interés estereotipados y restringidos, que es anormal o en intensidad o en el foco de interés en sí
 - b) Adherencia aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales
 - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., aleteos de manos o dedos, o movimientos complejos que implican a todo el cuerpo)
 - d) Preocupación persistente por partes de objetos
- B. Retraso o funcionamiento anormal en al menos uno de las siguientes áreas, con inicio antes de los 3 años:
 - 1) Interacción social
 - 2) Uso social y comunicativo del lenguaje
 - 3) Juego simbólico o imaginativo
- C. El trastorno no se puede encuadrar mejor como síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la infancia

Figura 3. Criterios diagnósticos del DSM-IV del Autismo (APA, 1994)

Nota. Tomada de Hervás-Zúñiga, A., Maraver-García, N. (2020). Los trastornos del espectro autista. *Pediatr Integral* 24(6), 325.e1-325.e21.

Otra variación de especial relevancia del DSM-IV fue la aceptación de la categoría de TGD, la cual englobaba el *síndrome de Asperger (SA)*, *el síndrome de Rett*, *el trastorno desintegrativo de la infancia*, y *el TGD-NE* (Palomo, 2017). Estos trastornos debían presentar alteraciones en las tres principales áreas (social, comunicativa y del lenguaje) y

presentar un reportorio de actividad e intereses restringidos y estereotipados (Murillo, 2012, pp. 25-50).

Fue en 1998 cuando se publicó la versión DSM-IV-R (APA, 2002) pero al poco tiempo fue revisada y, dos años más tarde, en el año 2000, fue puesta a la venta la versión del DSM-IV-TR (APA, 2001). Esta nueva versión se caracterizó por realizar una revisión a los criterios diagnósticos del autismo, haciendo especial hincapié en la ampliación y ajuste de las descripciones aplicando el conocimiento actualizado hasta el momento y añadiendo criterios más precisos (Tabla 4).

Tabla 4

Criterios diagnósticos del autismo resumidos del DSM-IV-TR (APA, 2001)

A. Trastorno cualitativo de la relación (al menos dos de las siguientes):

1. Conductas no verbales: mirada a los ojos, expresión facial, posturas corporales y gestos para regular la interacción social
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo
3. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (p. ej., de conductas de señalar o mostrar objetos de interés)
4. Falta de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados (al menos una de las siguientes):

1. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales
3. Estereotipias motoras repetitivas (p. ej., sacudir las manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.)
4. Preocupación persistente por partes de objetos

C. Discapacitante (social, ocupacional u otras)

D. No existe un retraso clínicamente significativo en el lenguaje

E. No existe un retraso cognitivo-adaptativo

F. No cumple criterios de otros trastornos generalizados del desarrollo, autismo ni esquizofrenia

Nota. Fuente: American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revisión). Washington, DC: American Psychiatric Association

Trece años después, la APA (2013) publicó su quinta edición de su manual la cual sigue vigente hasta nuestros días. El manual DSM-V (Tabla 5) fue elaborado por un grupo multidisciplinar de expertos en TEA, cuyo objetivo fue crear diagnósticos diferenciales entre los grupos formados por los TGD, además de evidenciar clínicamente que las alteraciones presentadas dentro de la *Triada* eran un continuo a lo largo del ciclo vital de una persona con TEA (Arnáiz y Zamora, 2012, p.97). Con esta revisión, y debido a la dificultad de establecer límites entre las diferentes categorías de trastornos, se procedió a la eliminación del Síndrome de Rett y el Trastorno Desintegrativo Infantil de la

clasificación de los TEA (Arnáiz y Zamora, 2012, pp. 95-97). Además, el Trastorno Autista, el SA y el TGD-NE empezaron a formar parte de la misma categoría, definiéndose como *trastorno del espectro del autismo* (Palomo, 2017). Igualmente, el DSM-V incluye 3 grados de severidad (Tabla 6) para los síntomas de comunicación social y de comportamientos restringidos y repetitivos (Hervás-Zúñiga y Maraver-García, 2020).

Tabla 5

Criterios del DSM-V para el diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo (APA, 2013)

A. Alteraciones persistentes en la comunicación y la interacción social en diferentes contextos, tal y como se manifiesta por las siguientes, actualmente o por su historia (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, véase texto):

1. Déficits en reciprocidad socio-emocional, que van, por ejemplo, desde contactos sociales alterados y el fracaso habitual en el intercambio de conversaciones; a mostrar un intercambio reducido de intereses, emociones o afectos; al fracaso para iniciar o responder a las interacciones sociales.
2. Déficits en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social, que van, por ejemplo, desde la deficiente integración comunicativa verbal y no verbal; a las alteraciones en el contacto ocular y el lenguaje corporal, o deficiencias en la comprensión y el uso de los gestos; a la falta absoluta de expresiones faciales y de comunicación no verbal.
3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento, y comprensión de las relaciones, que van, por ejemplo, desde dificultades para adaptar su comportamiento a diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir el juego imaginativo y para hacer amigos; a la ausencia de interés en los pares.

B. Patrón de comportamientos, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiesta por al menos dos de las siguientes, actualmente o por su historia (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, véase texto):

1. Movimientos motores estereotipados o repetitivos, uso de objetos, o habla (p.e. estereotipias motoras simples, alineamiento de juguetes o giro de objetos, ecolalia, o frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, adherencia inflexible a rutinas, patrones ritualizados de la conducta verbal o no verbal (p.e. angustia extrema ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígido, necesidad para tomar la misma ruta o comer la misma comida cada día).
3. Intereses altamente restringidos y obsesivos, que son anormales en intensidad o enfoque (p.e. fuerte apego o preocupación hacia objetos inusuales, intereses excesivamente limitados o perseverantes).
4. Hiper o hipo-sensibilidad a estímulos sensoriales o interés inusual por aspectos sensoriales del ambiente (p.e. aparente indiferencia al dolor/temperatura, respuestas inadecuadas hacia determinados sonidos o texturas, atracción excesiva por oler o tocar objetos, fascinación por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas deben estar presentes en el periodo de desarrollo temprano (pero puede que no lleguen a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales no excedan las limitaciones en sus capacidades, o pueden ser enmascarados por estrategias aprendidas en la edad adulta).

D. Los síntomas causan limitaciones clínicamente significativas de la actividad a nivel social, laboral o en otras áreas importantes.

Nota. Fuente: American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association

Tabla 6

Grados de severidad de TEA, DSM-V (APA, 2013)

Grados de Severidad	Comunicación Social	Intereses Restringidos y Repetitivos
Grado 1 “necesita ayuda”	Sin apoyo <i>in situ</i> aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencias significativas en, al menos, un contexto
Grado 2 “necesita ayuda notable”	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Grado 3 “necesita ayuda muy notable”	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco de atención

Nota. Fuente: American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association

Otro cambio favorable que trajo consigo el DSM-V fue el diagnóstico conjunto con alteraciones diferentes como pueden ser el TDAH, el Trastorno del Movimiento Estereotipado, el TOC, la ansiedad y la esquizofrenia (Arnáiz y Zamora, 2012, p.97). No obstante, esta nueva versión del DSM causó controversia entre los profesionales y los familiares de personas con TEA, ya que con la redefinición de los subgrupos del TGD se concretó en mayor profundidad las características específicas del trastorno, afectando así a aquellas personas que habían sido previamente diagnosticadas con el manual anterior (DSM-IV), puesto que con los criterios actuales no cumplirían con los requisitos para ser diagnosticados con el *trastorno del espectro del autismo* (Palomo, 2017).

En el año 2018, se publicó el CIE-11 (OMS, 2018), su última versión, la cual se empezará a aplicar en el año 2022. Como novedad, esta nueva clasificación elimina el SA, el Síndrome de Rett y Trastorno Desintegrativo de la Infancia. Asimismo, en los síntomas nucleares del autismo no incluye las alteraciones sensoriales. El CIE-11 (Tabla 7) no utiliza índices de severidad, pero clasifica a las personas con autismo según presenten DI o si presentan impedimento de lenguaje (Hervás-Zúñiga y Maraver-García, 2020).

Tabla 7

Criterios diagnósticos del CIE-11 (CIE, 2018)

A02.0 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual con alteración leve o sin alteración funcional del lenguaje

A02.1 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual con alteración leve o sin alteración funcional del lenguaje

A02.2 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual con alteración funcional del lenguaje

A02.3 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y alteración funcional del lenguaje

A02.4 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y ausencia del lenguaje funcional.

A02 Y otros trastornos del espectro del autismo

Trastorno del neurodesarrollo, no especificado

Nota. Fuente: OMS (2018). *Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*, 11ª revisión (CIE-11). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Finalmente, tras varios años de diferencias de catálogos entre los dos manuales, en la actualidad el CIE-11 es muy similar al DSM-V en lo referente a criterios del TEA, ya que ambas clasificaciones han incluido todos los diagnósticos relacionados con el autismo dentro de la categoría *Trastorno del espectro del autismo*. Igualmente, ambos manuales establecen dos únicas categorías determinantes en el TEA, como son las dificultades de la interacción social y la comunicación social y los intereses restringidos y comportamientos repetitivos. Finalmente, ambos manuales destacan la importancia de examinar sensibilidades sensoriales inusuales que presente la persona.

1.2. PRINCIPALES TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL AUTISMO

Se han propuesto muchos modelos para explicar qué es o qué causa el autismo, y en la actualidad continua la controversia sobre si son los factores genéticos, los cognitivos o los socio-afectivos los que lo causan. A continuación, se describen las teorías y modelos explicativos más relevantes sobre autismo.

1.2.1. Teoría de la Mente

La Teoría de la Mente o *ToM*, engloba todas aquellas capacidades necesarias para realizar predicciones sobre intenciones, deseos e incluso estados de ánimo de otras personas y, así como poder regular la propia conducta con respecto a la de los otros basándose principalmente en la observación (Tirapú-Ustárroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao y

Pelegrín-Valero, 2007). En 1978, los pioneros, Premack y Woodruff, demostraron en una investigación que los chimpancés podían comprender la mente humana. Este fue el resultado de una serie de sesiones experimentales y cuasi experimentales dónde los investigadores llegaron a la conclusión que los primates tenían la capacidad de atribuir al humano estados mentales como la intención y el conocimiento, es decir, el chimpancé “supone” el humano “desea” alcanzar un objetivo y “sabe” cómo podría hacerlo (Tirapú-Ustárroz, et al., 2007). Si se aplica esta teoría al proceso mental de las personas con TEA, se puede observar que tendrían grandes carencias en el ámbito de las relaciones interpersonales, debido a su falta de habilidad para deducir las conductas de los demás y comprender que otras personas tienen estados mentales diferentes a los suyos. Asimismo, la falta de autoconciencia jugaría un papel importante dentro de su propia vida mental (Cuxart, 2000).

En su libro, Francesca Happé (2007, p.70) explica que la expresión de “teoría de la mente” haría referencia a la capacidad de atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás para explicar el comportamiento. Del mismo modo, la autora expone que autores como Baron-Cohen et al. (1985) investigaron la posibilidad que los niños autistas carecieran de una teoría de la mente. Estos autores realizaron un test llamado *La prueba de Sally y Ana* a 20 niños autistas de edades mentales superiores a los 4 años (Figura 4). Analizados los resultados obtenidos, los autores llegaron a la conclusión que el 80% de niños autistas (16 de 20) no eran capaces de apreciar la creencia falsa de Sally, ya que en lugar de decir que Sally buscaría en la cesta (dónde ella puso la canica), decían que iría a buscarla en la caja (dónde realmente estaba). Debido a ello, parece ser que los niños con autismo pueden tener un problema específico y único para comprender que las personas tienen estados mentales que pueden ser distintos del estado del mundo real y del estado mental que el propio autista tiene (Happé, 2007).

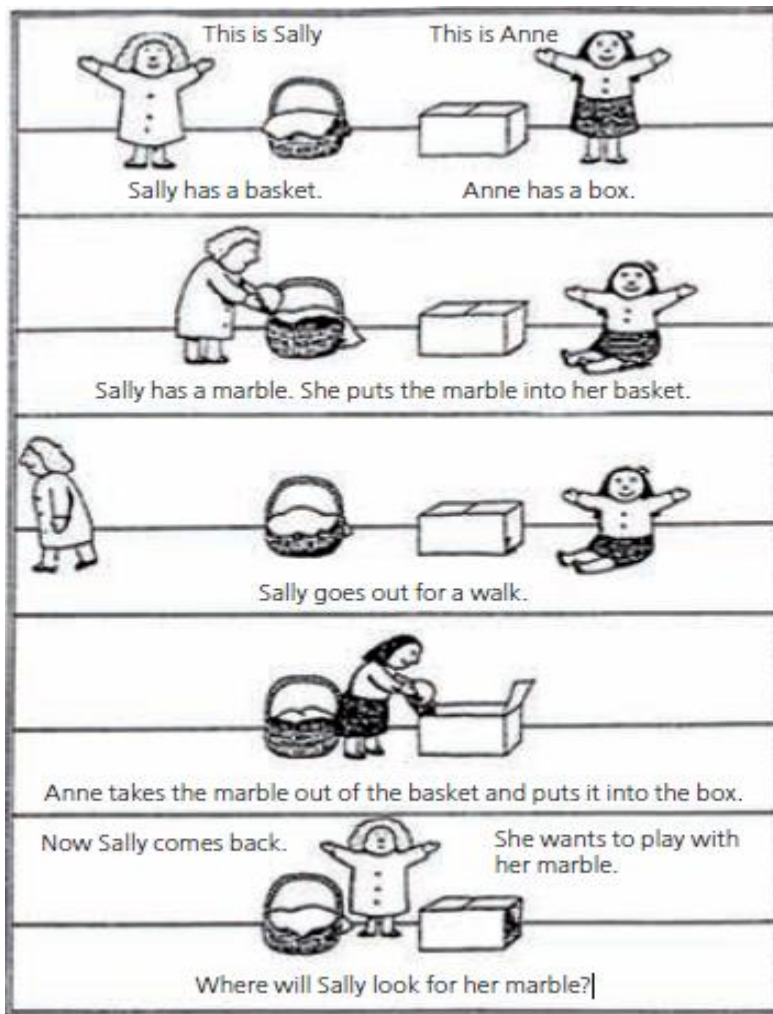


Figura 4. Test de Sally-Anne de Barón-Cohen y Cols. (1985)

Nota. Tomada de "Does the autistic child have a "theory of mind"?" de S. Baron-Cohen, A. M. Leslie, y U. Frith, 1985, *Cognition*, 21(1), 37-46.

1.2.2. Teoría de Coherencia Central Débil

La coherencia central es la capacidad que tienen las personas para integrar la información, proporcionar una visión general y poner en contexto la realidad. Y, además, es necesaria para el proceso de socialización debido al gran número de datos (gestos, palabras, etc.) que se deben procesar de forma simultánea. Si se aplica esta teoría al proceso mental que realizan las personas con TEA, se observa que tener una coherencia central deficitaria conllevaría a tener grandes dificultades en la comprensión contextual de situaciones sociales y en la adaptación conductual apropiada en ellas (Frith, 1989). En otras palabras,

debido a un problema a la hora de procesar la información, las personas con TEA pondrían más atención a los pequeños detalles que al significado global de las cosas.

1.2.3. Teoría de la Función Ejecutiva

Las funciones ejecutivas se pueden definir como una especie de “paraguas” que abarca una multitud de capacidades cognitivas superiores, y de alguna forma, podría solapar a cierto nivel con la teoría de la coherencia central y con la teoría de la mente (Happé, 2007). Entre el gran abanico de capacidades cognitivas superiores, se encontrarían: las habilidades de planificación, la imposibilidad de mantener información en la memoria a corto plazo, la inhibición de respuesta, el control de impulsos, el cambio de foco atencional, la flexibilidad, la generatividad, la iniciación, la autorregulación de la acción, etc. (Martos-Pérez y Paula-Pérez, 2011).

Por otra parte, se ha relacionado la presencia de un rendimiento bajo en las actividades con padecer autismo. Por ello, diversos autores han investigado si los lóbulos frontales pueden jugar un papel importante en el origen del autismo (Rumsey y Hamburger, 1988; Prior y Hoffmann, 1990; Ozonoff, Pennington y Rogers, 1991). No obstante, otras investigaciones sostienen que en aquellos casos de personas con autismo que no lleguen a superar tareas que conlleven la participación de los lóbulos frontales, no implicaría que dichos lóbulos estuviesen dañados (Happé, 2007).

1.2.4. Teoría del Déficit Afectivo Social

Hobson (1995) afirma que los déficits cognitivos y sociales percibidos en el autismo son de naturaleza afectiva y, además, sostiene que la incapacidad presente en los autistas para establecer relaciones socioemocionales es algo innato. El autor asevera que la incapacidad para desarrollar el juego simbólico e inferir el pensamiento de los demás es el resultado de su incapacidad para conocer y responder a las emociones del resto de personas. No obstante, las alteraciones afectan del mismo modo a todo el desarrollo social, ya que los niños con TEA pueden establecer vínculos afectivos y de apego con sus progenitores, siendo capaces de distinguirlos de los extraños e incluso, aunque de forma pasiva, pueden llegar a mantener algún juego social diádico. Igualmente, también pueden manifestar emociones tanto positivas como negativas, pero la verdadera dificultad reside en la

incapacidad que tienen para comprender el significado afectivo de los sucesos mediante la atención conjunta y la referencia social a los mismos.

Esta teoría se validaría con los resultados de la investigación neurobiológica, gracias a la labor de las “neuronas espejo”, que son las responsables de las emociones y no se activan en el caso de personas autistas, tampoco se activarían el desarrollo de la percepción ni en el caso de la imitación. La investigación actual ha demostrado que tanto la amígdala como los lóbulos frontales juegan un papel determinante en la gestión de las emociones (Alcantud, 2013).

1.2.5. Teoría de la Empatía-Sistematización

Baron-Cohen (2009) plantea la hipótesis de agrupar los rasgos más típicos de los cerebros calificados como femeninos y masculinos, destacando las habilidades excepcionales en relación con la sistematización (atributo al cerebro de tipo masculino), pero señala que las dificultades en la comunicación, así como en la creación de habilidades sociales serían resultado de déficits en la empatía (atributo al cerebro de tipo femenino). Cabe destacar, que estos dos atributos, empatía y sistematización, se presentarían en la población de forma muy diversa, no obstante, habría casos que coincidirían sexo y tipo de cerebro juntos, pero en otros casos esta relación no tendría por qué darse.

Para el autor (Baron-Cohen, *op. cit.*), la sistematización haría referencia a la idea de construir sistemas, el cual estaría compuesto por reglas que se ponen en juego cuando se trata de predecir el comportamiento de un sistema. Por otra parte, la empatía se caracterizaría por tener un componente cognitivo de atribuir estados mentales a otros, con lo cual se emplearía hacer uso del *ToM*. Este componente afectivo necesita una reacción emocional apropiada, la cual se ha denominado como “empatía afectiva”. Es por ello, que los individuos autistas suelen presentar ciertas carencias en el área de la empatía.

Según esta teoría, en la explicación del autismo no sólo hay que tener en cuenta los niveles de *empatía (E)* -por debajo de la media-, sino también la capacidad de *sistematización (S)* -más bien por encima de la media-. Por ello, la divergencia presente entre *E* y *S* es la que determina si una persona podría desarrollar autismo o síndrome de Asperger. Para evaluar los niveles de empatía/sistematización se aplican cuestionarios de *Cociente de empatía (CE)* y *Cociente de sistematización (CS)*. El resultado de los estos cuestionarios

clasificaría un tipo de cerebro en 5 categorías diferentes (Figura 5), según la relación mantenida entre los dos valores obtenidos al completarlos: a) *Tipo E* es el cerebro de tipo femenino (más empático y menos sistematizador); b) *Tipo S*, es el cerebro de tipo masculino (más sistematizador que empático); c) *Tipo B*, el cerebro balanceado (los dos valores están equilibrados); d) *Tipo E extremo*, este tipo de cerebro estaría aún por definir; y e) *Tipo S extremo*, caracterizado por ser extremadamente masculino, pudiendo llegar a ser como una posible manifestación del autismo.

Este modelo puntualiza la existencia de más mujeres con cerebros de *Tipo E* y más hombres con cerebros del *Tipo S*, en la población general. Pero en el caso de las personas autistas, habría un cambio hacia los extremos por lo que sería mayor el porcentaje de hombres con un cerebro *Tipo S extremo* y de mujeres con un cerebro *Tipo E extremo*.

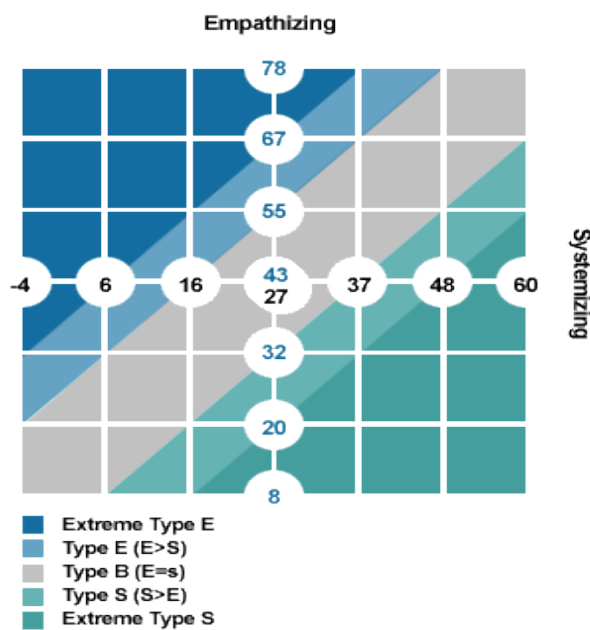


Figura 5. Modelo de la Empatía-Sistematización en relación con los cinco tipos de cerebro (Baron-Cohen, 2009)

Nota. Tomada de http://espectroautista.info/tc_eqsq.html

1.2.6. Modelo Calidad de Vida

El Modelo de Calidad de Vida o CDV ha tomado especial relevancia, ya que en las últimas dos décadas se han realizado un gran número de investigaciones empíricas en este campo. Uno de los estudios más relevantes ha sido el de Schalock y Verdugo (2003), los cuales caracterizan la CDV como multidimensional, además de presentar propiedades universales para todas las personas y estar influenciada por factores personales y ambientales, incluyendo tanto componentes objetivos como subjetivos. Los autores plantean 8 dimensiones diferentes, así como una serie de indicadores propios con los que poder analizar la CDV (Tabla 8):

1. Bienestar Emocional. Esta dimensión tiene en cuenta sentimientos como la satisfacción (tanto a nivel personal y vital), el auto concepto de uno mismo (a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad), de capacidad–incapacidad, así como la ausencia de estrés, conteniendo aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión.

2. Relaciones Personales. Se analiza a través de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,), además este indicador también aborda si el sujeto hace manifestación de sentirse querido por las personas importantes, a través de contactos sociales positivos y gratificantes.

3. Bienestar Material. Contempla ítems relacionados con la capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria.

4. Desarrollo Personal. Tiene en cuenta aspectos como las competencias, habilidades sociales, la utilidad social y la participación en la elaboración del propio Plan Personal de Apoyos (PPA). Esta categoría también aborda conceptos como el aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación, desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación.

5. Bienestar Físico. Esta dimensión analiza los aspectos de dolor, medicación y como estos inciden en su estado de salud y si le permiten llevar una actividad normal. El

bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas (en los casos que las personas las necesiten).

6. Autodeterminación. Se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir y de tener opciones. En ella entra en juego conceptos como las metas y valores, las preferencias y los objetivos e intereses personales. Estos aspectos, facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, entendido como un derecho fundamental, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia.

7. Inclusión Social. Esta dimensión valora la existencia de rechazo y discriminación por parte de los demás. Se puede valorar conociendo si el círculo de amigos de la persona es amplio o limitado, y si emplea entornos de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse a través a través de ítems como la participación y la accesibilidad, las cuales permitirán romper las barreras que dificulten la integración social.

8. Derechos. Contempla el derecho a la intimidad y el derecho al respeto. Se mediría mediante el trato que la persona recibe en su entorno.

Se debe tener presente que las personas con TEA no son entes aislados, son sujetos que viven y se relacionan en un entorno determinado, el cual les influye y, al mismo tiempo, ellos influyen en él. Es por ello, que conscientes que en la importancia de la influencia de los sistemas y cómo estos afectan a la CDV de una persona con autismo, Schalock y Verdugo (2003) distinguieron tres sistemas principales:

- a) El Microsistema. Este está formado por las influencias más directas de cada persona como pueden ser la familia, el trabajo, etc.
- b) El Mesosistema. Formado por el vecindario o zona en la que resida. Este influye en el microsistema y por lo tanto en la CDV del propio individuo.
- c) El Macrosistema. Este último sistema está formado por la cultura y las políticas (económicas, sociales, legislativas, etc.). Todos estos aspectos influyen en todos y cada uno de los miembros de una sociedad y en los recursos accesibles para cada persona.

Tabla 8

Dimensiones la calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003)

Dimensión	Indicadores
Bienestar Físico	-Salud: funcionamiento físico, dolor energía, estado nutricional, etc. -Actividades de la vida diaria: Movilidad, aseo, vestido, comida, etc. -Atención sanitaria: disponibilidad, efectividad, satisfacción, etc. -Ocio: Recreo, aficiones, oportunidades
Inclusión Social	-Participación e integración en la comunidad: Acceso, aceptación, presencia, implicación -Roles comunitarios: Colaborador, voluntario, interdependencia, etc. -Apoyos sociales: Red de apoyos, servicios
Desarrollo Personal	-Educación: Logros, nivel educativo, satisfacción, etc. -Competencia personal: cognitiva, social y práctica -Desempeño: Éxito, productividad, mejora
Bienestar Material	-Estado financiero: Ingresos, seguridad financiera, ayudas -Empleo: Situación laboral, oportunidades de promoción, entorno de trabajo, etc. -Vivienda: Tipo de residencia, propiedad, confort, etc.
Relaciones Interpersonales	-Interacciones: Redes sociales, contactos sociales, vida social, etc. -Relaciones: Familia, amigos, iguales, etc. -Apoyos: Emocional, físico, económico, etc.
Derechos	-Humanos: Respeto, dignidad e igualdad -Legales: Ciudadanía, acceso y justicia
Autodeterminación	-Autonomía y control personal: Independencia, autodirección, autosuficiencia, etc. -Metas y valores personales: Deseos, ambiciones, intereses, etc. -Elecciones: oportunidades, preferencias, prioridades, etc.
Bienestar Emocional	-Alegría: Satisfacción, humor, disfrute, etc. -Autoconcepto: Identidad, valía personal, autoestima, etc. -Ausencia de estrés: Entorno seguro y predecible, mecanismos de afrontamiento

Nota. Fuente: Simarro, L. (2013). *Calidad de vida y educación en personas con autismo*. Madrid: Síntesis.

1.3. MARCO NORMATIVO

A lo largo de este apartado, se realiza un breve barrido de las principales leyes y marcos normativos que amparan y reconocen los derechos de las personas con discapacidad (y por extensión a las personas con autismo) a nivel internacional, europea, estatal y autonómica.

1.3.1. Normativa Internacional

Una de las principales leyes internacionales que garantizan la protección de los derechos humanos de todas las personas es la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (DUDH), proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) en 1948 (Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948). La aprobación de esta *Declaración*

marcó un hito en la historia de los derechos humanos, logrando el reconocimiento de los derechos básicos y las libertades fundamentales, las cuales son inherentes a todos los seres humanos, inalienables y aplicables en igual medida a todas las personas, y que todos y cada uno de nosotros hemos nacido libres y con igualdad de dignidad y de derechos. Independientemente de la nacionalidad, lugar de residencia, género, origen nacional o étnico, color de piel, religión, idioma o cualquier otra condición de toda persona.

En 1966, se reconocieron los *Pactos Internacionales de Derechos Humanos* promulgados por la Organización de Naciones Unidas (ONU): el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966); y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966). Como resultado de la asociación de estos pactos junto con sus protocolos y con la Declaración Universal de Derechos Humanos, se constituyó la famosa *Carta Internacional de los Derechos Humanos*.

Veintitrés años después, en 1989, se aprobó la *Convención sobre los Derechos del Niño* (Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989), la cual aborda la protección de los derechos de los niños y niñas, y, también, de cualquier menor con discapacidad (artículo 23). Siguiendo esta misma línea, en el año 2006 se publicó la *Observación General 9ª* (CRC/C/GC/9), (perteneciente a las *Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño*) y con el título de “los derechos de los niños con discapacidad”, la cual tenía como finalidad orientar y asistir a los diferentes Estados en la protección de los derechos de los niños y niñas con discapacidad (la cual también se extendería a los menores con TEA). En ese mismo año, la ONU también aprobó la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* y su *Protocolo Facultativo*, (Resolución 61/106,13 de diciembre de 2006), la cual se creó como una herramienta de derechos humanos con una vertiente clara de desarrollo social; dejando atrás la perspectiva asistencial y abordándola desde un enfoque basado en los derechos humanos, estableciendo la responsabilidad a los poderes públicos para garantizar su aplicación.

Otra fecha clave para la protección internacional de los derechos de las personas con TEA, fue el 2 de abril de 2008, estableciéndola como el *Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo* (TEA), con el cual se pretendió concienciar de la existencia de las personas con autismo y resaltar la importancia de investigar y establecer diagnósticos tempranos,

así como de intervenir adecuadamente durante todo el ciclo vital de los TEA (*Resolución 62/139 de la Asamblea de las Naciones Unidas, de 18 de diciembre de 2007, sobre el Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo*).

Cuatro años más tarde, se aprobó la *Resolución 67/82 de la Asamblea de las Naciones Unidas, de 12 de diciembre de 2012*, bajo el título de “Atención de las necesidades socioeconómicas de las personas, las familias y las sociedades afectadas por los trastornos del espectro autístico, los trastornos del desarrollo y las discapacidades conexas”. Con ella, la ONU muestra la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con TEA, asegurando la igualdad de oportunidades para el desarrollo de la persona.

1.3.2. Normativa Europea

A nivel europeo, se encuentra el *Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea* (2007), que proclama luchar contra todo tipo de discriminación por razón de discapacidad (artículo 10) y adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivo de discapacidad (artículo 19). Otro documento importante en materia de derechos humanos es la *Carta de Derechos Fundamentales* (proclamada en el año 2000 por el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión), la cual prohíbe toda discriminación por tener una discapacidad (artículo 21) y reconoce y respeta el derecho de las personas con discapacidad a ser beneficiarias de cualquier medida que garantice su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad” (artículo 26). Siguiendo la línea de la defensa de los derechos e igualdades, se encuentra la *Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre de 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación*, la cual defiende la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en el marco de la Unión Europea y obliga a los Estados miembros a establecer legislaciones para la no discriminación en el ámbito del empleo y la ocupación (ya sea trato discriminatorio directo como discriminaciones indirectas). Igualmente, otro documento que marcó un hito en la historia de los TEA, fue la *Declaración sobre los Derechos de las Personas con Autismo*, presentada bajo forma de Declaración por el Parlamento Europeo en 1996. Esta *Carta* abordaba los derechos a defender y proteger a las personas con TEA por la legislación propia de cada país.

En el año 2010 se publicó la *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*, cuyo propósito es la supresión de barreras a través de la identificación de ocho esferas de actuación como son la accesibilidad, la participación, la igualdad, el empleo, la educación y formación, la protección social, la sanidad y la acción exterior.

Siete años más tarde, en abril de 2017, se aprobó como una Recomendación de la Comisión Europea (no vinculante), el *Pilar Europeo de Derechos Sociales* que establece 20 principios que se estructuran en tres categorías principales como la igualdad de oportunidades y el acceso al mercado laboral, condiciones de trabajo equitativas y la protección e inclusión sociales.

1.3.3. Normativa Estatal

Un importante avance que marcó el desarrollo de los derechos sociales en España en materia de autonomía personal fue la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Esta *Ley* reconoce el derecho de acceso a los recursos existentes, creando así el llamado *sistema para la autonomía y la atención a la Dependencia*, caracterizado por disponer de un conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal y la protección y atención de las personas.

En cuanto a las leyes que abordan la diversidad funcional, se encuentra la *Ley 26/2011, de 1 de agosto*, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En el año 2008, España firmó la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, comprometiéndose de este modo a adaptar toda su legislación a la misma y la defensa de sus derechos (artículo 9). Igualmente, con el *Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*, pasa a formar parte del ordenamiento interno español, por lo se adaptó y modificó la normativa interna para hacer efectivos los derechos de tratado internacional.

Dos años más tarde, en 2013, se publicó el *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Este RD-Legislativo reconoce a

las personas con discapacidad como titulares de derechos y de la obligatoriedad de los poderes públicos de garantizar su pleno ejercicio. También se regulan derechos como la igualdad, la protección de la salud, la atención integral, la educación, la vida independiente, el trabajo, la protección social y la participación en asuntos públicos.

El 26 de noviembre de 2015, el Gobierno de España junto a las tres entidades estatales representantes de las personas con TEA españolas (Confederación Autismo España, Confederación Española de Autismo –FESPAU- y Confederación Asperger España), aprueban la *Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo*. Su marco de referencia es la definición de las políticas estatales, autonómicas y locales en relación a las personas con TEA y con el principal objetivo de favorecer el respeto a la vida independiente, la autonomía, la participación e inclusión plenas, la igualdad, la accesibilidad y la no discriminación. Estas actuaciones están dirigidas a la mejora de la inclusión social, la calidad de vida y la protección de los derechos de las personas con TEA.

1.3.4. Normativa Autonómica

En relación a la Comunidad Valenciana, destaca la *Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad*, cuyo objetivo es la regulación de las Administraciones públicas valencianas dirigida a la atención y promoción del bienestar y calidad de vida de las personas con discapacidad, posibilitando su habilitación, rehabilitación e integración social (artículo 5) con el fin de hacer efectivo el derecho a la igualdad reconocido en la Constitución Española (artículo 14).

Capítulo 2. Autismo y la Interdisciplinariedad Profesional

“No olvides que tal vez eres el faro en la tempestad de alguien”

Anónimo

2.1. DIVERSIDAD DE NECESIDADES A LO LARGO DEL CICLO VITAL: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

2.1.1. Infancia

En los primeros años de vida los niños van desarrollando una serie de habilidades innatas (también conocidos como *reflejos primarios*) mientras que otros las interiorizan por la propia interacción con el mundo que les rodea. Dichas habilidades, normalmente, deben desarrollarse antes del primer año de vida, pero si el niño no llegara a desarrollarlas o presentara ciertos comportamientos denominados como *atípicos*, sería necesaria una evaluación por parte de profesionales especializados para determinar la naturaleza de dicha alteración (Alcantud et al., 2012). Llegados a ese punto, los profesionales del área sanitaria serían los primeros en atender y orientar a los padres. A continuación, se describen los principales perfiles del ámbito de la salud, que en opinión de autores como Alcantud et al. (2012) intervienen en la primera etapa de vida de un niño con TEA:

-Pediatra: Médico especialista en el cuidado de los niños y se encarga del seguimiento y control sanitario en los primeros años de vida del menor.

-Neuropediatra: Médico especializado en pediatría, encargado de la atención, diagnóstico y tratamiento de los niños y adolescentes que presentan patologías médicas que afecten su sistema nervioso.

-Neurólogo: Profesional especializado en la estructura, funcionamiento y funciones del sistema nervioso.

-Fisioterapeuta: Atiende a personas con problemas de movilidad. Emplea métodos naturales como el ejercicio, la manipulación, el calor, el masaje, con el fin que se desarrollen las pautas correctas del movimiento del cuerpo

-Psicólogo: Facilita información sobre el aprendizaje y la conducta del niño. Igualmente, diagnostica y valora los aspectos como la personalidad, inteligencia y aptitudes del menor.

No obstante, aunque no que no pertenecen al área sanitaria, existen otros profesionales de otros campos de trabajo, como el educativo y el social, que también intervienen en los primeros años de vida del menor. Y entre ellos se pueden encontrar:

-Logopeda: Durante los primeros meses de vida, este especialista puede tratar al niño si tiene problemas para comer o beber. Posteriormente, en casos que existan problemas de habla, de uso del lenguaje o de comprensión, tanto del lenguaje escrito como oral, podrá enseñar el uso de comunicación alternativa (lenguaje de signos).

-Maestro de audición y lenguaje: Especialista en la prevención de los problemas de lenguaje y en la potenciación de las capacidades comunicativo-lingüísticas, así como en la solución de problemas específicos de lenguaje y comunicación dentro de un centro educativo.

-Maestro especialista en pedagogía terapéutica (PT): Promueve la atención y la prevención de las necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad o a trastornos graves de conducta. Su apoyo variará en función de la naturaleza, el grado de discapacidad y su dificultad para el acceso al currículo.

-Trabajador social: Profesional que asesorará, orientará e informará de todos los recursos existentes en la comunidad con el fin de atender al menos y a sus familiares (prestaciones económicas, servicios, centros, asociaciones de padres, etc.).

Como se puede observar, son diversos los profesionales que intervienen con menores con autismo para poder atenderles y proporcionarles un diagnóstico en la mayor brevedad posible. Es esencial concienciar de la importancia de la detección temprana en los TEA, ya que una detección precoz dará lugar a una intervención temprana en los niños con TEA, lo cual reducirá el estrés que se pueda producir en la unidad familiar, aumentando así su capacidad de afrontamiento y el desarrollo de la adaptación social del niño en el futuro (Alcantud et al., 2012).

2.1.1.1. Centro de Atención Temprana (CAT)

En su estudio Alcantud et al. (2012) exponen que este servicio se caracteriza por estar dirigido a la prevención, diagnóstico y tratamiento de niños, con algún tipo de trastorno en el desarrollo, o con riesgo de padecerlo, en edades comprendidas entre los 0 a los 6 años. Es un recurso de apoyo a las familias, ya que ofrece información, asesoramiento y orientación en relación a las primeras etapas del desarrollo, siendo los CAT un puente de contacto entre otros padres y madres, logrando así la creación de redes de apoyo entre familias. Su acceso se realiza a través de los pediatras de los Centros de Salud de Atención Primaria/ Hospitales de referencia (según procedimiento establecido en el protocolo para la derivación y seguimiento de la atención prestada en los CAT). Están formados por equipos interdisciplinares, con profesionales como logopedas, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, con el fin de abordar todas las áreas que los rodean (cognitiva; motora; emocional; lenguaje y comunicación; autonomía personal; y social) e intervenir tanto con los menores como con sus familias.

2.1.1.2. Escolarización

La escolarización es un momento importante en la vida de cualquier niño. Dentro del sistema educativo español los padres pueden optar entre escolarizar al niño en Educación Infantil (edades comprendidas de 0 a 3 años) o hacerlo a partir de los 3 años. Para poder acceder a un centro educativo que satisfaga las necesidades del menor, los padres deben solicitar un dictamen de escolarización antes que el menor cumpla 3 años. En el caso que el menor hubiese cumplido los 3 años, dicho dictamen podría ser solicitado en cualquier momento.

En la ciudad de Valencia, los padres pueden acudir a cualquier oficina *PROP* para obtener y gestionar el impreso de su solicitud de dictamen. En el caso de los municipios, la persona interesada deberá dirigirse a los servicios municipales de educación para obtener dicha información.

Con la realización de dicho dictamen se procederá a la valoración sociopsicopedagógica del alumnado para identificar y evaluar las necesidades educativas especiales y determinar la escolarización más adecuada para cada niño. La valoración remitirá un Informe Técnico realizado por los servicios psicopedagógicos escolares (SPEs). En él se

recogen los recursos o apoyos profesionales o técnicos que necesite el alumnado (logopeda, educador, profesor de PT, etc.), y se enviará a Inspección Educativa. Posteriormente, el inspector de la zona de escolarización debe valorar el informe proporcionado por el SPE. La Dirección Territorial remite una copia con la resolución de escolarización a los padres (o tutores legales del alumno) y otra copia a la dirección del centro dónde proceda la escolarización. Cabe resaltar, que dicho dictamen podrá ser aceptado o rechazado por los padres. Si los padres no estuviesen de acuerdo con la resolución del dictamen, podrían presentar un recurso solicitando la revisión del expediente.

En el momento de cumplimentar la solicitud, los progenitores deben señalar el tipo de escolarización (ordinario, especial o combinada) que prefieren para sus hijos, así como el colegio seleccionado (siempre y cuando existan plazas libres disponibles). Esta es una decisión muy importante y deberá estar basada, principalmente, en las necesidades del menor. En todo momento, los padres deben ser conscientes de los apoyos que necesitan sus hijos para la elección de un centro educativo que cuente con los apoyos técnicos que precisan para su correcto desarrollo y aprendizaje (Alcantud et al., 2012).

2.1.1.2.1. Modalidades de Escolarización

Los centros escolares de la Comunidad Valenciana cuentan actualmente con cuatro modalidades de escolarización (Alcantud et al., 2012) en los que destacan:

- **Centro ordinario público/concertado (integración).** En esta modalidad de integración, el menor será escolarizado en el centro ordinario que le corresponda por zona. Asimismo, dicha modalidad es la más recomendada para niños con TEA, así como cualquier menor con discapacidad por los SPEs, ya que el niño tiene el mismo horario con sus compañeros de clase excepto cuando acude a clases de audición y lenguaje o PT. En esta modalidad, el menor puede recibir atención educativa especial hasta un máximo de 5 horas por semana, para trabajar con un pedagogo terapéutico y posteriormente se fijarán las horas para trabajar con un maestro de audición y lenguaje. Otra figura profesional clave es la del educador, el cual ayuda al niño en el colegio cuando no es lo suficientemente autónomo (control de esfínteres, alimentación, etc.).

- **Centro de Educación Especial (CEE).** Son de titularidad pública o privada, organizados para atender necesidades o adaptaciones importantes y en los casos de grado extremo del alumnado, ya que en esos supuestos se considera que su nivel de integración en centro ordinario no sería suficiente para satisfacer sus necesidades (en casos de gran discapacidad). Dichos centros cuentan entre sus profesionales con un maestro de educación especial y un educador. Si el alumno lo necesitara, también se podrían recibir sesiones de audición y lenguaje y fisioterapia. Es importante resaltar, que tanto el transporte como el comedor escolar suelen estar becados. Los niños son transportados en autobuses junto con monitores especializados. Dentro de estos centros el principal objetivo es lograr que el niño consiga la mayor autonomía posible, adquiriendo los hábitos de la vida cotidiana, como pueden ser el control de esfínteres, comer solo, vestirse, etc.
- **Escolarización Combinada (CEE y Centro Ordinario).** El alumno pasa parte de la jornada en un centro ordinario y parte en un centro de Educación Especial, según el porcentaje que se determine en el dictamen técnico. Los padres tienen la opción de solicitar que el niño acuda al centro específico por las mañanas y al centro ordinario por las tardes, o viceversa. El propio transporte del alumnado lo realiza el CEE. En todo momento se debe tener presente, que el alumnado con TEA requiere de una intervención individualizada y de un programa especializado (adaptación curricular en base las necesidades de aprendizaje del menor) de grupo que se pueda desarrollar en contextos educativos normalizados -sin dejar de lado sus propias características particulares-, es por ello, que surgen las llamadas **Aulas de Comunicación y Lenguaje o CyL**.
- **Aulas CyL.** Son unidades de educación especial en centros ordinarios. Están orientadas a alumnos con diagnósticos de TEA/TGD o Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL). Se considera que el aula *CyL* constituye el tipo de escolarización que, a diferencia de la de los centros específicos o combinada, posibilita un mayor desarrollo del alumnado, ofrece mayores posibilidades de inclusión escolar y social y, al mismo tiempo, favorece el desarrollo de valores y actitudes de trabajo cooperativo con alumnos de distintas capacidades.

Las aulas *CyL* acogen un máximo de 8 alumnos y su principal objetivo es permitir flexibilizar el tiempo de atención individualizada y de inclusión en el aula

ordinaria mediante la realización de horarios personalizados y de metodología adaptada a las características del alumnado. Entre sus profesionales se encuentran las figuras de Maestro de Audición y Lenguaje, un Maestro de PT y Educador en Educación Especial. Igualmente, este tipo de aulas ofrecen dos posibles modalidades de escolarización:

- **Modalidad 1:** Alumnado que requiere una atención de la unidad específica de comunicación y lenguaje en un porcentaje igual o superior al 40% del horario escolar semanal, y que sigue un currículo adaptado a sus necesidades. Esta unidad específica de comunicación y lenguaje suele tener entre 3 a 5 niños de estas características.
- **Modalidad 2:** Alumnado que requiere de atención desde la unidad específica de comunicación y lenguaje, como recurso, en un porcentaje inferior al 40% del horario escolar semanal, y que puede seguir el currículo ordinario con las oportunas adaptaciones. Sobre ellos se actuará como recurso del centro, interviniendo sobre las áreas específicas de atención educativa que sus necesidades requieran. El alumnado de este grupo será atendido por la unidad específica de comunicación y lenguaje como aula de recursos.

Es esencial resaltar que la modalidad de escolarización para cada alumno será reversible y revisable en función de sus necesidades, preferentemente en cada cambio de etapa educativa. Igualmente, en el centro educativo se deberá trabajar la sensibilización y formación del resto de alumnado del centro, para que adquieran un mayor conocimiento acerca de las características de este alumnado y de los procedimientos y estrategias de comunicación y relación con ellos.

2.1.2. Adolescencia

La adolescencia es una etapa complicada para cualquier persona, tenga o no un diagnóstico asociado. Según la definición de la OMS (2021), la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Asimismo, se identifica por ser una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizándose por tener un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios condicionados por diversos procesos biológicos.

Con la llegada de la adolescencia, el alumno accede al instituto y ha de enfrentarse a nuevos retos como es el cambio de la Educación Primaria a la Secundaria. Estos retos son expuestos en estudios como el de Morant (2016), la cual describe las principales características de los centros especializados, requisitos del alumnado con TEA, así como la importancia de la figura del profesorado. La autora afirma que dicho cambio educativo va a suponer una serie de cambios que podrían crear inmensas dificultades de adaptación en el alumno con TEA si no se manejan de forma apropiada: mayor número de profesores y de asignaturas, más cambios de aula, mayor volumen de tareas escolares para casa, exigencia de un mayor nivel de autonomía al alumno, mayor nivel de abstracción, menor atención individualizada, etc.

Para evitar el desarraigo del menor, la autora (Morant, *op. cit.*) aconseja los padres pueden elegir entre que su hijo acceda a un instituto ordinario (esto dependerá del grado de afectación de autismo del menor) o proponer la asistencia a centros específicos. Los requisitos de edad para asistir a los centros específicos están establecidos entre 0 a 16 años, pero en muchos centros lo pueden llegar a alargar hasta los 21 años, y sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios. Asimismo, dicho tiempo extra puede permitir que el menor complete los requisitos educativos para graduarse, o que vaya a clases para aprender habilidades y probar oficios que le interesen. Los estudiantes también se pueden centrar en desarrollar las habilidades necesarias para vivir de forma independiente, lo que engloba cómo moverse utilizando el transporte público, cómo gestionar el dinero, entre otros.

De igual forma, Morant (2016) finaliza su estudio poniendo el foco en figuras como las del tutor y del orientador del centro, los cuales cobrarán un papel clave en el éxito de la adaptación del alumno. Para conseguir dicha adaptación, el instituto debe tener presente el grupo en el que ubicar al alumno (optando preferiblemente por un grupo pequeño), así como el equipo educativo que lo atienda, así como en la elección del tutor o tutora que se le vaya a asignar. Del mismo modo que el tutor, el papel del orientador/a del centro va a ser fundamental, ya que debido a la formación que ha recibido el profesional, le convierte en el agente con más capacidad para poner en marcha las iniciativas y medidas más eficaces para la plena inclusión del alumno en el centro educativo. A continuación, se detallan las funciones que esta figura profesional llevará a cabo (Morant, *op. cit.*):

- El orientador debe ser el encargado de distribuir la información existente sobre el alumno al equipo docente, aclarando cualquier duda sobre las características del trastorno.
- Asesorar y coordinar todas las intervenciones educativas llevadas a cabo con el alumno.
- Promover reuniones de carácter periódico con el fin de establecer líneas de actuación comunes.
- Mediar de forma inmediata ante cualquier conflicto que pueda surgir: entre el alumno y la clase, entre el alumno y el profesorado, entre la familia y el centro educativo, etc.
- Que el propio departamento se convierta en un lugar de referencia para el alumno y que poder acudir cuando tenga algún problema, se sienta solo o quiera/ necesite hablar con alguien.

2.1.3. Edad adulta y senectud

En este apartado se abordan los servicios y recursos disponibles tanto en la edad adulta como en la vejez. En primer lugar, se van a desarrollar las diferentes modalidades de acceso al empleo, así como sus principales características. Igualmente, se abordan las alternativas de vivienda para personas con discapacidad y con autonomía personal. El apartado finaliza con una descripción detallada sobre los Centros Ocupacionales, de Día y Residencias.

2.1.3.1. Modalidades de acceso al empleo

A partir de la finalización del periodo de escolarización, a los 21 años de edad, el acceso al mundo laboral cobra un papel fundamental en la edad adulta, ya que es la principal vía de integración social porque otorga libertad económica y una vida independiente. Pero, en ocasiones, para obtener un puesto de trabajo se precisa disponer de serie de apoyos para mejorar las estrategias de búsqueda de empleo y la formación específica o ajustar expectativas e intereses vocacionales, así como entrenar rutinas y habilidades necesarias para el desempeño laboral. En la actualidad existen varias modalidades de acceso a un puesto de trabajo para personas con cualquier tipo de diversidad funcional, las cuales variarán en función de las necesidades y apoyos que precise el empleado. Por una parte, se encuentra la modalidad conocida como **empleo ordinario o empleo** abierto, ofertada

por una empresa o por la propia Administración Pública. La inclusión laboral es plena, puesto que se produce un acceso a un puesto de trabajo en un entorno ordinario sin necesidad de apoyo y las empresas tampoco deben tener característica especial alguna para la contratación de personas con discapacidad. Por otra parte, otra modalidad un poco diferente a la anterior, es la **modalidad de Empleo con Apoyo (ECA)**. Esta permite realizar una integración laboral de la persona en el mundo empresarial ordinario mediante la provisión de los apoyos necesarios (dentro y fuera del lugar de trabajo) a lo largo de su vida laboral y con unas condiciones de empleo lo más similares posibles en trabajo y sueldo a las de otro trabajador sin discapacidad en un puesto equiparable dentro de la misma empresa. La última modalidad es la de **empleo protegido**, que se caracteriza por ser un tipo de integración laboral dirigida a trabajadores con discapacidad que, aun siendo capaces de desarrollar una cierta actividad laboral, no logran una suficiente autonomía tanto profesional como social. Dentro de esta modalidad, se encuentran los Centros Especiales de Empleo (CEE), compuestos por trabajadores con discapacidad (reconocida igual o superior a un 33% o con una pensión de incapacidad permanente en los grados de total, absoluta o gran invalidez), que reciben un empleo remunerado, así como aquellos servicios personales y social que precisen.

2.1.3.2. Alternativas para personas con discapacidad y autonomía personal

Existen varias opciones y servicios de acceso a viviendas para aquellas personas con autonomía y capaces de gestionarse de forma autónoma en su día a día. Entre ellas destacan:

- a) **Vivienda Independiente.** La persona vive en sus propio apartamento o casa y requiere poco o casi ningún apoyo de servicios externos. Esta opción se ajusta mejor a las personas que tienen habilidades sociales y de vida cotidiana apropiadas, y, además, son capaces de encargarse de satisfacer sus propias necesidades.
- b) **Viviendas Tuteladas.** Están destinadas a personas con discapacidad, pero deben poseer suficiente autonomía personal. Este tipo de viviendas son pequeñas unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas.

2.1.3.3. Centros Ocupacionales, de Día y Residencias

Debido al incremento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población es un tema cada vez más presente en las sociedades actuales, lo cual evidencia la necesidad de realizar estudios sobre el envejecimiento de los TEA y, especialmente, en la planificación de servicios específicos, con el fin de alcanzar una mejor calidad de vida y reducir los costes sociales y sanitarios (Ruggieri y Cuesta Gómez, 2018). Los centros ocupacionales, los centros de Día, así como las residencias, tienen como objetivo principal promover y facilitar la permanencia de las personas en su medio habitual todo el tiempo que sea posible. Dependiendo del nivel de grado de afectación de las personas con TEA se deberá seleccionar la modalidad de centro que cubra mejor sus necesidades. Los servicios sociales, y específicamente, los trabajadores sociales serán los profesionales competentes en llevar a cabo las funciones de información, orientación y asesoramiento de los TEA y a sus familias, en relación a sus derechos, así como a las prestaciones y recursos disponibles en su C.A. (véase 2.2. Recursos y Prestaciones Existentes en Materia de Autismo). Debido a que el Estado Español está fundamentado en un sistema de bienestar social donde se promueven los derechos de todos los ciudadanos, la Administración debe facilitar el acceso a plazas públicas de atención residencial y/o diurna para personas dependientes o con discapacidad a las que sus familiares, por diferentes motivos, no les pueden brindar una atención que cubra todas sus necesidades. Para acceder a estos centros, se precisa disponer de un Grado II o III (en el caso de los centros ocupacionales se puede acceder con un Grado I) en su resolución de la Ley de la Dependencia (véase 2.2.2.2. Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia).

2.1.3.3.1. Centros ocupacionales

Creados para brindar ocupación terapéutica, técnicas profesionales de integración laboral y social a personas con discapacidad intelectual. Al igual que los centros de Día, se pretende facilitar la integración, promover la calidad de vida y la autonomía de la persona, ya que las que acceden a estos centros tienen una mayor independencia. La plantilla de profesionales variaría en función de las necesidades del propio centro, así como de la propia ratio que establezca el organismo competente, pero, comúnmente, está compuesta por un psicólogo, un director del centro y monitores ocupacionales (pueden pertenecer a

diferentes ramas como educación, bellas artes, sanidad, etc.). Entre las principales actividades que se llevan a cabo en estos centros destacan:

- Técnicas de socialización.
- Actividades ocupacionales pre-laborales.
- Formación laboral y Orientación laboral.
- Formación de hábitos de autonomía.
- Terapia y rehabilitación: Ocio y tiempo libre.
- Servicios complementarios de transporte y comedor.
- Apoyo a la familia.

2.1.3.3.2. Centros de Día

Recurso social dónde se presta atención especializada, rehabilitadora, psicológica y social, promoviendo el cuidado personal, control y protección, además de ofrecer servicio de comedor y transporte, destinado a personas con discapacidad con gran deterioro de sus capacidades funcionales con el fin de mejorar su calidad de vida y la de sus familiares. En relación a los profesionales en plantilla se pueden encontrar (estos variarían en relación a los perfiles de usuarios y sus necesidades): auxiliares de servicio ayuda a domicilio, psicólogos, neuropsicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, médicos, técnico en actividades socioculturales (TASOC), terapeutas ocupacionales, pedagogos, fisioterapeutas, gerocultores, además del personal de gerencia, limpieza y mantenimiento. A pesar de la oferta de centros de Día, son escasos los centros públicos especializados en autismo, ya que por norma general los centros especializados suelen ser de carácter privado, siendo la familia de la persona con TEA quién debe asumir el coste de la plaza, así como los gastos derivados de la misma.

2.1.3.3.3. Residencias

Están destinadas al acogimiento y convivencia de personas adultas dependientes que no pueden ser asistidas en su vivienda familiar. Al igual que los centros de Día, para poder acceder a las mismas es necesario que la persona tenga reconocido un Grado II o III en su resolución de la Ley de la Dependencia. Con el fin de garantizar su acceso, una parte es financiada por la Conselleria (o por el organismo oficial de la C.A. en la que se resida), mientras que si persona dispone de una pensión, le retendrán un 80% de la misma (salvo

en los supuestos que el solicitante tenga patrimonio, el cual podrá ser superior). Al igual que el supuesto anterior, son escasas las residencias públicas especializadas en TEA y normalmente, suelen ser de carácter privado siendo la familia la responsable asumir el coste de la plaza residencial. Sin embargo, en el caso de las residencias privadas especializadas en TEA ofrecen una serie de servicios como alojamiento y manutención, cuidado personal, control y protección; atención especializada, rehabilitadora, psicológica y social; atención a la familia, etc. Entre sus profesionales destacan: auxiliares de servicios ayuda a domicilio, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, médicos, TASOC, terapeuta ocupacional, además del personal de gerencia, limpieza y mantenimiento.

2.2. RECURSOS Y PRESTACIONES EXISTENTES EN MATERIA DE AUTISMO

A continuación, se lista los de recursos y prestaciones económicas más relevantes, a las pueden acceder las familias con menores con discapacidad, así como con menores con TEA, a nivel nacional y el caso específico de la Comunidad Valenciana.

2.2.1. Ámbito nacional

2.2.1.1. Prestación por hijo a cargo (PHC)

La PHC consiste en una ayuda económica familiar dirigida a unidades familiares que cumplan con requisitos económicos y a cargo de hijos menores de 18 años o con una discapacidad igual o superior al 65% o a cualquiera que sea la naturaleza legal de la filiación, así como por los menores a su cargo en régimen de acogimiento familiar, permanente o guarda con fines de adopción. Esta subvención ha sido tramitada y la gestionada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Entró en vigor con el *Real Decreto 1335/2005 de 11 de noviembre*, pero será sustituido paulatinamente por el Ingreso Mínimo Vital.

2.2.1.2. Ingreso mínimo vital (IMV)

Entró en vigor el 15/06/2020 como una prestación concebida para combatir la pobreza extrema debido a la gran crisis económica provocada por la pandemia del COVID-19. Esta ayuda se podría solicitar por dos motivos: por una parte, sustituirá paulatinamente a la PHC (en los casos que anteriormente ya estuviese percibiendo dicha prestación) y, por

otra parte, podrían solicitarlo aquellas personas que cumplan los requisitos económicos, de patrimonio, así como de residencia legal, contemplados en el *Real Decreto-ley, de 29 de mayo*.

2.2.1.3. Solicitud de título de familia numerosa

La posesión de dicho título acredita la condición de familia en todo el Estado español y permite el acceso a una serie de beneficios para estas familias (deducciones fiscales, reducción matrículas universitarias, becas escolares, descuentos culturales y de ocio, descuento transporte público, etc.), pero será la Comunidad Autónoma quién se encargue de su tramitación y expedición del título. Tanto las modalidades de familia, así como los requisitos de acceso están recogidos en la *Ley 40/2003, de 18 de noviembre*.

2.2.1.4. Solicitud de título de familia monoparental

Con la posesión de dicho título, solicitantes y los miembros incluidos en la tarjeta tienen acceso a una serie de beneficios (deducciones fiscales, reducción matrículas universitarias, becas escolares, descuentos culturales y de ocio, descuento transporte público, etc.). Tanto los requisitos de acceso como de publicación de dicho título son diversos y, en el caso de la C.V. están contemplados en el *Decreto 19/2018, de 9 de marzo, del Consell*.

2.2.1.5. Solicitud de reconocimiento del grado de discapacidad

Se entiende por discapacidad aquella que, por causa de una deficiencia en su interacción con el entorno, sufre cualquier restricción o impedimento en la capacidad de realizar una actividad que se considera normal para el ser humano, generando una situación de desventaja para la persona en cuanto limita o impide el cumplimiento de una o varias funciones dentro de la sociedad a la que pertenece, teniendo reconocida la condición de persona con discapacidad en un grado igual o superior al 33 %. Los Equipos de Valoración y Orientación (EVO), son los responsables en tramitarlas, los cuales están formados por médicos, psicólogos y trabajadores sociales (encargados de realizar informes sociales y detectar la vulnerabilidad de la persona). La valoración se realizará atendiendo a la concreta dolencia sufrida por el solicitante, es decir, su limitación sensorial, física o psíquica, teniendo también en cuenta los factores socioeconómicos de su situación. Es por ello, que este certificado realizado tanto a nivel nacional como a nivel

autonómico, pero a carácter general, son las Comunidades Autónomas las responsables en tramitarlas. Finalmente, con el reconocimiento de la discapacidad se obtiene una serie de beneficios o descuentos, los cuales están contemplados y recogidos en el *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre*.

2.2.1.6. Tarjeta acreditativa del grado de la discapacidad

Es un documento personal e intransferible. Esta solicitud está dirigida exclusivamente a aquellas personas que ya tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%, y está vigente en algunas comunidades autónomas (en la C.V. está recogido en la *ORDEN 3/2010, de 26 de marzo*). El plazo de presentación, está abierto durante todo el año.

2.2.1.7. Tarjeta SIP de persona con discapacidad para acceder a la medicación gratuita

Por parte de la *Conselleria de Sanidad* existen una serie de subvenciones frente al copago farmacéutico y material ortoprotésico. Pero sólo tienen derecho a farmacia gratuita (TSI001) las personas con discapacidad equivalente o superior a un 33% y que cumplan con los requisitos establecidos en el *DECRETO 239/2015, de 29 de diciembre*.

2.2.1.8. Pensiones no contributivas (PNC)

El INSS es el organismo que se encarga de abonar dicha prestación económica pero la gestión se trasmite a la comunidad autónoma competente. El objetivo de la PNC es proporcionar una prestación económica y una asistencia médico-farmacéutica gratuita, así como servicios sociales complementarios a personas que no hayan cotizado o lo hayan hecho de forma insuficiente, o se encuentre en situación de invalidez, o en estado de necesidad. Existen principalmente dos tipos de pensiones: a) Pensión no contributiva de jubilación; y b) Pensión no contributiva de invalidez. El plazo de presentación es anual y los requisitos de acceso están recogidos en el *Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo*.

2.2.2. Comunidad Valenciana

2.2.2.1. Ayudas y subvenciones de diversidad funcional

2.2.2.1.1. Ayudas individualizadas para el desarrollo personal

El objetivo de esta *PEI* (prestación económica individualizada) es facilitar la autonomía personal a personas con problemas motores o sensoriales, favoreciendo el mantenimiento en el propio entorno familiar y social, incrementando su autonomía y su la integración en la sociedad. Los requisitos de acceso están recogidos en la *ORDEN 1/2016, de 20 de enero*, y anualmente se anuncia el plazo de presentación en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana (*DOGV*).

Está *PEI* tiene diferentes modalidades con el fin de promover calidad de vida y bienestar social a la persona solicitante. Las principales modalidades son las que se detallan a continuación:

- Ayudas técnicas y productos de apoyo. Con esta ayuda se subvencionan sillas de ruedas con motor eléctrico, grúas hidráulicas o eléctricas y audífonos.
- Ayudas destinadas a la eliminación de barreras arquitectónicas en el interior de la vivienda y la adaptación funcional del hogar. Adaptaciones en el cuarto de baño y Eliminación de barreras en el interior de la vivienda (ancho de las puertas, etc.)
- Ayuda para la adaptación de vehículos a motor.
- Ayuda para el transporte. Con el fin de facilitar la asistencia a tratamientos y centros asistenciales.

2.2.2.1.2. Ayudas para la atención institucionalizada a personas con discapacidad y enfermedad mental crónica

Son *PEIs* que se conceden con carácter de subvención personal y finalista, para atender las necesidades del solicitante que requiere la atención asistencial. Las ayudas de atención complementaria para la atención especializada podrán ser solicitadas por las personas afectadas por algún tipo de discapacidad, que se encuentran en situación de extrema urgencia y necesidad, y carezcan de recursos económicos suficientes, que les impida hacer frente al precio de un servicio de atención residencial especializada, o por su representante legal o, en su caso, guardador de hecho. Las personas interesadas en acceder a dicha ayuda deberán reunir los requisitos establecidos en la *ORDEN 1/2016, de 20 de*

enero, la cual es de convocatoria anual y a través del *DOGV* se anuncia el plazo de presentación y presentación de solicitudes.

2.2.2.1.3. Ayudas para la adquisición de equipos y tecnología de la información y la comunicación específicos para el acceso a la sociedad de la información de personas con discapacidad, favoreciendo su inclusión digital (ACCESTIC)

El objetivo de esta PEI es doble, por una parte, a través de la concesión de esta ayuda se pretende conseguir una intervención para la inserción social entre las que destacarían: a) Integración laboral; b) Integración social con el entorno; y c) Refuerzo del desarrollo y la autonomía personal. Igualmente, otro objetivo es la adquisición de equipos y tecnología innovadora adecuados para facilitar el acceso a la Sociedad de la Información de las personas con algún tipo de discapacidad (de carácter motor, sensorial o psíquico-intelectual). Entre el equipamiento más relevante para adquirir destaca:

- Equipamiento para acceder a las telecomunicaciones.
- Equipamiento para facilitar el acceso al ordenador o a Internet.
- Equipamiento para facilitar la comunicación aumentativa o alternativa.
- Equipamiento para facilitar el control del entorno.

Tanto los requisitos como características de acceso de esta subvención están reguladas en la orden *Orden 3/2010, de 6 de abril, de la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas*, la cual es de convocatoria anual y es anunciada en el *DOGV*.

2.2.2.2. Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Este recurso es estatal, pero el catálogo de recursos y servicios variará en función de la Comunidad Autónoma en la que se resida, ya que no en todas ofrecen los mismos recursos. *La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, recoge una serie de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados. Este recurso está dirigido principalmente a personas mayores dependientes, a personas con diversidad funcional física o intelectual y a menores de 3

años con problemas de dependencia. En el caso de la C.V., tanto el catálogo de servicios como los requisitos de acceso se establecen en el *DECRETO 62/2017, de 19 de mayo, del Consell*. Como recoge este decreto, se establecen 3 grados de dependencia: a) Grado I o dependencia moderada (la persona necesita ayuda de una tercera persona al menos 1 vez al día para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria), b) Grado II o dependencia severa (la persona necesita ayuda de una tercera persona para realizar las ABVD dos o tres veces al día), Grado III o gran dependencia (se necesita de una tercera persona para realizar las ABVD). Igualmente, para poder obtener un grado de dependencia y acceder a su catálogo, un profesional con el título de valoración de la Dependencia (en muchos casos son trabajadores sociales), acude al lugar de residencia (domicilio particular, residencia, etc.) de la persona y aplicarle el instrumento de valoración, el cual variará si la persona es menor de 3 años (EVE) o mayor de 3 años (BVD). Dicho instrumento otorgará una puntuación en función a la dependencia que tenga la persona, así como el deterioro cognitivo de la misma. La puntuación se traducirá posteriormente en grado I, grado II o grado III. En función del grado que se obtenga, se podrá acceder a un tipo de prestaciones o servicios, los cuales se recogen en la Tabla 9. Dependiendo del grado obtenido durante la valoración, se podrá acceder a un servicio o prestación. Cabe señalar que hay recursos o servicios que son compatibles o incompatibles entre ellos, todo ello está recogido en el *Decreto*.

Como el proceso de dependencia puede mejorar o empeorar, en cualquier momento del procedimiento la persona solicitante puede solicitar una *revisión por agravamiento o mejoría* para revisar el grado obtenido y poder acceder así a otros recursos o servicios ofrecidos en el catálogo, ya que el objetivo de esta *Ley* es que la persona tenga sus necesidades básicas cubiertas y brindar calidad de vida y bienestar tanto para ellas como a sus familiares.

Tabla 9
Catálogo del SAAD por grados de dependencia

Grado I	Grado II y Grado III
Servicios	
Prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal	Prevención de la situación de dependencia y de promoción de la autonomía personal
Teleasistencia	Teleasistencia
Ayuda a domicilio	Ayuda a domicilio
Centro de día	Centro de día
Centro de noche	Centro de noche
Atención residencial para personas con diversidad funcional	Atención residencial
Prestaciones Económicas	
De asistencia personal	De asistencia personal
Para cuidados en entorno familiar	Para cuidados en entorno familiar
Vinculada al servicio:	Vinculada al servicio:
-PVS Centro de Día	-PVS Residencial
-PVS SAD	-PVS Centro de Día
-PVS Prevención y Promoción	-PVS SAD
-PVS Residencial para personas con diversidad funcional	-PVS Prevención y Promoción
Prestación vinculada de garantía para personas con diversidad funcional	Prestación vinculada de garantía

Nota. Información extraída de <https://inclusio.gva.es/es/web/dependencia/catalogo-del-saad769>

2.2.2.3. Renta valenciana de inclusión (RVI)

Tanto los requisitos de acceso como el plazo de presentación de solicitudes están recogido en la *Ley 19/2017, de 20 de noviembre, de la Generalitat*, cuyo objetivo es garantizar la calidad de vida de la ciudadanía desde la igualdad de oportunidades, el apoyo a las familias, los derechos de la infancia y con perspectiva de género. Con el fin cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos, la RVI se divide en cuatro tipos diferentes, las cuales se renovarán cada tres años si se cumplen o mantienen los requisitos de acceso:

1. Renta de garantía de inclusión social o RGIS (prestación económica y apoyo económico para la inclusión social y laboral). Tanto el titular como los beneficiarios se comprometen a llevar un seguimiento por parte de los servicios sociales, sobre todo en los casos que existan menores en la unidad de convivencia a través de la elaboración de programa individual de atención. Asimismo, las personas que estén en edad laboral deberán realizar seguimientos periódicos por parte de las oficinas de empleo. Con dichos seguimientos se pretende una inclusión en el entorno evitando situaciones de vulnerabilidad y de exclusión.

2. Renta de garantía de ingresos mínimos o RGIM (50% de la prestación económica renunciando al proceso de acompañamiento, excepto cuando haya niños y niñas en la unidad de convivencia).
3. Renta complementaria de ingresos por prestaciones. Cuando la persona perciba una PNC por invalidez o jubilación y en los casos de Renta Activa de Inserción por Violencia de Género (RAI).
4. Renta complementaria de ingresos de trabajo (actualmente no ha entrado en vigor).

2.3. LAS ASOCIACIONES DE TEA EN ESPAÑA

El movimiento asociativo español se inició en los años 60, de la mano de la *Ley 191/1964, de 24 de diciembre, de Asociaciones* la cual promovió su creación y el movimiento asociativo en el campo del autismo. Posteriormente, entre los años 1.973 y 1.976, en las ciudades de Madrid y Barcelona se inició el movimiento a favor de las personas con autismo en España. Concretamente en 1.973 se creó en Madrid la *Asociación TAURE* (Tratamiento del Autismo y Rehabilitaciones) y en 1.976 la Asociación de Padres de Niños Autistas (*APNA*). Por otra parte, en 1.975 en la ciudad de Barcelona, se creó la *APAFAC* (Asociación de Padres de Hijos con Autismo de Cataluña), actualmente se conoce como *Proyecto Autisme la Garriga*. Las creaciones de dichas asociaciones se llevaron a cabo debido al trabajo de padres y profesionales como Ángel Díaz Cuervo, Joseph Rom, Ángel Rivière, entre otros (Martín et al., 2010).

Uno de los eventos que más impacto tuvo en el movimiento asociativo en TEA en España fue el I Simposio Internacional sobre Autismo, organizado por *APNA* y el *SEREM* (Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos) en Madrid en 1.978. En él, madres y padres de personas con autismo reafirmaron la necesidad de estar presentes en cuantos planteamientos se elaborasen sobre autismo y exigieron a los actores implicados (médicos, psicólogos, asistentes sociales, pedagogos, terapeutas en general, y Administración), que compartiesen la responsabilidad de luchar por la mejora de atención de sus hijos y sus familiares. Fue a partir de ese momento cuando se comenzó a plantear el autismo a través de un enfoque diferente a las teorías e interpretaciones erróneas que hasta el momento habían predominado. Otro dato importante a destacar fue que, como consecuencia de dicho Simposio, el 4 de mayo de

1.978 se creó un Comité compuesto por padres de nueve nacionalidades diferentes (Irlanda, Portugal, España, Noruega, Suecia, Alemania, Francia, Holanda y Australia), para la organización de la Oficina de Coordinación Internacional para Padres de Niños y Adultos Autistas (Martín et al., 2010). De igual forma, el Simposio impulsó la creación de nuevas Asociaciones y en ese mismo año, en el País Vasco, se creó la Asociación Guipuzcoana de Autismo (GAUTENA). Un año después, en 1.979, se fundó la Asociación de Padres de Niños y Adultos Autistas de Granada “*Autismo Granada*”. Gracias a ese movimiento asociativo, en 1983 un grupo de profesionales fundaron AETAPI (Asociación Española de Profesionales del Autismo), la cual ha continuado en activo hasta nuestros días.

2.3.1. Ámbito Nacional

A lo largo de este apartado se van a listar las asociaciones de autismo más importantes en España, así como las más relevantes dentro de la C.V. En primer lugar, se encontraría la AETAPI, la cual se caracteriza por ser una entidad sin ánimo de lucro fundada en 1.983, y formada por profesionales de diversos ámbitos (educación, centros para adultos, diagnóstico, atención temprana, viviendas, etc.). Su principal objetivo es ser una plataforma de intercambio, formación, información y avance científico, y con la finalidad de mejorar la práctica profesional y, por ende, mejorar la calidad de vida de las personas con autismo. En segundo lugar, se encuentra la Confederación Autismo España, constituida en 1.994 sin ánimo de lucro y agrupa y representa diversas entidades del tercer sector de acción social de España que trabajan específicamente con personas con TEA y sus familias. Su principal objetivo es apoyar al desarrollo de sus entidades y representarlas institucionalmente con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y de sus familias, garantizando el ejercicio efectivo de sus derechos. Según la información extraída de Autismo España, la Confederación Autismo España agrupa y representa a 145 entidades, entre las cuales 85 son entidades confederadas y 60 están vinculadas y no confederadas pero pertenecen a alguna de las 9 federaciones asociadas⁴.

⁴ Federación Española de Autismo FESPAU; Federació Autisme Catalunya; Federació Catalana D'Autisme; Federación Autismo Andalucía; Federación Autismo Castilla-La Mancha; Federación Autismo Castilla y León; Federación Autismo Galicia; Federación Autismo Madrid; y Federación de Autismo de la Región de Murcia.

2.3.2. Comunidad Valenciana⁵

En la C.V. existen un total de 16 asociaciones (5 en Alicante, 4 en Castellón y 7 en Valencia) dedicadas a la atención de las necesidades de las personas con autismo y sus familiares. A continuación, se detallan las que atienden exclusivamente a personas con TEA (autismo y Asperger) en la C.V. así como su origen, los profesionales que la componen y las funciones que desarrollan en la misma.

2.3.2.1. Alicante

2.3.2.1.1. APACV (Asociación Padres Autismo Comunidad Valenciana)

Fue creada en 1.984 sin ánimo de lucro y con fines educativos y sociales. Su centro Infanta Leonor (Centro de Día) fue inaugurado en el 2.001. Entre los servicios que ofrecen destacan el de orientación y asesoramiento; servicios para menores de 16 años (desarrollo de capacidades sociales, comunicativas y conductuales de niños); servicios para mayores de 16 años (talleres rehabilitadores y terapéuticos combinados con actividades deportivas y de ocio); respiro familiar y ocio; y formación. Igualmente, entre su plantilla destacan perfiles profesionales como psicólogos, logopedas, pedagogos, etc. Cabe destacar que disponen de una trabajadora social a jornada completa, la cual está a disposición de los padres en relación a la gestión de diversas ayudas (discapacidad, dependencia, etc.). Igualmente, se encarga de gestionar proyectos y programas tanto de entidades públicas como privadas.

2.3.2.1.2. ASPALI (Asociación Asperger Alicante)

Entidad sin ánimo de lucro constituida en el año 2.007 por un grupo de madres y padres con hijos con diagnóstico de Síndrome de Asperger. La asociación desarrolla diferentes programas especializados como son la evaluación diagnóstica e intervención terapéutica individual, grupal y familiar; área educativa (logopedia); atención social y legal; atención domiciliaria, formación para el empleo, deporte, ocio, voluntariado, etc. Su plantilla está formada por psicólogas, orientadoras de empleo, logopedas, pedagogos, etc. De igual

⁵ Los datos expuestos sobre las asociaciones se han recabado a través de la información sus páginas webs, así como mediante llamadas telefónicas y correos electrónicos.

forma, disponen de dos trabajadoras sociales, las cuales están disposición de los padres en relación a la información, asesoramiento y orientación de la gestión de diversas ayudas (discapacidad, dependencia, etc.). Acuerdan reuniones con entidades sociales, educativas, sanitarias para difusión de la asociación y los programas que se desarrollan; formación a voluntarios/as en el curso de formación sobre recursos y programas que lleva la entidad. De igual forma también realizan funciones de búsqueda de empleo y formación, así como orientación vocacional, búsqueda de recursos formativos y laborales de manera individualizada para cada uno de los participantes en el taller.

2.3.2.1.3. Integra

La asociación se constituyó en 2.009, por un grupo de 17 familias de padres de niños con autismo, deciden crearla por la enorme necesidad de adaptar los tratamientos existentes, a las características de sus hijos, cubriendo así la escasez de servicios existentes hasta el momento. Entre los servicios que ofertan se encuentran: escuela de verano; estimulación; logopedia; natación y danzaterapia.

2.3.2.1.4. ALISAU (Asociación Alicantina de Síndrome de Asperger y Autismo)

Creada por un grupo de madres con el objetivo de ser un apoyo para las personas con diagnóstico de TEA y sus familias. La principal finalidad de la asociación es fomentar la inclusión de las personas con TEA, así como actividades y talleres para la mejora de su calidad de vida. Igualmente, oferta servicios de estimulación temprana; arteterapia; actividades para adolescentes con Asperger; actividades para adultos independientes; ayuda a domicilio; talleres de autonomía; talleres de habilidades socio-emocionales; talleres de reeducación psicopedagógica; intervención psicológica; natación adaptada; y deporte adaptado. Dichos servicios son llevados a cabo por sus terapeutas y su psicóloga.

2.3.2.1.5. EDUCATEA

Creada en el año 2.012, con el fin de dar respuesta a las necesidades de un grupo creciente de adolescentes y adultos jóvenes con trastornos del espectro autista que presentan comorbilidad psiquiátrica y problemas de conducta grave, precisando de un recurso residencial especializado (vivienda tutelada). Ofrece servicios como acogimiento residencial; convivencia; manutención; atención psiquiátrica, psicológica, social y

educativa coordinada con los servicios comunitarios de referencia; orientación familiar; seguimiento escolar; actividades ocupacionales y rehabilitadoras; apoyo a la inserción sociolaboral; actividades recreativas de descanso y ocio; y promoción de la salud.

2.3.2.2. Castellón

2.3.2.2.1. APNAC (Asociación de Padres de Personas con Autismo de Castellón)

Fundada en 1.981 con el objetivo de dar una respuesta inmediata y adecuada a las necesidades de estas personas con autismo y a sus familias. Además, la asociación oferta respiros familiares (fines de semana, estancias cortas y festivos en los cuales se les brinda momentos de descanso a los familiares o cuidadores); colonias en periodos de vacaciones escolares; piscina terapéutica (se realizan ejercicios para la movilidad y fortaleza muscular, la coordinación psicomotriz, el equilibrio, y la flexibilidad); y voluntariado. Finalmente, entre su plantilla destaca figuras profesionales como cuidadores, administrativos, educadora y limpieza. No obstante, nunca han tenido trabajador social entre sus profesionales.

2.3.2.2.2. Asociación Asperger Castelló

Fue fundada el 2 de febrero de 2.008 por un grupo de familias con síndrome de Asperger-TEA. Entre sus servicios destacan actividades lúdicas (talleres, servicio piscina, etc.); apoyo familiar; asesoramiento psicoeducativo; asesoramiento legal; servicios psicológicos; servicio de apoyo para empleo; etc. Su plantilla profesional cuenta con psicólogo, pero no disponen de trabajadores sociales.

2.3.2.2.3. ANEFAM (Asociación para la Atención de las Necesidades de Familias y Menores de la C.V.)

Fue creada en 1.997 por un grupo de profesionales con la finalidad de ayuda a personas que no tienen sus necesidades básicas cubiertas y fomentar la mediación de conflictos. Entre los servicios que ofrece la asociación destacan el desarrollo proyectos y programas para paliar necesidades básicas o específicas en las familias y menores (Intervención interdisciplinar en las áreas psicológica, psicosocial, social, educativa, comunitaria y sanitaria); programas de detección de casos de familias con problemas con necesidades; programas de análisis de los casos de familias con dificultades; promover y colaborar

entre profesionales de distintas áreas para detectar y abordar posibles necesidades; programas dirigidos al mantenimiento del vínculo entre los menores y sus progenitores.

2.3.2.2.4. ANTEA

La asociación lleva a cabo distintos proyectos para favorecer la autonomía, relaciones sociales y rehabilitación de los usuarios. Entre esos proyectos destacan Escuelas de vacaciones (Navidad, Pascua y verano); Respiros de fin de semana; Deporte Adaptado; Apoyo Escolar; Programa de Habilidades Sociales; Actividades de Ocio y Tiempo Libre.

2.3.2.3. Valencia

2.3.2.3.1. ASPAU (*Asociación Proyecto Autista*)

Fundada en 2.008 por familiares de personas con autismo con el fin de promover la calidad de vida de las personas con autismo y de sus familias, mediante la planificación centrada en la persona. La asociación tiene diseñado un plan de acogida para los nuevos padres, dónde se asesora sobre los primeros pasos a tomar, en el cual los padres que colaboran en la asociación se ayudan unos a otros.

2.3.2.3.2. *Asociación Asperger Valencia TEA*

Fundada con el objetivo de dar a conocer el Síndrome de Asperger entre los diversos perfiles profesionales (salud, educación, psicología, etc.) y orientar a las familias en los pasos deben seguir. Asimismo, ofrece servicios como diagnóstico; terapias; escuela de padres; ocio; apoyo a las familias; habilidades sociales; asesoramiento y orientación; y actividades para diferentes edades. La realización de dichos servicios lo ofrece la plantilla formada por diferentes profesionales como psicólogos; pedagogos; integradores sociales; ilustradores profesionales; y personal de artes escénicas. Finalmente, sí disponen de una trabajadora social en plantilla. Entre sus funciones destacan la atención a familias; dar información, asesoramiento y orientación en relación a diversas solicitudes y prestaciones sociales; gestión de proyectos y subvenciones; elaboración y evaluación de proyectos; elaboración de los itinerarios personalizados; y diseño e impartición el taller de inserción socio-laboral, entre otros.

2.3.2.3.3. APNAV (Asociación Valenciana de Padres de Personas con Autismo)

APNAV es una entidad de iniciativa social fundada por familias con personas con autismo y sin ánimo de lucro. El principal objetivo de la asociación es la ayuda mutua y conseguir las mejores condiciones de vida tanto para las personas con TEA como sus familiares. La asociación ofrece servicios de ocio (salidas, piscina, etc.), escuelas de familias (dónde abordan cuestiones terapéuticas, legales, sanitarias, de vida familiar y de escolarización); y asesoramiento a los familiares. APNAV sí dispone de una trabajadora social en su plantilla, que se encarga de coordinar las labores de intervención directa con las familias, realizar las entrevistas sociales y elabora gestiones y demandas individuales con los servicios comunitarios, además de mantener informadas a las familias de las últimas novedades.

2.3.2.3.4. ATTEM (Asociación para Personas con Alteraciones en el Desarrollo)

Fundada en el 2.000, nace del compromiso de un grupo de padres y profesionales ante las necesidades que tienen las personas con alteraciones del desarrollo. Cuenta con subvención de la Generalitat. Igualmente, ofrece servicios de atención temprana (CDIAT); integración sensorial; taller comunicación para padres (HANEN); atención terapéutica; y hora del juego. Entre su plantilla figuran profesionales como psicólogos, logopedias, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. No obstante, no disponen de trabajador social.

2.3.2.3.5. Fundación Mira'm Comunidad Valenciana

Es una entidad de iniciativa social sin ánimo de lucro creada en 2.004 por la iniciativa de familias y profesionales relacionados con el mundo del TEA. Además, ofrece servicios de diagnóstico; terapias; escuela; ocio; apoyo familias; orientar; apoyo psicológico; y escuela de padres. Su plantilla está formada por diversos perfiles profesionales, pero no disponen de un trabajador social que pueda asesorar a las familias sobre trámites y ayudas disponibles.

2.3.2.3.6. Fundación TEA de la Comunidad Valenciana

Fue instituida con los principales objetivos de defender los derechos de las personas con TEA; generar recursos; facilitar asesoramiento, coordinación y apoyo; y desarrollar de

actividades y servicios a todas las personas con TEA y a sus familiares. Disponen de un Centro de Día específico para personas con TEA (el único en la C.V.), con la finalidad que tengan una vida lo más autónoma posible. De igual forma, en el año 2016, crearon la primera vivienda tutelada para personas con TEA, con el fin de cubrir la necesidad de personas con TEA que por su edad y la de sus padres, inicien un proceso de adaptación a una vivienda tutelada.

Entre sus profesionales cuentan con educadores sociales otros profesionales, así como con familiares con personas con autismo. No disponen de trabajadores sociales en su plantilla.

2.3.2.3.7. Centro de Día TEA

Está especializado en la atención de personas con TEA. Su principal objetivo es ayudar y contribuir a mejorar la calidad de vida de personas con TEA. De igual forma, ofrecen servicios para la realización de programas individualizados de atención, desarrollo de la autonomía y de las habilidades comunicativas de las personas con TEA mediante talleres; talleres para el desarrollo de las diferentes áreas con el objetivo que las personas con TEA alcancen una mejora en su calidad de vida; y servicios complementarios como transporte y comedor para facilitar la vida a las personas con TEA y sus familias. Entre su plantilla destacan psicólogos; integradores sociales; terapeutas ocupacionales; profesionales de atención socio sanitaria; voluntarios; y cuidadores.

Parte II: Estudio Empírico

Capítulo 3. Método

3.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El **objetivo general** de esta tesis doctoral es, por una parte, detectar las necesidades formativas de profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos (sanidad, educación, servicios sociales, etc.) que intervienen a lo largo del ciclo vital de una persona con autismo. Y, por otra parte, conocer el papel de los profesionales del Trabajo Social y los recursos (formativos, económicos o servicios) de los que puede disponer para atender las necesidades de las personas con TEA.

Este objetivo general se ha operativizado en los siguientes **objetivos específicos**:

1. Detectar las necesidades curriculares y formativas de profesionales multidisciplinares que trabajan en el ámbito de los TEA.
2. Diseñar y validar un programa formativo basado en competencias curriculares para profesionales que trabajen con personas con TEA.
3. Implementar y valorar la eficacia del programa formativo.
4. Analizar las necesidades formativas y de recursos en el ámbito del TEA de profesionales del Trabajo Social.

A partir de los anteriores objetivos específicos se han elaborados las siguientes **hipótesis**:

1. No existe una formación especializada sobre TEA dirigida a profesionales y no abordan sus necesidades reales a la hora de desempeñar su profesión.
2. Los estudios actuales sobre formación en profesionales del ámbito de los TEA son escasos.
3. El programa formativo diseñado e implementado en el marco de esta investigación mejorará las competencias teórico-prácticas sobre TEA de aquellos profesionales que participen en el curso.
4. Los trabajadores sociales tienen un escaso conocimiento de las características y necesidades de las personas con TEA y de cómo intervenir desde su ámbito

profesional, debido a la escasez de conocimiento y herramientas ofertadas académicamente.

5. Las necesidades formativas de los trabajadores sociales son diferentes a las de otros profesionales con atención directa a personas con TEA.

3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

En este estudio, se ha empleado tanto metodología cuantitativa como cualitativa. Para ello, se utilizaron las siguientes técnicas metodológicas de investigación que se describen a continuación: a) revisión de literatura; b) grupos focales; c) técnica Delphi (panel de expertos); d) diseño y pilotaje de un curso de especialización en TEA; y e) entrevistas semi-estructuradas. En la Figura 6 se presenta qué objetivo de la presente tesis se pretende conseguir con cada una de las técnicas metodológicas mencionadas.

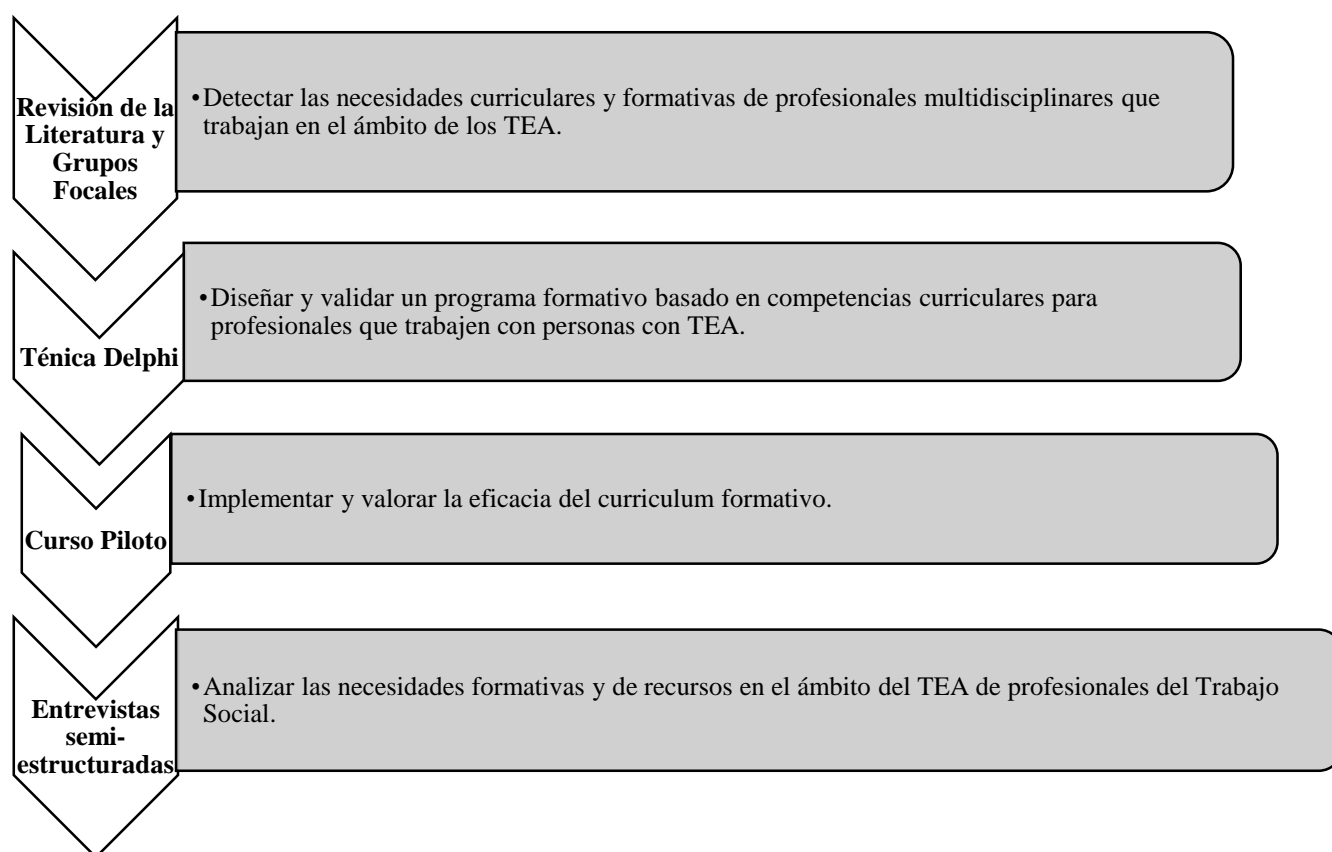


Figura 6. Diseño del estudio, metodologías empleadas y objetivos de investigación

A continuación, se describe cada uno de los métodos de recogida de información mencionados anteriormente.

3.2.1. Revisión de la literatura

En primer lugar, se realizó una revisión sistemática de la literatura (*scoping systematic review*) con el fin de identificar y sintetizar la evidencia publicada procedente de otras investigaciones con respecto a las necesidades de formación de profesionales de diferentes disciplinas en el campo del autismo. La revisión de la literatura se caracteriza por buscar, seleccionar y consultar la bibliografía que pueda ser útil para el estudio. De esta se selecciona la información relevante y necesaria relacionada con el problema de investigación (Gutiérrez y Maz, 2004).

Para llevar a cabo la revisión se siguió el enfoque metodológico planteado por Arksey y O'Malley (2005), en el cual se establecen cinco etapas que se detallan a continuación:

i) Identificación de la pregunta de investigación: Formulación de la pregunta de investigación;

ii) Identificación de estudios relevantes: Mediante la búsqueda en bases de datos y estableciendo criterios de inclusión y exclusión (años de publicación, idioma, etc.);

iii) Selección de estudios: Hacer una criba de los estudios seleccionados con los criterios de inclusión y posterior lectura;

iv) Representación de los datos: Listar las características de cada estudio seleccionado (año, metodología, población diana, etc.) y posible validez del mismo;

v) Recopilación, resumen y reporte de los resultados: Análisis en profundidad de los estudios seleccionados y de la información de los mismos.

3.2.1.1. Pregunta de investigación

En el marco de la revisión de literatura realizada en esta tesis, en primer lugar, se formuló la siguiente pregunta de investigación "¿Qué conocimiento existe en la literatura actual sobre las competencias y habilidades que necesitan los profesionales que trabajan en el campo de los TEA?".

3.2.1.2. Términos de búsqueda y criterios de inclusión/ exclusión

A partir de la pregunta de investigación se establecieron los términos de búsqueda (Tabla 10) mediante la combinación de palabras claves formuladas tanto en lengua española como en inglesa, con la finalidad de abarcar un mayor número de artículos. Las bases de datos consultadas fueron Medline, Pubmed, Scopus y Google Académico (*Google Scholar*).

Tabla 10

Palabras claves o keywords empleados en la búsqueda

	Operadores booleanos empleados
Educación sobre autismo para profesionales (<i>Autism professionals education</i>)	<i>Autism AND professionals education</i>
Necesidades profesionales sobre autismo (<i>Autism professionals needs</i>);	<i>Autism AND professionals needs</i>
Formación en profesionales sobre autismo (<i>Autism professionals development</i>);	<i>Autism AND professionals development</i>
Entrenamiento de profesionales sobre autismo (<i>Autism professionals training</i>);	<i>Autism AND professionals training</i>
Habilidades profesionales sobre autismo (<i>Autism professionals skills</i>);	<i>Autism AND professionals skills</i>
Currículum de los profesionales en autismo (<i>Autism professionals curriculum</i>);	<i>Autism AND professionals curriculum</i>
Requisitos profesionales sobre autismo (<i>Autism professionals requirements</i>);	<i>Autism AND professionals requirements</i>
Competencias de los profesionales sobre autismo (<i>Autism professionals competences</i>)	<i>Autism AND professionals competences</i>

Una vez escogidas las palabras claves, se procedió a establecer los criterios de inclusión y exclusión con el fin de refinar la búsqueda en las bases de datos y con el objetivo de identificar artículos que abordaran contenidos curriculares relevantes para los profesionales que trabajen o pudiesen trabajar con personas con TEA (requisitos curriculares, competencias y habilidades, actitudes, etc.), así como propuestas de metodologías útiles para poder poner en marcha e implementar una formación dirigida a profesionales de diversos sectores del TEA. Los criterios de inclusión establecidos se enumeran a continuación:

1. Sólo se incluyeron artículos científicos (se excluyeron libros e informes).
2. Artículos publicados en inglés o español.
3. Artículos científicos publicados desde 1996 hasta 2016.

3.2.1.3. Identificación de estudios relevantes

La identificación de estudios se realizó mediante búsqueda de palabras clave (Tabla 10) en el título y en los resúmenes de los artículos.

3.2.1.4. Representación de datos

La extracción de datos de cada artículo seleccionado se realizó teniendo en cuenta diversos ítems como el año de publicación, la población diana (profesionales, estudiantes, etc.), la metodología empleada en cada estudio y los resultados y hallazgos empíricos obtenidos en los artículos.

3.2. Grupos focales

El grupo focal, o *focus group* en inglés, es una técnica de recogida de datos mediante una entrevista grupal semi-estructurada en torno a una temática propuesta por el investigador (Escobar y Bonilla-Jimenez, 2009). También se caracteriza por ser un tipo de entrevista grupal destinada a obtener información sobre un tema específico que es facilitada y coordinada por un moderador (o varios) que se encarga de la comunicación entre los participantes y con ellos, así como de la recolección de datos (Kitzinger, 1995; Sim, 1998). A través del grupo focal es posible recopilar tanto datos cualitativos como cuantitativos. En el caso de un enfoque cualitativo, esta técnica ofrece datos que ayudan al investigador a comprender una realidad concreta basada en la perspectiva, experiencia y valores de los participantes (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013). A continuación, se enumeran algunas de las principales ventajas del uso del grupo focal en la investigación (Sim, 1998):

- Es un método más económico que la entrevista individual porque se entrevista a un grupo de personas al mismo tiempo, por lo que se recopila un mayor número de declaraciones (y consecuentemente, más datos).
- Proporciona información dinámica basada en las opiniones y actitudes de los participantes al interactuar con las otras personas del grupo.
- Favorece la espontaneidad en la expresión de las opiniones de los participantes.
- Es un foro seguro y controlado para expresar opiniones.
- Los participantes se pueden sentir apoyados por el sentimiento de cohesión y de pertenencia a un grupo.

Con la utilización de esta técnica, se pretende conocer las necesidades que tienen los profesionales, con el fin de recabar la suficiente información para elaborar un programa de contenido curricular, adecuado para las intervenciones de los diversos profesionales que trabajen o puedan trabajar con personas con TEA.

3.2.2.1. Muestra y criterios de inclusión/exclusión

Con el fin de recopilar datos relevantes y válidos para diseñar el programa de contenido curricular dirigido a profesionales que deseen trabajar en el ámbito de los TEA, se establecieron una serie de criterios de inclusión para seleccionar participantes para los grupos focales:

- 1) Profesionales expertos con un amplio conocimiento sobre el trabajo con personas con TEA.
- 2) Tener al menos 5 años de experiencia / interacción con personas con TEA.
- 3) Pertenecer a diferentes perfiles académicos (psicología, trabajo social, educación, enfermería, etc.).
- 4) Trabajar con personas con TEA pertenecientes a diferentes rangos de edad.
- 5) Pertenecer a diferentes servicios de apoyo (escuelas, centros para adultos, servicios de vivienda, diagnóstico, etc.).

Finalmente, un total de 48 profesionales participaron en 3 grupos focales que se organizaron en Burgos (España), Lisboa (Portugal), Belgrado (Serbia). En Bruselas (Bélgica) se recopiló la información acordada a través de entrevistas individuales respaldadas por un cuestionario basado en los mismos criterios y estructura empleados en los grupos focales. De este modo, se aseguró que los datos recopilados en los 4 contextos europeos entre profesionales multidisciplinares fueran homogéneos. La recogida de datos se realizó, tanto las grupales como las individuales, entre los meses de noviembre y diciembre de 2016.

3.2.2.2. Recogida de datos

En relación a la recogida y recopilación de datos, se desarrolló una guía de preguntas de intervención (Tabla 11), las cuales se desarrollaron junto a otros miembros del equipo de investigación y fueron co-diseñadas por expertos en el ámbito del TEA, con el fin de

facilitar y dirigir la discusión en los grupos focales, obteniendo así información valiosa para la investigación.

Asimismo, todas las sesiones de los grupos focales fueron grabadas en audio, proporcionando al inicio de la sesión un formulario de consentimiento informado a todos los participantes con el fin de obtener su acuerdo para el uso, procesamiento y almacenamiento de datos.

Tabla 11

Preguntas de la guía de intervención

-
- Nivel de satisfacción con la formación en TEA recibida hasta el momento y aspectos de mejora de la misma.
 - Necesidades relacionadas con la formación en TEA en general.
 - Necesidades relacionadas con la formación inicial en TEA para profesionales.
 - Necesidades relacionadas con la actualización formativa de los profesionales en el campo de los TEA.
 - Necesidades relacionadas con la especialización de los profesionales en el campo de los TEA.
 - Expectativas y objetivos prioritarios a alcanzar a través de una formación en TEA.
 - Temas prioritarios en la formación en TEA.
 - Nivel de educación exigido para trabajar con personas con TEA (inicial, actualización o especialización).
 - Herramientas más apropiadas para la formación (por ejemplo, a través de cursos, talleres, conferencias, asesoramiento continuo, etc.)
 - Fuente de la formación (realizada por profesionales externos o internamente dentro de la propia organización).
 - Método de formación más apropiado (formación en el aula, en línea o combinado).
 - Recursos de apoyo apropiados para la formación (manuales de buenas prácticas, sitios web, tutoría y directrices de profesionales para guiar el proceso de aprendizaje, otro tipo de materiales como libros, documentos o videos, etc.).
 - Otras sugerencias y contribuciones al tema.
-

3.2.2.3. Análisis de los datos

Las discusiones grupales o respuestas individuales se transcribieron y analizaron utilizando el método comparativo constante que consiste en la codificación y el análisis simultáneo de datos y el análisis de similitudes y diferencias (Schwartz y Jacobs, 1979; Taylor y Bogdan, 1984). Los datos de todas las transcripciones se analizaron para

identificar patrones y subtemas dentro de cada pregunta predefinida incluida en la guía de intervención mediante un proceso iterativo.

3.2.3. Método Delphi

El método Delphi se define como un proceso de comunicación entre varias personas, expertas en un tema o con una extensa experiencia profesional, mediante la respuesta a sucesivos cuestionarios. A través de estos se pretende alcanzar un consenso en torno a una pregunta o tema sin que exista interacción física entre ellos (Uhl, 1991).

Las características más importantes de la técnica Delphi son el anonimato, la retroalimentación controlada y el consenso estadístico del grupo (Dalkey, 1972). El anonimato se asegura en todo momento ya que los miembros del panel no conocen la identidad del resto de participantes, lo cual les permite expresar su opinión y cambiarla sin miedo a ser criticado por otro miembro, fomentando así la opinión subjetiva de los participantes. Igualmente, la retroalimentación controlada se hace posible gracias al empleo de los cuestionarios y los resultados obtenidos a través de estos se entregan a los participantes, evitando así el ruido semántico y sesgos que puedan distorsionar el avance de la investigación. Por último, el consenso estadístico se consigue porque cada miembro recibe información del grado de acuerdo en que se encuentra con respecto al grupo, pero gracias al anonimato no sabe con respecto a qué otro/s participante/s está en desacuerdo. De este modo, se protegen los sesgos producidos por el pensamiento grupal, dónde la opinión de una persona o minoría ‘líder’ podría dirigir las decisiones de la mayoría.

La implementación del método Delphi comienza delimitando un problema o una pregunta sobre lo que se quiere investigar y conocer una opinión u opiniones de un grupo de expertos sobre la materia. Una vez delimitada la pregunta de investigación, es necesario identificar el perfil de expertos que serán consultados, los cuales se denominan *panel de expertos*, los cuales deben reunir las características necesarias para proporcionar información y opiniones de interés para lograr el propósito del estudio. En cuanto al número de rondas, lo establece el propio investigador, y variará en función de sus necesidades, recursos y tiempo disponible. Comúnmente, se suelen realizar tres rondas, aunque puede variar dependiendo de las necesidades del investigador. En el primer cuestionario que se envía a los expertos suele estar compuesto por preguntas abiertas (esto puede ser obviado si el investigador responsable del estudio ha realizado previamente una

revisión de la literatura dónde asiente las bases de la investigación). A partir de las respuestas recibidas por parte de los expertos de la primera ronda de cuestionarios, el investigador elaborará el cuestionario para la segunda ronda de consulta, que, suele constar de respuestas cerradas con el que poder realizar un tratamiento estadístico (análisis cuantitativo). Una vez analizadas las respuestas, se remitirán a cada participante como parte del tercer cuestionario y en el que se le ofrece información sobre su propia puntuación junto con la puntuación promedio brindada por el grupo con el objeto que, si el participante lo considera apropiado, modifique su respuesta (suele disponer de un espacio para que cada experto pueda justificar los motivos). Normalmente, la remisión de cuestionarios finaliza cuando se obtiene un alto consenso entre los participantes en todos los ítems consultados, o bien cuando se considera que el consenso no aumentará más en posteriores consultas (Fernández-Ballesteros, 1995).

En relación con el número de personas que deben formar el panel, no hay una cifra concreta establecida, pero autores como Ruíz Olabuénaga e Ispizua (1989) señalan entre los diez y los treinta componentes. Asimismo, Landeta (1999) y Fernández-Ballesteros (1995) recomiendan que la cifra no supere los cincuenta, debido a motivos de operatividad. Por lo tanto, el número de miembros seleccionados dependerá de los objetivos y las condiciones en que se lleve a cabo cada estudio, debiendo ser amplio para permitir la diversidad de opiniones, pero manejable para que sea factible el proceso de análisis de la investigación.

3.2.3.1. Panel de expertos

En el marco de esta tesis, a través de la técnica Delphi se pretendía validar y ampliar los resultados obtenidos en revisión de la literatura y en los grupos focales con el fin de diseñar posteriormente un programa formativo de competencias curriculares para profesionales interdisciplinarios que trabajaran en el ámbito del autismo. Para ello, se elaboraron dos rondas de cuestionarios para la recogida de datos y se establecieron diversos criterios de inclusión para identificar y seleccionar al panel de participantes en el estudio Delphi. Se obvió realizar una primera ronda con preguntas abiertas dado que se disponía de resultados de partida obtenidos a través de la revisión de literatura y grupos focales, explicados previamente, de manera similar a la realizada por otros autores (Howell, Bradshaw y Langdon, 2020; Skulmoski, Hartman y Krahn, 2007). Se decidió

que el panel estuviera formado por especialistas, afectados y facilitadores (Anexo 1) con el propósito que las opiniones recopiladas fueran lo más exhaustivas posibles. Así pues, el panel debía estar formado por participantes pertenecientes a diferentes perfiles como los siguientes:

- Personas con TEA;
- Familiares de personas con TEA;
- Profesionales con un mínimo de 5 años experiencia en el campo del TEA;
- Profesionales junior en el campo de la TEA;
- Formadores en el ámbito de los TEA

3.2.3.2. Primera ronda

En base a los resultados de la primera fase de esta investigación (realizada a través de la revisión de literatura y grupos focales explicados anteriormente) se esbozó un contenido curricular preliminar organizado en módulos formativos. Así pues, el objetivo de la primera ronda del estudio Delphi fue conocer las preferencias de los participantes respecto al contenido de estos módulos, la metodología potencial a emplear en implementación de los mismos, así como el peso de cada módulo en el curso. Para ello, se solicitó a los participantes del panel que respondieran a un cuestionario compuesto por tres secciones (Anexo 2).

En la primera sección, se les solicitó que definieran una serie de palabras claves con las que describieran los contenidos de cada módulo que componía los dos cursos curriculares definidos a través de la revisión de literatura y grupos focales. En la segunda sección, se les solicitó que, entre todas las metodologías expuestas para llevar a cabo la formación esbozada escogieran las tres más relevantes (Tabla 12). Finalmente, en la última parte del cuestionario, se les solicitó que valoraran la importancia que consideraban que cada módulo formativo debía tener por medio de puntuaciones basadas en porcentajes. Cada una de las tres partes del cuestionario tenía un apartado dónde los participantes podían incluir comentarios y/o justificar su respuesta, si lo consideraban necesario.

Tabla 12*Metodologías relevantes propuestas en la primera ronda del Delphi*

-
- a) Artículos (artículos científicos) y libros.
 - b) Ejercicios prácticos.
 - c) Seminarios / conferencias y talleres.
 - d) Prácticas con personas con TEA.
 - e) Discusión de casos.
 - f) Formación en el aula.
 - g) Tutoriales en línea.
 - h) Visitas de estudio.
 - i) Manuales de buenas prácticas.
 - j) Acceso a sitios web / plataformas especializados.
 - k) Recursos audiovisuales (como películas).
 - l) Formato mixto (presencial y formación en línea)
-

3.2.3.3. Segunda ronda

Los datos obtenidos en la ronda 1 se analizaron tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, con el fin de identificar las preferencias de los expertos en relación al contenido de los módulos formativos, la metodología potencial para implementarlos y el peso relativo (en términos de tiempo) que debía tener cada módulo durante la planificación del curso. Al igual que en la primera ronda, en el cuestionario de la ronda 2 se mantuvo su división en tres partes (Anexo 3), pero se cambió el sistema de puntuación, estableciendo, en este caso, una escala Likert, donde 1 significaba “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”. En el apartado relativo a los contenidos de los módulos formativos, se requería que los participantes, por una parte, otorgaran una puntuación del 1 al 5, y, por otra parte, debían resaltar los tres contenidos que consideraban más importantes. En la segunda parte del cuestionario, se solicitó a los participantes que puntuaran cada una de las metodologías propuestas empleando la escala Likert anteriormente descrita. Finalmente, en la última sección del cuestionario, los participantes debían indicar su nivel de acuerdo (empleando de nuevo la escala Likert) al peso otorgado a cada módulo en número de horas, con el fin de validar el número de horas idóneo para llevarlos a cabo.

3.2.3.4. Análisis de datos

Como se ha descrito anteriormente, los cuestionarios empleados en las dos rondas del estudio estaban formados por tres partes: a) módulos del curso; b) metodología relevante; y c) peso de los módulos del curso.

En el cuestionario de la primera ronda, en el apartado de **módulos del curso**, se presentaron una serie de tablas con contenidos específicos susceptibles de formar parte del curso formativo y se pidió a los participantes que eligiesen 3 palabras claves para describir las características de cada módulo. Para analizar los contenidos que con mayor frecuencia habían sido elegidos, se procedió a contabilizar las veces que los participantes resaltaron cada palabra clave y se realizó un árbol categórico de cada módulo (tanto del nivel 1 como del nivel 2). Por otra parte, para analizar el apartado de **metodología relevante**, se propuso a los participantes elegir tres de entre las metodologías propuestas (Tabla 12) y priorizarlas, ordenándolas de manera que la primera metodología seleccionada (y categorizada con un 1) sería la valorada como la más idónea para impartir los contenidos sobre los que se preguntaba. Con esta información, posteriormente se calcularon las frecuencias y porcentajes con el fin de conocer qué metodología había sido seleccionada como la más relevante en cada caso. En la última parte del cuestionario, se pretendía conocer el **peso de los módulos del curso**. Para ello, los participantes debían asignar un porcentaje (de 0 a 100%) a los diferentes módulos establecidos dentro del nivel de básico y del nivel avanzado, de manera que la asignación de porcentajes más altos reflejaría la necesidad de dedicar mayor tiempo a dicho contenido dentro del programa formativo. Con el fin de conocer la tendencia central y dispersión de cada módulo, se empleó la media aritmética y la desviación estándar (DS).

En la segunda ronda del Delphi, se cambió el sistema de puntuación. Se empleó una escala Likert con puntuaciones de 1 a 5, siendo 1 “totalmente de acuerdo” y 5 “totalmente en desacuerdo” para las tres secciones del cuestionario. Para ello, se pidió a los participantes que valoraran las propuestas de contenido para cada módulo, las metodologías para su impartición, así como la duración (en horas) de cada módulo propuesto –de acuerdo a los resultados obtenidos de la primera ronda del estudio. Para ello, en el apartado de **módulos del curso**, se calcularon las frecuencias con las que se seleccionaron los contenidos de cada módulo de los niveles de formación (nivel 1 y nivel 2), con el fin de contabilizar los que habían sido seleccionados con mayor frecuencia. Asimismo, se visualizaron los resultados a través de un árbol categórico. Para conocer la **metodología** que los participantes habían escogido como más relevante para cada parte del módulo, se analizó la media aritmética y la desviación estándar. Finalmente, en el apartado del **peso de los módulos del curso**, se pidió a los participantes puntuaran de 1 a 5 las horas

preestablecidas en relación a la duración semanal que debía tener cada módulo. Para analizar la puntuación de los resultados obtenidos, se empleó la media aritmética y la desviación estándar.

3.2.4. Estudio piloto

Con los hallazgos encontrados en la revisión de la literatura y su posterior validación con el panel de expertos internacional y multidisciplinar, el modelo de formación IPA+ se estructuró en dos cursos con diferentes niveles de complejidad y sus correspondientes módulos de aprendizaje y programas de estudio. El primer curso (nivel I) tenía como objetivo ofrecer un enfoque introductorio con conocimientos básicos sobre los TEA, mientras que el objetivo del segundo curso (nivel II) fue capacitar de conocimientos más avanzados entre profesionales con experiencia previa en el ámbito del TEA. Así pues, tras acordar los contenidos y formato de los cursos de formación desarrollados, estos se implementaron en tres áreas geográficas diferentes: Burgos (España), Lisboa (Portugal) y Belgrado (Serbia).

El formato en el que se implementaron los cursos fue a través de metodología combinada o mixta: mediante la organización de varias sesiones presenciales y el soporte de la plataforma *MOODLE* para actividades de aprendizaje online. La experiencia piloto del modelo de formación IPA+ se implementó durante 3 meses aproximadamente, periodo en el cual se evaluaron los cursos en diferentes momentos.

3.2.4.1. Piloto en Burgos (España)

En Burgos (España) el curso piloto se desarrolló en el contexto de la asociación Autismo Burgos, una entidad sin ánimo de lucro fundada en 1984 por familiares de personas con TEA cuya misión es proporcionar a las personas con autismo apoyos específicos a lo largo de sus vidas, haciendo especial hincapié en su plena inclusión, así como generar y divulgar conocimiento sobre el propio trastorno del espectro autista.

Cuatro profesionales de Autismo Burgos y el Instituto Polibienestar estuvieron a cargo de la implementación del curso, el cual se llevó a cabo, principalmente, de manera virtual –a través de la plataforma de e-Learning *MOODLE*, dónde se incluyeron y administraron los módulos y las actividades previamente establecidas. Asimismo, el programa formativo concluyó con una sesión presencial para cada nivel, organizadas el 11/05/2018

para el nivel I y el 10/05/2018 para el nivel II en las instalaciones de la asociación de Autismo Burgos. La muestra de participantes en el estudio se reclutó de entre la red de voluntarios de Autismo Burgos. Asimismo, el curso piloto comenzó el 19/02/2018 para ambos niveles: el curso nivel I terminó el 14/05/2018 y el nivel II el 14/06/2018. Originalmente, ambos cursos estaban programados para finalizar al mismo tiempo, pero se amplió el tiempo de desarrollo y conclusión para los participantes en el nivel II.

3.2.4.2. Piloto en Lisboa (Portugal)

La Federación Portuguesa para el Autismo (Federação Portuguesa de Autismo/ FPDA) es una ONG sin ánimo de lucro fundada en 1971, la cual recoge 12 ONGs en todo el país y en las islas. FPDA estuvo a cargo de la formación piloto en Lisboa (Portugal).

El nivel I comenzó el 19/02/2018 y concluyó el 11/05/2018, mientras que el nivel II comenzó el 26/03/2018 y finalizó el 29/06/2018. Los participantes fueron reclutados entre los profesionales de sus miembros federados y las escuelas que trabajan con la asociación. Por otra parte, el curso se realizó principalmente online a través de la plataforma de e-Learning *MOODLE*, dónde se subieron y administraron los módulos y las actividades. De igual forma, en ambos niveles se organizaron cuatro sesiones presenciales en la Facultad de Arquitectura de Lisboa: una al comienzo de los cursos (19/02/2018 para el nivel I y 26/03/2018 para el nivel II) y otro al final (22/03/2018 para el nivel I y el 24/05/2018 para el nivel II).

El curso fue respaldado por cinco profesionales de la FPDA que estuvieron al cargo de la gestión de la plataforma, la corrección de actividades, la resolución de dudas de los alumnos, la organización de sesiones presenciales, entre otros.

3.2.4.3. Piloto en Belgrado (Serbia)

La Sociedad Serbia de Autismo (SSA) estuvo a cargo de la implementación del curso en Belgrado (Serbia). SSA se fundó en 1977, está formada por 16 asociaciones locales y se caracteriza por ser una organización sin ánimo de lucro, cuyos miembros activos son padres y profesionales voluntarios.

El curso piloto en Belgrado comenzó el 24/02/2018 y terminó el 02/06/2018 para ambos niveles. Los participantes fueron reclutados a través de una convocatoria abierta en la

página de Facebook de la asociación para el nivel básico del curso y entre expertos asociados y organizaciones para el nivel avanzado.

Al igual que los dos pilotos de Burgos y Portugal, el curso se realizó online a través de la plataforma de e-Learning *MOODLE*, dónde se administraron los módulos y las actividades. Asimismo, en ambos niveles se organizaron dos sesiones presenciales en la Facultad de Educación Especial de Belgrado: una al comienzo de los cursos (24/02/2018) y otra al final (02/06/2018). Dichas sesiones, fueron apoyadas por 4 profesionales de SSA a cargo de la gestión de la plataforma, la corrección de actividades, la resolución de dudas de los alumnos, la organización de sesiones presenciales, entre otras.

3.2.4.4. Evaluación formativa del curso piloto

Con el propósito de evaluar la implementación de la formación y contenidos curriculares desarrollados en etapas anteriores a través de los estudios piloto arriba detallados, se diseñó un marco de evaluación integral - tanto longitudinal como transversal. Para ello, en primer lugar, se realizó una revisión de literatura con el fin de identificar los principales métodos de evaluación para programas formativos mixtos (tanto online como presencial).

3.2.4.5. Términos de búsqueda y criterios de inclusión/ exclusión

De acuerdo a los criterios de inclusión que se establecieron, sólo se analizaron artículos (se excluyeron libros e informes) escritos en inglés o en español publicados desde 2002 hasta 2017 y que abordaran métodos de evaluación de formación validados (grupos focales, encuestas o cuestionarios). Una vez establecidos los criterios de inclusión, se procedió a realizar búsquedas en las bases de datos Pubmed y Google *Scholar*, mediante combinaciones de palabras claves (Tabla 13).

Tabla 13

Palabras clave de la revisión de la literatura del marco de evaluación

Curso combinado (*Blended course*)

Aprendizaje mixto (*Blended learning*)

Evaluación combinada (*Blended evaluation*)

Entrenamiento (*Training*)

Evaluación del curso (*Course assessment*)

Evaluación del curso (*Course evaluation*)

3.2.4.6. Modelo Kirkpatrick

Tras la realización de la revisión de la literatura sobre qué herramienta sería la más adecuada para realizar una evaluación formativa mixta, se concluyó que el Modelo Kirkpatrick (1998), era el más idóneo. Dicho modelo destaca por haber sido utilizado en la evaluación de acciones formativas tradicionales y son varios los autores que recomiendan su adaptación y uso en el *e-learning* (Rosenberg, 2001; Mantyla, 2000; Belanger y Jordan, 2000). Una de las principales características del Modelo Kirkpatrick (Figura 7) es que está dividido en cuatro niveles (reacción; aprendizaje; comportamiento; y resultados) los cuales se interrelacionan mutuamente, reflejando así la importancia de cada nivel, y dando como resultado que no pueda existir uno sin el otro. A continuación, se exponen las principales características de estos niveles de evaluación formativa:

- **Nivel 1-Reacción:** Este nivel permite medir la satisfacción de los alumnos con respecto a la formación recibida. Comúnmente, esta evaluación se suele realizar mediante un cuestionario al finalizar el curso dado que permite valorar tanto lo positivo como lo negativo de con el fin de mejorar la calidad formativa en ediciones futuras. El evaluador reúne información sobre las diferentes reacciones de los participantes ante las cualidades básicas del curso: la forma de dar clase o tutoría del profesor y sus métodos, lo apropiado de las instalaciones, el ritmo y claridad de las explicaciones, etc. Una de las limitaciones de este nivel es que no es lo suficientemente fiable como para determinar si la acción formativa realmente ha resultado eficaz.
- **Nivel 2- Aprendizaje:** Trata de medir los conocimientos adquiridos por los alumnos a lo largo del curso. Las evaluaciones de este nivel determinan el grado en que los participantes realmente asimilaron lo que se les impartió, y la forma en que algunos factores pueden influenciar en el aprendizaje; como pueden ser el contenido del curso, las actividades de aprendizaje, la estructura del mismo, los materiales y las herramientas empleadas, entre otros.
- **Nivel 3- Comportamiento:** Este nivel mide si los alumnos que han participado en un curso pueden aplicar los conocimientos adquiridos en su trabajo. Por ejemplo, se valora si los participantes están aplicando en su puesto de trabajo lo

que aprendieron en el aula, cuáles son los elementos que más usan y qué elementos del curso no se han empleado.

- **Nivel 4- Resultados:** Este último nivel evalúa si los objetivos planteados en la acción formativa se realizan de forma efectiva y eficiente. Su principal finalidad es calcular el beneficio que ha producido la acción formativa.

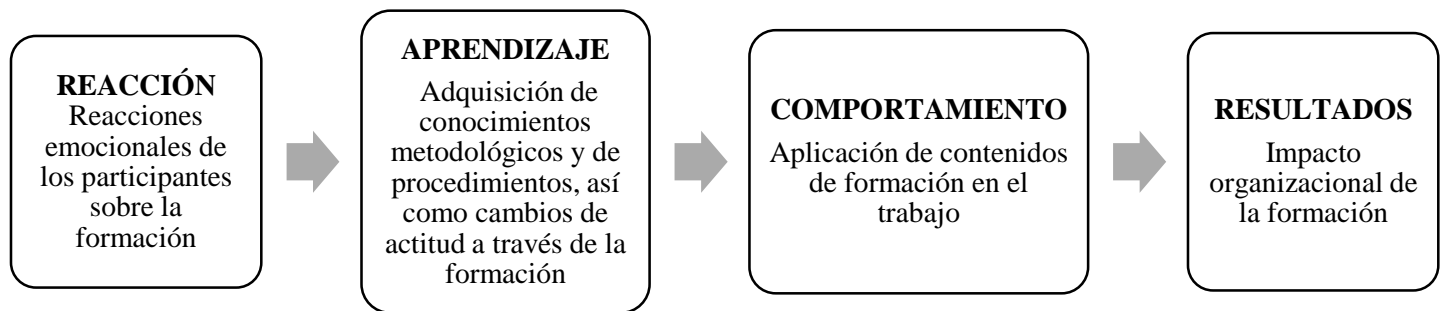


Figura 7. Los cuatro niveles del Modelo Kirkpatrick (2006)

Con el fin de evaluar el curso formativo, varias herramientas y preguntas halladas en la literatura científica se reformularon para ser incluirlas en los posteriores cuestionarios de seguimiento del curso de formación, teniendo como principal meta la medición de la efectividad y el impacto de la formación en diferentes fases de la implementación. Asimismo, con el propósito de obtener una herramienta de evaluación final que fuera informativa y a la vez eficiente en términos de coste y tiempo, los cuestionarios fueron de extensión corta, contando con un máximo de 15 ítems (Juniper y Guyatt, 1991). Todos los cuestionarios incluían tanto preguntas de respuesta cerrada como abierta con el fin de recopilar datos cuantitativos y cualitativos. Asimismo, y con el fin de evaluar las respuestas a los ítems cuantitativos, se eligió emplear una escala Likert de 5 puntos para medir el nivel de acuerdo con cada uno de los ítems mostrados (1 - Muy en desacuerdo; 2 - En desacuerdo; 3 - Ni de acuerdo o en desacuerdo; 4 - De acuerdo; 5 - Muy de acuerdo) (Vagias, 2006).

3.2.4.6.1. Fases de la evaluación

Se tomó como referencia los cuatro niveles del Modelo de Kirkpatrick (2006) para evaluar la implementación de la formación y los contenidos curriculares del curso piloto. Posteriormente, se estableció una propuesta de evaluación del curso piloto, con el objetivo de recopilar información relevante en las cuatro etapas del proceso de formación (Figura 8):

- a) Antes del inicio del curso (evaluación previa a la formación);
- b) Después de la conclusión de cada módulo de aprendizaje (evaluación post-módulos);
- c) Después del cierre del curso (evaluación post-formación); y
- d) Tres meses después de completar el curso (evaluación de seguimiento).

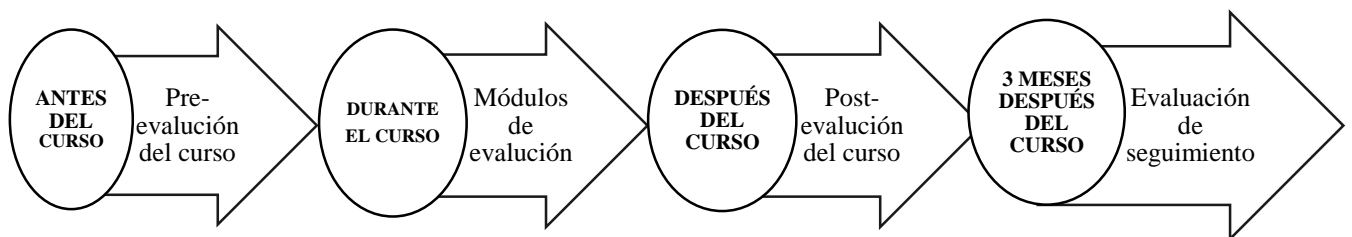


Figura 8. Diagrama de la propuesta de evaluación del curso piloto

3.2.4.6.1.1. Evaluación previa a la formación (Etapa 1)

El objetivo principal de la evaluación previa a la formación era recopilar información sobre las características demográficas de los participantes, sus expectativas y motivaciones para participar en el curso, así como su conocer su experiencia previa con personas con TEA. Para ello, se propuso elaborar un cuestionario mixto con preguntas cerradas y abiertas (Anexo 5). Para desarrollar dicho cuestionario previo a la formación, se tomaron como referencia los siguientes ítems:

1. ¿Cuál fue tú razón principal para elegir este curso de aprendizaje combinado? (Garrison y Vaughan, 2008)
2. ¿Cuáles son tus expectativas de aprendizaje? (Lim y Morris, 2006)

3. ¿Qué esperas obtener de este curso? (Lim y Morris, 2006)
4. ¿Cuándo esperas comenzar este curso? (Remedios y Lieberman 2008)
5. ¿Cómo de interesante esperas que sea este curso? (Remedios y Lieberman 2008)
6. ¿Hasta qué punto esperas que esta formación marque una diferencia en la forma en que haces tu trabajo? (Potter, 2011)
7. Califica la importancia de la formación en TEA para tus planes de carrera futuros (Major, Peacock, Ruben, Thomas y Weitzman, 2013)

3.2.4.6.1.2. Evaluación post-módulos (Etapa 2)

El objetivo principal de la evaluación de cada módulo era conocer la opinión de los participantes sobre el diseño, implementación y el contenido de cada módulo. Se diseñaron varios cuestionarios, compuestos tanto por preguntas cerradas como abiertas, con el fin de recopilar la máxima información posible (Anexo 6). Las preguntas se desarrollaron en función de las metas, los objetivos y el contenido clave de cada módulo, los cuales se administraron al final de cada módulo. Cabe destacar que esta evaluación no pretendía evaluar los contenidos de cada módulo. Los formadores, por su parte, diseñaron cuestionarios de auto-evaluación con el propósito de evaluar el aprendizaje de los alumnos (es decir, la adquisición de conocimientos, habilidades, etc.). Para construir el cuestionario de evaluación del módulo, se tomaron como referencia los ítems que se detallan a continuación:

1. El módulo me pareció interesante (Remedios y Lieberman 2008)
2. Las actividades fueron planeadas cuidadosamente (Chmiel, Shaha y Schneider, 2017).
3. Este módulo fue una experiencia de aprendizaje útil (So y Brush, 2008).
4. Estoy satisfecho/a con el nivel de esfuerzo que requiere este módulo (So y Brush, 2008).
5. Estoy satisfecho/a con la organización general del instructor (Dziuban y Moskal, 2011).
6. Estoy satisfecho/a con la descripción de objetivos y tareas (Dziuban y Moskal, 2011).

7. Estoy satisfecho/a con los textos y materiales de aprendizaje proporcionados (Dziuban y Moskal, 2011).

3.2.4.6.1.3. Evaluación post-formación (Etapa 3)

El objetivo principal de esta etapa fue evaluar las reacciones de los participantes, su satisfacción y utilidad percibida de las actividades de formación una vez finalizada. Para ello se desarrolló un cuestionario mixto incluyendo tanto preguntas cerradas como abiertas (Anexo 7), destinadas a medir los dos primeros niveles del modelo de Kirkpatrick (2006): el nivel de reacción como satisfacción de los alumnos y el nivel de aprendizaje. De igual forma, el nivel de aprendizaje se evaluó más a fondo mediante un conjunto de cuestionarios de auto-evaluación adicionales centrados en la evaluación de los conocimientos específicos adquiridos durante la formación.

Para el diseño del cuestionario de esta tercera etapa se tomaron como referencia los ítems que se detallan a continuación:

1. Recordaré la formación recibida (Grohmann y Kauffeld, 2013).
2. He disfrutado mucho de la formación (Grohmann y Kauffeld, 2013).
3. La formación ha sido beneficiosa para mi trabajo (Grohmann y Kauffeld, 2013).
4. La participación en este tipo de formación ha sido muy útil para mi trabajo (Grohmann y Kauffeld, 2013).
5. Tras participar en la formación sé mucho más sobre el [describir el tema tratado] que antes (Grohmann y Kauffeld, 2013).
6. En general, las actividades de aprendizaje y las tareas de este curso han cumplido mis expectativas de aprendizaje (So y Brush, 2008).
7. En general, el instructor de este curso ha cumplido mis expectativas de aprendizaje (So y Brush, 2008).
8. ¿Qué consejo le darías a otro estudiante que está considerando realizar este curso de aprendizaje combinado? (Garrison y Vaughan, 2008)
9. ¿Cómo calificarías la calidad de la interacción y comunicación con los formadores sobre su trabajo? (Remedios y Lieberman 2008)

10. ¿Cómo calificarías el nivel de apoyo recibido en este curso (por ejemplo, información en el sitio web del curso; ayuda de profesores / tutores, etc.) (Remedios y Lieberman 2008)?

11. ¿Cómo calificarías el programa formativo en general? (Rae, 2004).

3.2.4.6.1.4. Evaluación de seguimiento “A” para personas con experiencia previa con TEA (Etapa 4)

El objetivo de esta etapa fue analizar el valor a largo plazo y los efectos de la formación sobre sus participantes, y determinar si aquellos con experiencia previa en TEA se sentían capaces de aplicar los conocimientos adquiridos en su vida diaria/trabajo. La herramienta propuesta para su evaluación fue un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas (Anexo 8). En esta etapa, el cuestionario abordó los dos últimos niveles del modelo de Kirkpatrick (1998): el comportamiento y los resultados. Los primeros dos niveles del modelo - relacionados con la satisfacción de los participantes y la adquisición de conocimientos - se midieron al final de cada módulo, así como al final del curso de formación, por lo que no se incluyeron en este cuestionario de seguimiento. Sin embargo, los dos últimos niveles del modelo son relevantes para la evaluación de seguimiento, ya que miden los principales objetivos de la formación, a saber, los cambios en el comportamiento laboral que se derivan del programa, la aplicación del contenido de la formación para el trabajo y la posible calidad y cantidad de mejoras laborales adquiridas. Grohmann y Kauffeld (2013) propusieron un conjunto de preguntas que miden los niveles III y IV del modelo de Kirkpatrick, de las cuales se tomaron las siguientes como referencia:

1. En mi trabajo diario, a menudo utilizo el conocimiento que adquirí en la formación.
2. Logro aplicar los contenidos de la formación recibida en mi trabajo diario.
3. Desde que participé en la formación, me siento más contento/a con mi trabajo.
4. El rendimiento en mi trabajo ha mejorado al aplicar el contenido adquirido en la formación.

3.2.4.6.1.5. Evaluación de seguimiento “B” para personas sin experiencia previa con TEA (Etapa 4)

El objetivo de esta evaluación de seguimiento fue observar el valor y los efectos a largo plazo de la formación implementada y determinar si las personas sin experiencia previa en TEA se sentían más motivadas o capacitadas para iniciar una carrera laboral en este ámbito de trabajo. Asimismo, la herramienta propuesta fue un cuestionario tanto con preguntas cerradas como abiertas (Anexo 9), para el cual se empleó el mismo conjunto de preguntas mencionado anteriormente propuesto por Grohmann y Kauffeld (2013) como referencia. Sin embargo, las preguntas que se describen a continuación se adaptaron a los objetivos de esta evaluación:

1. Desde que participé en la formación me siento capaz de trabajar con personas con TEA.
2. Como resultado de la formación, estoy dispuesto/a conseguir un puesto de trabajo en el que pueda utilizar las habilidades y conocimientos adquiridos para trabajar con personas con TEA.

3.2.5. *Entrevistas semi-estructuradas*

En el marco de esta tesis se realizaron entrevistas semi-estructuradas a profesionales del trabajo social con el propósito de encontrar similitudes y diferencias sobre sus necesidades de conocimiento y formación en comparación con los resultados obtenidos al analizar las necesidades de profesionales multidisciplinarios en fases anteriores de esta tesis.

Este tipo de entrevistas se caracterizan tener un guion, el cual se elabora siguiendo los objetivos de la investigación, pero dicho guion no está organizado siguiendo una estructura secuencial, ya que al entrevistador le interesa que la persona entrevistada dé su punto de vista. Es por ello, que la utilización de la entrevista semi-estructurada da lugar a un proceso interactivo, circular e incremental (Gianturco, 2005), manteniendo al entrevistado en un rol activo en la búsqueda de recuerdos y reflexiones (Sautú, 2003, p.49). Igualmente, el proceso de análisis de datos, debe ser sistemático y seguir un orden determinado (Álvarez-Gayou, 2005), sintetizándose en las siguientes fases (Álvarez-Gayou, 2005; Miles y Huberman, 1994; Rubin y Rubin, 1995):

- a) **Obtención de la información.** Esta se puede llevar a cabo con la realización de entrevistas, observaciones o grupos de discusión.
- b) **Capturar, transcribir y ordenar la información.** La recogida de la información se puede realizar a través de diversas herramientas. Por ejemplo, en el caso de entrevistas y grupos de discusión, se llevará a cabo mediante un registro electrónico (grabaciones) y en el caso de las observaciones, se realizará mediante un registro electrónico (grabación en vídeo) o en papel, por el propio investigador. No obstante, toda la información que haya sido obtenida debe ser transcrita en un formato legible.
- c) **Codificación de la información.** La codificación se caracteriza por un proceso por el cual se agrupa la información obtenida mediante categorías, las cuales concentran ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador (Rubin y Rubin, 1995). Gracias al uso de códigos, se pueden asignar etiquetas relativas a información descriptiva o inferencial compilada durante toda la investigación.

- d) **Constituir la información.** A través de la codificación se pueden segmentar las transcripciones en categorías, las cuales se podrán dividir en diferentes temas o conceptos. Este proceso mostrará al investigador qué partes son esenciales para el posterior análisis. Una vez que han sido detectados los conceptos objeto de estudio, el investigador debe establecer relaciones entre sí con el fin de confeccionar una explicación global. Esta fase se divide en dos: por una parte, la información debe ser analizada y comparada dentro de cada categoría; y, por otra parte, compararse entre las diferentes categorías, con el objetivo de encontrar posibles relaciones entre ellas.

Para el análisis de datos cualitativos existen programas de software (ej. Atlas.Ti) que incluyen en su programación herramientas específicas el proceso de codificación, los cuales siguen los mismos principios del proceso analítico tanto si se elabora de forma manual como si se realizan a través de un software informático (Patton, 2002).

3.2.5.1. Población diana y criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se establecieron para identificar y seleccionar potenciales participantes fueron los siguientes:

- 1) Ser trabajador/a social.
- 2) Tener experiencia en servicios sociales.
- 3) Tener experiencia en la intervención con personas con TEA.

3.2.5.2. Procedimiento

La entrevista constó de tres partes y se facilitaron tres documentos diferentes a todos los profesionales que participaron: a) consentimiento informado; b) guion de la entrevista semi-estructurada -parte cualitativa-; y c) cuestionario sobre el curso IPA+ -parte cuantitativa-.

La participación de los profesionales en las entrevistas fue totalmente voluntaria y sin remuneración económica alguna. Los contactos iniciales se establecieron a través de correos electrónicos (Anexo 10) enviados desde el Colegio de Trabajo Social de Valencia al personal colegiado, dónde se detallaron los criterios de inclusión y se facilitó un correo electrónico de comunicación con la investigadora para la participación en las entrevistas (n=9).

Al inicio de cada entrevista se entregó un consentimiento informado a cada profesional (Anexo 11). Una vez leído y firmado, se presentó el proyecto IPA+ empleando el guion de la entrevista semi-estructurada que constaba de preguntas relativas al perfil profesional del entrevistado y sobre los contenidos del curso IPA+ (Anexo 12).

Una vez finalizada la primera parte y empleando un cuestionario sobre el curso IPA+ (Anexo 4), se expusieron los contenidos curriculares de los dos niveles del programa formativo: el nivel básico o nivel I y el nivel avanzado o nivel II, con el objetivo que cada profesional puntuara con valores del 1 al 7 a través de una escala Likert (siendo 1- *nada importante* y 7-*muy importante*) la importancia que tenía cada módulo para profesionales del trabajo social y comparar así las diferencias y similitudes formativas (y de conocimiento) respecto a otros perfiles profesionales.

Toda la información recopilada se obtuvo de forma oral a través de grabaciones, con permiso y autorización previa de los entrevistados. Asimismo, los documentos entregados estuvieron disponibles para su cumplimentación exclusivamente en formato físico. Debido a la disponibilidad de horarios y preferencia de lugares de cada entrevistado, el lugar de realización de las entrevistas fue diferente en cada sesión. En todo momento se respetó la decisión del lugar de realización solicitado por los profesionales para facilitar y evitar cualquier tipo de molestia innecesaria. Entre los espacios de realización de las entrevistas destacan: despachos propios de los participantes (pertenecientes a las entidades de trabajo); domicilios; asociaciones; así como despachos cedidos cortésmente por parte del Colegio de Trabajo Social de Valencia. En relación a la duración de las entrevistas realizadas, la más corta fue de 35 minutos y las más larga de 50 minutos.

3.2.5.3. Análisis de datos

Las entrevistas semi-estructuradas fueron analizadas a través de metodología cuantitativa y cualitativa. En relación al apartado cuantitativo, se analizaron las frecuencias, los porcentajes y el valor de la moda de los ítems que formaban los módulos pertenecientes al nivel I y al nivel II. Cabe resaltar, que, en determinados ítems, el análisis de la moda presentó la misma frecuencia en las diversas opciones de respuesta, se eligió seleccionar el valor más pequeño. El programa de análisis empleado fue el SPSS versión 10.2 (Stallman, 1985).

Por otra parte, para el análisis de la parte cualitativa, se transcribió el contenido de las mismas empleando el programa Atlas.Ti versión 8 (Strauss, 1997). Con el fin estructurar los datos y categorizar la información brindada por los profesionales de cada parte del curso, se elaboraron un total de 16 categorías de análisis (Tabla 14).

Tabla 14

Categorías análisis cualitativas de los resultados de los trabajadores sociales

1	Familiar con TEA
2	Área Laboral Perteneciente
3	Frecuencia de Usuarios con TEA en Servicios Sociales
4	Necesidad de Recursos y Ayuda de los Trabajadores Sociales
5	Formación Específica Durante los Estudios Universitarios
6	Competencias o Habilidades que necesita un Trabajador Social
7	Métodos/ Intervenciones del Trabajo Social
8	Materiales o Apoyos para Trabajar con TEA
9	Oferta sobre Formación Especializada
10	Características o Contenidos de la Formación Especializada
11	Utilidad o Necesidad del Curso para Trabajadores Sociales
12	Horas para la Impartición del Curso
13	Medio o Formato del Curso
14	Implicación de la Institución o Entidad
15	Satisfacción con el Conocimiento Existente y con el Trabajo Realizado
16	Divulgación de Formación en TEA del Colegio de Trabadores Sociales de Valencia

Capítulo 4. Resultados

4.1. REVISIÓN DE LITERATURA

La revisión de literatura realizada reveló un total de 7.370 artículos (Figura 9). En un primer análisis, y aplicando los criterios de inclusión, se procedió a excluir un total de 49 artículos: a) estaban por duplicado (n =27); b) por no estar publicados en lengua inglesa ni española (n =2); y c) por no ser artículos científicos (n =20). Este primer filtro, dio como resultado un total de 7.321 artículos potenciales para la investigación. Seguidamente, se procedió a llevar a cabo un segundo filtro, en el cual se revisaron los títulos y los resúmenes, lo cual excluyó un total de 7.130 artículos, considerados como no relevantes en el estudio de esta revisión. Posteriormente, un total de 191 artículos fueron analizados con el fin de determinar si estos abordaban necesidades de formación de profesionales que trabajan con TEAS. Para ello, se valoró si los hallazgos y conclusiones recogidos en dichos artículos informaban acerca de políticas, programas e investigaciones sobre TEA. En esta etapa, se excluyeron un total de 156 artículos, ya que no abordaban los criterios anteriormente citados. 35 artículos fueron examinados con más detenimiento, lo cual dio lugar a la exclusión de 6 artículos más, pues abordaban superficialmente las necesidades de formación en los apartados de introducción o discusión y no aportaron hallazgos empíricos alguno. Finalmente, la revisión incluyó un total de 29 artículos, los cuales sí contenían estudios con hallazgos científicos y empíricos relevantes para responder a la pregunta de investigación inicialmente planteada.

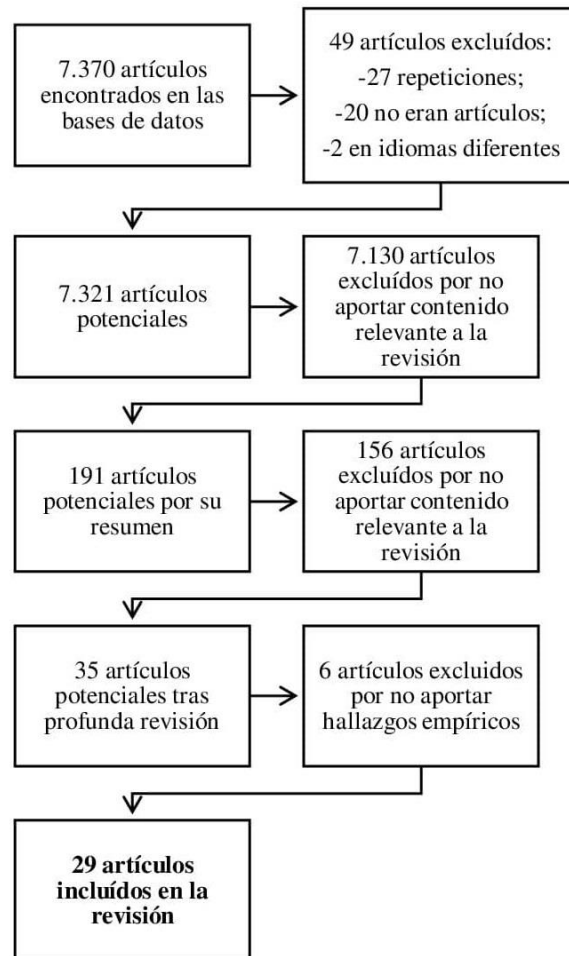


Figura 9. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

En la Tabla 15 se recoge la información relevante de los 29 artículos seleccionados en la revisión de la literatura, en relación al año de publicación y a la metodología empleada, así como sus resultados más relevantes. Los estudios seleccionados se publicaron entre los años 2009 y 2016, pero la mayoría fueron publicados en 2013, 2014 y 2015 (20% cada año). Sólo 1 artículo se publicó en español. Un dato relevante es que más de la mitad de los estudios se realizaron en los Estados Unidos (51,72%), 3 en el Reino Unido (10,34%) y 2 en Canadá (6,90%). Los estudios restantes se realizaron en 9 países diferentes: Brasil, China, Grecia, Hawái, Irlanda, Israel, España, Suecia y Turquía. En relación con metodología, 11 de los estudios fueron cuantitativos (37,94%), 10 cualitativos (34,48%), 7 artículos emplearon métodos mixtos como grupos focales (*focus group*), cuestionarios (24,14%) y tan sólo 1 estudio se basaba en una revisión de literatura.

Tabla 15

Características de la Muestra de los Estudios Incluidos en la Revisión de la Literatura

Autor(es)	Año	Contenidos formativos y metodología empleada
Alonso y Cuesta	2014	<p><u>Contenido</u> Características cognitivas, socioemocionales, comunicativas y de comportamiento de las personas con TEA. Habilidades, capacidades y estrategias consistentes con la praxis compatible con la idiosincrasia de los TEA. Actitudes y valores basados en el respeto, la tolerancia y la equidad hacia las personas con TEA.</p>
Bordini, Lowenthal, Gadelha, Araujo-Filho, Mari y Paula	2015	<p><u>Contenido</u> Necesidad de implementar programas de formación para mejorar la habilidad de los profesionales de atención primaria para reconocer una persona con TEA.</p>
Brock, Huber, Carter, Juárez y Warren	2014	<p><u>Contenido</u> Autogestión; Formación a través del ordenador y con grupos para desarrollar habilidades sociales.</p> <p><u>Metodología</u> Los talleres son más beneficiosos y atractivos para el desarrollo profesional que el <i>coaching</i>.</p>
Carrington, Uljarević, Roberts, White, Morgan, Wimpory y Leekam	2016	<p><u>Metodología</u> Mejorar la participación y la comunicación. Implementación de contenidos basados en la práctica. Mejorar el intercambio y la transferencia de conocimiento, así como acceso a publicaciones originales de investigación. Facilitar oportunidades para establecer contacto informal con otros profesionales, así como desarrollar propuestas para la inclusión de profesionales durante todo el proceso de investigación.</p>
Clark, Browne, Boardman, Hewitt y Light	2014	<p><u>Contenido</u> Interacción social. Comunicación. Problemas de procesamiento sensorial. Comportamientos repetitivos. Aspectos cognitivos. Desarrollar diferentes tipos de asistencia técnica para atender a personas con Autismo.</p>
Corkum, Bryson, Smith, Giffin, Hume y Power	2014	<p><u>Contenido</u> Necesidad de formación y experiencia previa. Necesidad de enseñanza sobre métodos y formación para los en materia de autismo.</p>

Ergül, Baydik y Demir	2013	<p>Necesidad de formación previa para que los profesionales tengan habilidades para poder desarrollar programas individualizados. Además de recibir formación en habilidades sociales, actividades de la vida diaria o apoyo conductual.</p> <p><u>Contenido</u> Habla-lenguaje. Comunicación. Saber manejar un aula. Instrucción de habilidades académicas. Ambiente de aprendizaje positivo. Colaboración con familias y otros perfiles profesionales.</p>
Granpeesheh, Tarbox, Dixon, Peters, Thompson y Kenzer	2010	<p><u>Contenido</u> Introducción al autismo. Introducción a ABA. Introducción a la formación de prueba discreta. Antecedentes, respuestas y consecuencias. Importancia del intervalo Intertrial. Inducción y desvanecimiento, modelado, encadenamiento. Entrenamiento de discriminación. Definición y funciones de comportamiento, intervenciones basadas en antecedentes e intervenciones basadas en consecuencias. Estrategias basadas en evidencia científica.</p>
Hall	2015	<p><u>Metodología</u> Enfoques de formación tradicionales como conferencias, discusiones grupales y <i>role-playing</i>. eLearning con diapositivas animadas y audio.</p> <p><u>Contenido</u> Conocimiento sobre práctica basada en la evidencia (PBE) en cursos enfocados en adaptar la comunicación y desarrollar habilidades sociales y de juego.</p> <p><u>Metodología</u> Información didáctica y formación en competencias con retroalimentación de desempeño por parte de un formador en el entorno educativo.</p>
Hamad, Serna, Morrison y Fleming	2010	<p><u>Metodología</u> El currículo de entrenamiento online para la formación de profesionales.</p>

Hendricks	2011	<p>Materiales instructivos a través de un paquete con conferencias (con descripciones de información relevante) y videos cortos para ilustrar la práctica real.</p> <p><u>Contenido</u> Cómo identificar las diferencias entre los estudiantes con autismo y su impacto en el aprendizaje. Investigación y teoría sobre las mejores prácticas para abordar las necesidades académicas sociales, de comunicación, comportamiento, sensoriales y motoras. Cómo proporcionar una instrucción individual efectiva a medida que el estudiante crece, madura y se desarrolla. Cómo satisfacer las necesidades de los estudiantes con TEA. Cómo preparar adecuadamente a los estudiantes para la edad adulta, incluyendo las habilidades relacionadas con el funcionamiento social y la autorregulación emocional.</p> <p><u>Metodología</u> Supervisión, retroalimentación y consulta.</p>
Kelly y Barnes-Holmes	2013	<p><u>Contenido</u> Cómo lidiar con el agotamiento y los síntomas que lo fomentan, como la depresión, el estrés y la despersonalización.</p>
Martin, Drasgow y Halle	2015	<p><u>Metodología</u> Paquete de formación con una sesión inicial de 20 minutos para proporcionar instrucciones escritas y verbales, modelado y ensayo con comentarios. Tarjetas de autocontrol y comentarios sobre el rendimiento para guiar las interacciones de los docentes (<i>coaching</i>). Paquetes de desarrollo profesional formados por: instrucciones escritas o verbales, modelado, <i>role-playing</i>, monitoreo, formación, y retroalimentación en el desempeño del trabajo.</p>
McCulloch y Noonan	2013	<p><u>Metodología</u> Videos documentales con demostraciones en el aula con una verificación de competencia después de cada video. Estudio producido con audio (voz en off). Soporte gráfico y de texto. Lista de verificación de autogestión de los principales procedimientos de formación.</p>
Nosik, Williams, Garrido y Lee	2013	<p><u>Metodología</u> Paquete de formación online que incluye una combinación de instrucciones, modelado y retroalimentación.</p>
Odom, Cox y Brock	2013	<p><u>Contenido</u> Combinación del conocimiento sobre prácticas de intervención efectivas disponibles en la literatura científica. Apoyo sobre cómo adoptar y utilizar la innovación en entornos de trabajo reales. Prácticas basadas en evidencia científica.</p>

		<u>Metodología</u>
		Formación directa para profesionales. <i>Coaching</i> continuo y asistencia técnica para apoyar el uso de prácticas basadas en evidencia.
Rakap, Jones y Emery	2015	<u>Contenido</u> Prácticas basadas en evidencia.
		<u>Metodología</u> Programas de desarrollo profesional basados en la evidencia científica.
Ravet	2012	<u>Contenido</u> Factores facilitadores e inhibidores que pueden afectar el proceso de formación .
Rispoli, Neely, Lang y Ganz	2011	<u>Metodología</u> Protocolos de formación con explicaciones escritas y verbales, modelado, demostraciones en vídeo, <i>role-playing</i> y comentarios.
Roll-Pettersson y Ala'I-Rosales	2009	<u>Contenido</u> Técnicas de intervención: enseñanza de arreglos instructivos, modelado, orientación y técnicas de refuerzo. Técnicas relacionadas con la resolución de problemas.
		<u>Metodología</u> Prueba grupal en clase sobre lecturas seleccionadas. Discusiones en clase. Conferencias. Presentaciones grupales sobre proyectos guiados. Presentaciones de proyectos o conferencias de telecomunicaciones (instructor a distancia o conferencias en CD de un segundo autor o académicos visitantes). Tanto las tecnologías de aprendizaje combinado (web, telecomunicaciones en <i>streaming</i>) como los ejercicios de diseño guiado (resolución de problemas) para promover el modelo científico profesional.
Suhrheinrich	2015	<u>Metodología</u> Apoyo continuo al profesional a través de las observaciones en el aula o proporcionando comentarios por teléfono o correo electrónico. Retroalimentación verbal o entrenamiento.
Todd, Beamer y Goodreau	2014	<u>Contenido</u> Características, causas y definiciones de TEA. Procedimientos de evaluación y evaluación funcional del comportamiento. Intervención conductual y apoyo conductual positivo.

		Tipos específicos de intervenciones (entrenamiento de ensayos discretos, entrenamiento de respuesta fundamental, etc.). Participación familiar en la educación de niños con TEA. Comunicación con las familias y comprensión de sus necesidades y estrés. Mecanismos de afrontamiento para los profesionales.
		<u>Metodología</u> Trabajo en cursos y talleres.
Vlachou, Stavroussi y Didaskalou	2016	<u>Contenido</u> Necesidades sociales de los alumnos.
Wainer y Ingersoll	2013	<u>Metodología</u> Programa de formación basado en internet. Programa de formación basado en DVD auto dirigido. 13 horas adicionales de instrucción didáctica y 4 h de supervisión del equipo.
Warfield, Crossman, Delahaye, Der Weerd y Kuhlthau	2015	<u>Contenido</u> Cómo aumentar la conciencia de las necesidades y recompensas del cuidado de adultos con TEA. Necesidad de proporcionar educación a las personas al inicio de sus carreras, ya sea en la escuela de medicina o en la residencia.
Weinkauf, Zeug, Anderson y Ala'i-Rosales	2011	<u>Contenido</u> Cómo proporcionar instrucciones, comentarios, modelos y ensayos. Implementación sobre entrenamiento en comunicación funcional, programas de aprendizaje y dominio habilidades específicas. Importancia de consideraciones éticas y profesionales, incluida la confidencialidad y la búsqueda de consultas cuando sea necesario.
		<u>Metodología</u> Entrenamiento multicomponente / multifacético. Combinación de enseñanza de ensayo naturalista, basada en actividades y en ensayo discreto. Curso de 3 meses con cada alumno en diferentes momentos.
Werner	2011	<u>Contenido</u> Características personales individuales del trabajador, que incluyan inteligencia emocional, paciencia, resistencia, buen corazón, cariño, amor por los demás y un verdadero deseo e interés por trabajar en este campo.
Yanqing	2006	<u>Contenido</u> Formación teórica; el manual de formación de directrices para la formación de los padres en el hogar es un marco de referencia.

Conductismo.
Evaluaciones y estrategias de intervención.
Modificación del comportamiento.
Ciencia del aprendizaje.
Tácticas de investigación científica y diseños de investigación de casos únicos.

Metodología

Autoaprendizaje combinado con discusiones en clase. Los materiales de aprendizaje son los libros de texto o materiales de estudio.

Instrucciones sobre habilidades en la formación y procesos de modelos de enseñanza.

Registros grabados en vídeo para ilustrar los modelos de comportamiento correcto e incorrecto en el proceso de formación.

Actividades posteriores a la formación para el autoaprendizaje en el hogar.

Zerbo, Massolo, Qian y Croen

2015

Contenido

Estrategias de comunicación efectiva con personas con TEA.

Cómo establecer una buena relación.

4.1.1. Antecedentes y campo de trabajo de los profesionales

La mayoría de los artículos analizados abordan el trabajo de profesionales en el campo de la educación (68,97%), como maestros o educadores especiales. Cinco estudios (17,24%) se centraban en profesionales del sector de la salud y la atención primaria (médicos o enfermeras). En cambio, otros 4 estudios se centraron en otros perfiles profesionales, como personal clínico y administrativo en el campo de las discapacidades de aprendizaje (Clark, Browne, Boardman, Hewitt y Light, 2014) estudiantes del ámbito de la educación, la salud y voluntariado (Ravet, 2012), profesionales del campo del autismo (Hamad, Serna, Morrison y Fleming, 2010; McCulloch y Noonan, 2013; Rispoli, Neely, Lang y Ganz, 2011) y profesionales del trabajo social, educación, enfermería o logopedia (Werner, 2011) y otros profesionales pertenecientes al campo de la investigación—doctores (PhD); estudiantes de doctorado; estudiantes de postgrado; asistentes de investigación, asociados, etc.- (Carrington et al., 2016). Asimismo, 3 estudios resaltaron la importancia de las familias de las personas con TEA. El primer estudio (Hamad et al., 2010) analizó el uso de un medio de aprendizaje a distancia para formar a profesionales y familiares en habilidades relacionadas con algunos conceptos clave dentro de la intervención conductual. El segundo estudio (Yanqing, 2006) describió sesiones de formación dirigidas a padres de niños con TEA con el fin de adquirir habilidades a largo plazo a través del análisis de conducta y métodos de modificación conductual, sin olvidar la importancia de la formación profesional complementaria. El último estudio (Wainer y Ingersoll, 2013) evaluó la eficacia inicial de un programa auto dirigido de aprendizaje a distancia a través de Internet para enseñar técnicas de intervención basadas en evidencia científica para niños con TEA. Cabe resaltar que la mayoría de los estudios no especificaron la experiencia previa de los profesionales involucrados en términos de años. No obstante, cuatro estudios sí resaltaron un perfil “junior” de profesionales: estudiantes de educación, salud y voluntariado (Ravet, 2012), terapeutas en formación (Wainer y Ingersoll, 2013), estudiantes de educación y de análisis de comportamiento (Weinkauff, Zeug, Anderson y Ala’i-Rosales, 2011) y estudiantes de diferentes áreas procedentes de, por ejemplo, departamentos de trabajo social y enfermería (Werner, 2011). Finalmente, cabe destacar que la mayoría de los estudios se contextualizaron en el ámbito de la educación, por lo que no es de extrañar que sólo dos estudios incluyan profesionales que trabajaran con adultos con TEA: personal de atención

directa de un programa diurno (Nosik, Williams, Garrido y Lee, 2013) y diversos perfiles profesionales del ámbito de la salud -médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras (Zerbo, Massolo, Qian y Croen, 2015).

4.1.1.1. Evidencia empírica sobre las brechas y necesidades de formación

Autores como Corkum et al. (2014) resaltaron que la formación percibida entre los profesionales que trabajan con personas con TEA, específicamente niños, guardaba relación con su nivel de conocimiento y no con sus años de experiencia docente. Sin embargo, varios estudios destacaron la gran falta de conocimiento existente entre los profesionales de diferentes áreas en el campo de las personas con TEA, como son la educación, la atención médica o la investigación (Warfield, Crossman, Delahaye, Der Weerd, y Kuhlthau, 2015; Zerbo et al., 2015), así como la necesidad de crear conocimiento y habilidades entre los diferentes profesionales que trabajan en el campo de los TEA: profesionales de educación especial, personal de salud incluyendo servicios de salud primarios y secundarios (Clark et al., 2014; Ergül, Baydik y Demir, 2013). De igual forma, también se hace visible la falta de educación formal o formación proporcionada entre los estudiantes durante sus estudios de universitarios, como enfermería, medicina, trabajo social o educación especial (Vlachou, Stavroussi y Didaskalou, 2016; Warfield et al., 2015; Werner, 2011). Por otra parte, autores como Hall (2015) ponen especial énfasis en la falta de educadores especiales con la suficiente preparación para enseñar a estudiantes con diversas discapacidades y estudiantes con TEA. Uno de los estudios (Ravet, 2012) mostró que los maestros que asisten a programas de formación especializados pueden no disponer de tiempo suficiente para practicar en la vida real los conocimientos adquiridos. Como resultado de la preparación insuficiente de profesionales, autores como Odom, Cox y Brock (2013) ponen de manifiesto la necesidad de servicios de educación especial de alta calidad diseñados para niños y jóvenes con TEA.

Los hallazgos encontrados en la literatura científica sugieren que los enfoques predominantes para la formación y el desarrollo profesional podrían ser insuficientes para preparar a los profesionales para implementar prácticas basadas en evidencia para estudiantes con TEA (Brock, Huber, Carter, Juárez, y Warren, 2014; Rakap, Jones y Emery, 2015; Wainer y Ingersoll, 2013). Autores como Brock et al. (2014) destacaron

que la mayoría de los educadores resaltaron no haber recibido instrucciones sobre prácticas basadas en evidencia para trabajar con estudiantes con TEA durante su formación. Siguiendo esta línea, muchos profesionales describieron la falta de colaboración y cooperación con investigadores (Carrington et al., 2016).

Poniendo especial énfasis en las habilidades y competencias emocionales de los profesionales, autores como Corkum et al. (2014) destacaron que los profesionales que trabajan con estudiantes con TEA en el campo de la educación mostraban tasas más altas de agotamiento, especialmente en el caso del agotamiento emocional. En este sentido, sería necesario incluir contenido relacionado con el tratamiento del agotamiento y la depresión, el estrés y los síntomas de despersonalización dentro de los programas de formación dirigidos a profesionales en el campo del TEA (Kelly y Barnes-Holmes, 2013).

Por otra parte, Bordini et al. (2015) consideraron en su estudio que la implementación de programas de formación para mejorar la capacidad de los profesionales sanitarios de atención primaria para reconocer el TEA es uno de los pasos más importantes para ampliar la atención psiquiátrica a la población brasileña. En esta línea, Zerbo et al. (2015) concluyeron que los profesionales de atención médica para adultos, a pesar de reconocer las características del autismo, no tenían suficientes habilidades y herramientas para brindar atención médica adecuada a los pacientes con TEA y precisaban formación adicional. Además, cabe resaltar que tres estudios mostraron la necesidad de crear planes específicos e individualizados para satisfacer las diversas necesidades de las personas con TEA (Corkum et al., 2014; Alonso y Cuesta, 2014; Hamad et al., 2010).

Por otro lado, dos estudios analizaron la importancia del papel de las familias de las personas con TEA y el valor de la comunicación y cooperación con ellos (Ergül et al., 2013; Alonso y Cuesta, 2014). En esta línea, autores como Todd, Beamer y Goodreau (2014) defendieron que los programas de preparación docente y de directores escolares deben contener talleres para ayudarlos a desarrollar habilidades y estrategias para comunicarse con los padres e involucrarlos en la educación de sus hijos. En relación con la colaboración y comunicación con otros profesionales, Corkum et al. (2014) señalaron que las fuentes informales, como la información a través de colegas, padres de niños con TEA y los medios de comunicación populares, se consideraban la principal fuente de información sobre TEA. En este sentido, la comunicación entre profesionales también es

vital, así como la colaboración de equipos multidisciplinares con diferente formación involucrados en la intervención de personas con TEA, como educadores, trabajadores sociales o psicólogos (Alonso y Cuesta, 2014). Finalmente, Carrington et al. (2016) pusieron especial énfasis en la necesidad de construir nueva evidencia de investigación basada en la colaboración entre profesionales del campo de la investigación y no investigadores.

4.1.1.1.1. Metodologías de formación

Después de analizar los estudios incluidos en la revisión de la literatura, se hallaron tres tipos de formatos principales para desarrollar y proporcionar formación sobre TEA entre profesionales: (a) cara a cara; (b) en línea; y (c) mixto.

a) Formato cara a cara

El formato cara a cara fue el más utilizado en nuestra muestra de estudios analizados. Un total de 12 de los 29 estudios (30,7%) destacaron las siguientes metodologías presenciales: sesiones con conferencias (Bordini et al., 2015; Granpeesheh et al., 2010); análisis de casos (Bordini et al., 2015; Corkum et al., 2014; Granpeesheh et al., 2010); talleres (Brock et al., 2014; Corkum et al., 2014); clases magistrales (Carrington et al., 2016); contacto directo con actividades reales (Carrington et al., 2016); orientación y tutoría (Corkum et al., 2014); debates grupales y *role-playing* (Granpeesheh et al., 2010); cursos donde los profesionales leen y analizan literatura proveniente de la investigación y practican habilidades con un formador (Hall, 2015); talleres de formación docente- con instrucción didáctica, modelado en vídeo con ejemplos correctos e incorrectos, instrucción didáctica y debate, observación, retroalimentación del formador (Suhrheinrich, 2015); cursos, talleres y contacto con familias de personas con TEA (Todd, et al., 2014); cursos cortos de formación (Vlachou, et al., 2016); paquetes de formación del personal con evaluación y aprendizaje combinado con un contacto directo y participación con niños con TEA (Weinkauf, et al., 2011); práctica de campo y estudios de caso (Werner, 2011); estrategias efectivas de comunicación y preparación previa del personal sanitario a la visita con los pacientes con TEA (Zerbo, et al., 2015).

b) Formato en línea

Un total de cinco estudios (17,2%) resaltaron el uso de metodologías en línea como las conferencias cortas virtuales; ejercicios prácticos; demostraciones en video de procedimientos; preguntas objeto de estudio y cuestionarios cortos en línea (Hamad et al., 2010); videos de formación en línea (McCulloch y Noonan, 2013); cursos online (Rakap et al., 2015); programas de aprendizaje a distancia auto dirigidos a través de Internet (Weiner et al., 2013); e intercambio a través de herramientas web (Warfield et al., 2015).

c) Formato mixto

Un total de seis estudios (20,7%) destacaron la importancia de adoptar metodologías que combinaran metodologías presenciales y formatos online: paquete de formación para el desarrollo profesional que incluyera instrucciones (escritas como verbales), modelado, *role-playing*, monitorización, formación, y retroalimentación en el desempeño del trabajo (Martin, Drasgow y Halle, 2015); paquetes de formación online a través de instrucciones (*power point*), modelado a través de videos (Nosik et al., 2013); cursos en línea junto a talleres intensivos; explicaciones escritas y verbales, modelado, demostraciones en video y *role-playing* (Rispoli et al., 2011); discusiones grupales en clase sobre lecturas, conferencias presenciales y online (Roll-Patterson y Ala'I-Rosales, 2009); y autoaprendizaje combinado con debates en clase (Yanqing, 2006).

4.2. GRUPOS FOCALES

En esta fase se pretendió detectar las necesidades curriculares y formativas de profesionales de diferentes áreas de conocimiento que trabajan con personas con TEA. Para ello, se realizaron grupos focales y entrevistas individuales (sólo en el caso de Bélgica) con un total de 48 profesionales pertenecientes a cuatro asociaciones que trabajan en el ámbito de los TEA: Autismo Burgos (España), Autism Europe (Bélgica), Federação Portuguesa de Autismo (Portugal) y Autizam Srbija (Serbia). En la Tabla 16 se detallan las principales características de la muestra con respecto al sexo, perfil profesional, área de trabajo y años de experiencia.

Tabla 16
Características de los profesionales entrevistados

	España (n=9)	Bélgica (n=18)	Portugal (n=10)	Serbia (n=11)	Total
Sexo, n (%)^{*1}					
Mujer	5 (55,56%)	11 (61,11) ^{*2}	6 (60%)	7 (63,64%)	29 (60,42%)
Hombre	4 (44,44%)	6 (33,33) ^{*2}	4 (40%)	4 (36,36%)	18 (37,5%)
Perfil profesional, n ^{*3}					
Psicólogo/a	1	6	4	2	13
Educador/a	0	9	1	0	10
Trabajador/a Social	0	4	2	1	7
Educador de necesidades especiales	1	0	0	4	5
Doctor/a	1	0	2	1	4
Enfermero/a	0	0	1	1	2
Logopeda	1	1	0	0	2
Padres	1	0	0	1	2
Pedagogo/a	2	0	0	0	2
Personal de centro de día	1	1	0	0	2
Técnico/a en educación especial	1	0	0	1	2
Trabajador/a comunitario	2	0	0	0	2
Experto/a en psicomotricidad	0	0	1	0	1
Gerente	1	0	0	0	1
Gerente técnico	1	0	0	0	1
Orientador/a escolar	1	0	0	0	1
Personal de vivienda tutelada	1	0	0	0	1
Profesor/a de Universidad	1	0	0	0	1
Técnico/a en ABA	0	1	0	0	1
Técnico/a de empleo	1	0	0	0	1
Técnico/a en TICs	1	0	0	0	1
Psiquiatra	0	0	0	1	1
Área de trabajo, n ^{*3}					
Adultos	6	14	7	5	32
Niños	4	9	8	6	27
Adolescencia	4	8	7	6	25
Personas con altas necesidades	0	14	0	0	14
Personas con necesidades medias	0	8	0	0	8
Senectud	1	1	5	0	7
Discapacidad intelectual	5	0	0	0	5
Padres	1	0	0	1	2
Profesionales	2	0	0	0	2
Años de experiencia \bar{X} (SD)	20 (9,42)	43,05 (12,12)	21,11 (11,29)	15,91 (9,25)	28,40 (16,07)

Nota

*1 1 valor perdido (2.08%)

*2 1 valor perdido (5.56%)

*3 Los números de estas variables representan sólo frecuencias

4.2.1. Nivel de satisfacción

En el caso de España, los profesionales respondieron que se sentían satisfechos. En contraposición, los participantes del resto de países reportaron la necesidad de mejorar la formación que reciben los profesionales que trabajan con personas con TEA, ya que la que está actualmente disponible es valorada como insuficiente (Tabla 17). Es por ello que, en líneas generales, el nivel de satisfacción se muestra bajo en todos los profesionales independientemente de su país de origen. Los hallazgos revelan que los profesionales suelen tener una formación académica escasa y baja y, además, carecen de conocimientos específicos sobre personas con autismo y de cómo intervenir con ellos de forma eficiente.

Tabla 17

Nivel de satisfacción de los profesionales por países

Países	Resultados Específicos de las Entrevistas
España	-Muy satisfechos: desean continuar recibiendo formación continua.
Bélgica*	-Muy satisfecho. -Más bien satisfecho. -Más bien insatisfecho. -Nada satisfecho. -Sin respuesta.
Portugal	-Es necesario mejorar la formación de profesionales que trabajan con TEA. -Bajo nivel de satisfacción con la formación académica, especialmente en educación. -Bajo nivel de satisfacción con la formación impartida en las escuelas, especialmente con la formación de educadores. -Falta de acceso a cursos de formación. -Falta de base científica en trabajos sobre TEA. -Buena oferta de formación especializada. -Necesidad de una acreditación oficial.
Serbia	-Los profesionales no tienen información sobre autismo. -Sólo los educadores en educación especial tienen un conocimiento profundo sobre el autismo. -La formación es escasa después de la graduación.

**Nota: En el caso de Bélgica, se realizaron entrevistas individuales a profesionales del ámbito del TEA: Muy satisfecho: 1 persona; más bien satisfecho: 7 personas; más bien insatisfecho: 8 personas; nada satisfecho: 1 persona; sin respuesta: 1 persona.*

4.2.2. Necesidades de formación curricular

Este tema de debate fue uno de los más recurrido y destacados por los profesionales participantes en los grupos focales. Entre las necesidades comunes de formación (Tabla 18) destacaron: a) la eliminación de estereotipos y mitos sobre el autismo; b) comprender la diversidad de los TEA; c) respeto a las personas con autismo y sus familias; d) terapias

alternativas de comunicación; c) habilidades transversales (como la comunicación con familias y personas con TEA); e) cómo trabajar en equipos multidisciplinares (otros profesionales y con las familias); f) comprender el autismo y sus dificultades (por ejemplo, cómo manejar comportamientos desafiantes); g) sexualidad; cómo manejar / prevenir el síndrome de burnout en profesionales; h) inclusión social; i) la interacción de las comorbilidades; j) y aprendizaje a través de métodos basados en evidencia.

Si se analizan estas necesidades por separado parece que no guarden una conexión entre sí, pero si se analizan de forma conjunta, se observa una clara retroalimentación entre ellas, ya que los profesionales consideran una como necesidad eliminar urgentemente los estereotipos existentes sobre el autismo, empleando como principal herramienta el respeto a la diversidad de los TEA y sus familias. Para lograrlo, es necesario alentar y promover el aprendizaje a través de conocimientos y métodos basados en evidencia científica, el cual otorgará un conocimiento actualizado sobre los TEA y sus características. Igualmente, esto conllevaría una mayor implementación de intervenciones terapéuticas y/o educativas más adecuadas, las cuales han demostrado una mayor eficacia, pudiendo disminuir así el riesgo de sufrir el síndrome de *burnout* entre los profesionales.

Tabla 18*Necesidades de formación curricular por país*

Países	Formación general	Formación inicial	En continua formación	Formación especializada
España	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización hacia la diversidad. - Valores éticos hacia las personas con discapacidad, naturalidad y empatía. - Eliminación de estereotipos. - Inteligencia emocional. - Manejo de la ansiedad. - Trabajo en equipo. - La resolución de conflictos. - Innovación. - Comunicación eficiente. - Importancia de la participación de las familias en la intervención. - Derechos de las personas con discapacidad. - Conocimiento del desarrollo típico y evolutivo, procesos psicológicos básicos (atención, memoria, percepción, etc.). - Conocimientos clínicos y de salud y sociales. - Adaptación a la etapa de desarrollo de la persona. - Conceptos multidisciplinarios y específicos. - Entusiasmo por el desarrollo profesional con personas con discapacidad. 			
Bélgica	<ul style="list-style-type: none"> - Fomento de la inclusión social de las personas con autismo. - Explicación de la diversidad del autismo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Respeto a la persona con autismo y a su familia con ética y valores. - Terapias alternativas de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de nuevas tecnologías y cómo usarlas. - Desarrollos científicos (incluida la neurociencia) en formato accesible 	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevas herramientas de comunicación (mapas, objetos, pictogramas, tabletas).

<ul style="list-style-type: none"> - Comprender el autismo y sus dificultades en el espacio privado y público. - Concienciar sobre terapias y enfoques basados en evidencia. - Sensibilización sobre la importancia de la intervención temprana. - Sensibilización sobre los diferentes métodos de aprendizaje y comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender los comportamientos desafiantes y cómo responder ante ellos. - Comprender la teoría de la mente, el funcionamiento cognitivo y sensorial de los TEA. - Combatir y evitar los estereotipos sobre el autismo. - Planificación individualizada y estrategias a medida. - Sexualidad y aspectos emocionales/afectivos. - Cómo responder a las comorbilidades (incluida la ansiedad). - Formación práctica (inserción laboral en diversos entornos) - intercambio de experiencias de la vida real - énfasis en los conocimientos prácticos y prácticos. - Seguridad. 	<p>para establecer el vínculo entre la teoría y la práctica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de un punto de contacto interno para el personal. - Necesidad de supervisión externa. - Necesidad de una persona externa de referencia / recurso para la resolución del problema. - Necesidad de establecer contactos con otros servicios para compartir conocimientos y experiencias. - Supervisión y evaluación periódicas para actualizar la práctica. - Manejo de comportamientos desafiantes. - Comprender los comportamientos estereotípicos. - Gestión de comorbilidades. - Formación con profesionales y familias. - Soportes visuales. - Fomentar la interacción social. - Conocimiento sobre el proceso de intervención. - Manejo del comportamiento. - Habilidades transversales: comunicación con la persona con TEA, comunicación con las familias y creación de un entorno amigable con el autismo. - Trabajo en equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevos métodos de aprendizaje. - Formación más precisa sobre ciertos temas (comunicación, comportamiento desafiante, educación sexual). - Recomendaciones internacionales de mejores prácticas. - Evolución de la investigación. - Cómo interactuar con la familia. - Formación y experiencia laboral en el extranjero. - Especialización en diagnóstico clínico. - Enfoques terapéuticos para combatir la depresión, fobias, traumas, etc. - Especialización en análisis de comportamiento. - Especialización en inclusión. - Habilidades transversales: comunicación con la persona con TEA. - Comunicación con las familias, creando un ambiente amigable con el autismo. - Comportamientos desafiantes: prevención y gestión. - Técnicas de prevención de agotamiento para profesionales y familiares.
<p>Portugal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Características de los TEA. - Conocimiento de modelos teóricos. - Conocimiento de estrategias de intervención. - Manejo de comportamientos desafiantes. - Habilidades interpersonales. - Lenguaje expresivo. - Habilidades técnicas y habilidades interpersonales. - Conocimiento sobre el marco legal: contexto educativo y laboral. 		

Serbia	<ul style="list-style-type: none">- Comprender el comportamiento de las personas con autismo en el contexto del desarrollo.- Nuevos conocimientos sobre las características clínicas, comorbilidad, intervención temprana, sexualidad, cambios durante el envejecimiento.- Reconocimiento del síndrome de agotamiento profesional y cómo prevenirlo.- Trabajo en equipo y rol de varios expertos en el campo.	<ul style="list-style-type: none">- Conocimiento sobre el marco para las respuestas sociales.- Necesidades básicas: salud, higiene y seguridad.- Comprender la dinámica familiar.- Comprender el proceso de tener un familiar con TEA.- Comprender el comportamiento de las personas con TEA.- Agresión y autolesiones.- Sexualidad.- Comorbilidades.- Intervención rápida.- Entrenamiento en el baño.- Nutrición y dieta.- Cooperación con los padres.- Competencia de diferentes sectores.	<p>No existe ningún experto universal en el campo del autismo.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Calidad de vida: personas con TEA y sus familias.- Métodos basados en evidencia científica.- Problemas de salud de las personas con autismo.- Comorbilidad (no solo psiquiátricas).- Emergencias Médicas.- Respuesta a la crisis.- Los cambios en el cuadro clínico del autismo durante el envejecimiento.- Sexualidad de personas con TEA.- Adultos con autismo.- Agotamiento profesional.
---------------	--	--	--	--

4.2.3. Expectativas y objetivos sobre la formación

Entre los elementos más relevantes sobre las expectativas y objetivos de formación (Tabla 19) que se detectaron tras analizar las respuestas de todos los participantes se destacan los siguientes: a) conocimiento sobre TEA y sus características (comorbilidades y necesidades a lo largo del ciclo vital); b) la mejora de la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias; c) estrategias de intervención (conductas disruptivas y como abordarlas); d) aprendizaje de nuevos modelos teóricos y métodos basados en evidencia científica (ej.: buenas prácticas); y e) desarrollo profesional (empatía, habilidades profesionales en la comunicación con personas con TEA y sus familias, reconocimiento de certificados oficiales y trabajo en equipo). Analizando conjuntamente estos resultados, se observa la importancia que los profesionales entrevistados brindan al desarrollo de habilidades profesionales, así como al reconocimiento internacional de la formación y al uso de metodología fundamentada en la evidencia científica.

Tabla 19

Expectativas y objetivos sobre la formación

Participantes	Resultados
España	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la calidad de vida de las personas con TEA. - Reflexionar sobre la práctica educativa. - Fomento del entusiasmo y el desarrollo profesional. - Promoción de la empatía. - Aprender nuevas estrategias de intervención basadas en buenas prácticas. - Aprender a evaluar modelos válidos y efectivos. - Adaptación de la intervención a las diferentes etapas de desarrollo.

Bélgica	<ul style="list-style-type: none">- Últimos hallazgos sobre el autismo.- Comprender las reacciones de los usuarios para identificar formas de resolución de problemas.- Certificación internacional (BCBA, BCaBA o RBT).- Cómo responder a las preguntas de familias y profesionales.- Conocimiento sobre el funcionamiento de una persona con autismo y cómo adaptar sus entornos a sus necesidades.- Propuesta de métodos probados (ABA, TEACHH ...).- Enfoques para crear y mantener vínculos con familias y equipos multidisciplinares.- Propuesta de diferentes vías de inclusión.- Ser práctico y concreto.
Portugal	<ul style="list-style-type: none">- Características de los TEA.- Conocimiento de modelos teóricos.- Conocimiento de estrategias de intervención.- Habilidades interpersonales.- Lenguaje expresivo.- Habilidades técnicas y habilidades interpersonales.- Conocimiento sobre el marco legal.- Conocimiento sobre el marco para las respuestas sociales.- Necesidades básicas: salud, higiene y seguridad.- Comprender la dinámica familiar.- Comprender el proceso de tener un familiar con TEA.- Conocimiento sobre el proceso de intervención.- Habilidades transversales de gestión del comportamiento: comunicación con la persona con TEA, comunicación con las familias y creación de un entorno amigable con el autismo.- Comportamientos desafiantes: prevención y gestión.- Técnicas de prevención de agotamiento para profesionales y familias.- Promoción de la calidad de vida en personas con TEA y sus familias.
Serbia	<ul style="list-style-type: none">- Adquisición de conocimientos sobre los métodos de tratamiento basados en la evidencia.- Promoción de habilidades personales positivas en los profesionales (empatía, habilidades de cooperación en un equipo, entusiasmo, comprensión de sus propias capacidades y limitaciones, motivación para continuar la educación, etc.).- Mejora de la calidad de vida de las personas con autismo y sus familias.

4.2.4. Temas relevantes

A través de las entrevistas realizadas, se pretendía conocer cuáles podrían los temas centrales a la hora de abordar y diseñar una formación específica en TEA dirigida a profesionales interdisciplinarios. Entre los hallazgos más relevantes (Tabla 20) destacan la necesidad de tener conocimiento sobre el autismo, así como un diagnóstico adaptado a las características particulares (y sus posibles comorbilidades asociadas), sensoriales y diferentes formas de comunicación, durante todo el ciclo vital de la persona con TEA. Todos estos aspectos son clave para llevar a cabo una intervención adecuada con personas con autismo, ya sean adultos o niños, pero siempre a través de métodos basados en la evidencia científica. Del mismo modo, destaca la importancia que los profesionales dispongan de información y habilidades específicas en relación a temas de sexualidad (educación socio-sexual, autopercepción del sexo y conductas sexuales problemáticas), identidad de género y mantener en todo momento el apoyo, la comunicación y coordinación con las familias de los TEA.

Tabla 20
Temas relevantes

Temas Relevantes	España	Bélgica	Portugal	Serbia
Intervención escolar		-Terapias educativas -El programa TEACCH.	-Intervención individual con niños. -Intervención en colegios.	-Intervención temprana
Intervención con adultos	-Estrategias básicas de intervención (lenguaje claro y directo, importancia de la información visual, estructuración y anticipación, evitar tiempos muertos, aprendizaje sin errores, aprendizaje experimental, aprendizaje por rutinas, intervención en habilidades sociales, gestión del tiempo, autonomía, etc.). -Modelos de intervención (TEAACH, apoyo conductual positivo, SAAC, etc.). -Estrategias de comunicación y facilitación. -Conocimiento específico sobre las características de los TEA. -Conocer y fomentar las fortalezas de las personas con TEA. -Regulación emocional. -Ética hacia las personas con TEA.	-Conocimientos básicos sobre TEA. - Evaluación de comportamientos. -Comunicación expresiva y receptiva. -Interacciones sociales. -Intervención con adultos.	-Intervención con adultos.	-Comprender el comportamiento de las personas con TEA.
Conceptualización	-Epistemología. -Perfiles sensoriales y perturbaciones. -Definición y conceptualización. -Diversidad y heterogeneidad de las personas con TEA. -Características de las diferentes etapas de desarrollo (atención temprana, infancia, adultos, empleo, ancianos ...).	-Comportamientos desafiantes. -Medios de comunicación. -Trastornos del comportamiento. - Intereses restringidos. -Características sensoriales. -Conceptualización (definición, causas, tipos, etc.).	-Conceptualización (definición, causas, tipos, etc.). -Métodos basados en evidencia.	-Consideración del autismo en un contexto de desarrollo más amplio. -Agresión y autolesiones.

Diagnóstico	-Características del diagnóstico. -Aspectos médicos relevantes.	-Métodos basados en evidencia.	-Criterios de diagnóstico. - Problemas de salud de las personas con autismo. -Emergencias Médicas. -Respuesta a la crisis. -Los cambios en el cuadro clínico del autismo durante el envejecimiento.	
Programas específicos	Formación inicial: marco básico técnico, práctico y actitudinal, de todos los aspectos relacionados con la intervención en TEA.	Terapias educativas basadas en evidencia.	-El síndrome de agotamiento profesional. -Programas específicos en áreas específicas.	Competencia de diferentes sectores.
Apoyo y colaboración con familias.	Coordinación con familias.	-Apoyo a personas mayores. -Apoyo diario	Apoyo y colaboración con familias.	Cooperación con los padres.
Comorbilidades	Procesos psicológicos del funcionamiento de las personas con TEA (teoría de la mente, función ejecutiva o teoría del funcionamiento, teoría de la coherencia central débil y teoría cognitiva social - SCT).	Desorden obsesivo compulsivo.	Condiciones comórbidas (no sólo psiquiátricas).	Nutrición y dieta.
Coordinación entre profesionales			Coordinación entre profesionales.	
Otros		-Sexualidad. -Consentimiento (capacidad jurídica). -Luto.	Sexualidad.	-Sexualidad -Entrenamiento en el baño

4.2.5. Demandas de diferentes niveles formativos

Analizando conjuntamente los resultados obtenidos, los niveles de educación más demandados son la formación básica y la especializada (Tabla 21). Además, transversalmente, se considera que ambas modalidades deberían incluir temas relevantes como métodos y contenidos basados en evidencia científica, sexualidad en el autismo, además, de cómo manejar el estrés y agotamiento entre los profesionales.

Tabla 21

Demandas de diferentes niveles formativos

Niveles	España	Bélgica	Portugal	Serbia
Formación inicial			2 niveles: una formación básica y otra formación especializada.	<ul style="list-style-type: none"> -Comprender el comportamiento de las personas con TEA. -Consideración del autismo en un contexto de desarrollo más amplio. -Agresión y autolesiones. -Sexualidad. -Comorbilidades. -Intervención rápida. -Nutrición y dieta. -Cooperación con la familia. -Competencia en diferentes sectores.
Actualización profesional permanente			<ul style="list-style-type: none"> -Marco de formación. -Realizado por profesionales externos e internos de su organización. -Realizado por profesionales externos. 	
Especialización				<ul style="list-style-type: none"> -Métodos basados en evidencia. -Problemas de salud de las personas con autismo. -Comorbilidad (no sólo psiquiátrica). -Emergencias médicas. -Respuesta a la crisis. -Los cambios en el cuadro clínico del autismo durante el envejecimiento. -Sexualidad de personas con TEA. -Adultos y autismo. -El síndrome de agotamiento profesional.
Formación multidisciplinar			<ul style="list-style-type: none"> -Respeto por el individuo más allá de la discapacidad. -Capacidad para ser defensores y responsables de la persona con TEA. -Capacidad para lidiar con la frustración y el estrés. 	

- Capacidad de comprender y aceptar (con una visión positiva).
 - Empatía.
 - Cómo crear un ambiente seguro.
 - Cómo establecer límites y reglas.
 - Análisis de comportamiento funcional: predicción y gestión.
 - Ventajas del enfoque multidisciplinario.
 - Cómo evitar los estereotipos.
-

4.2.6. Herramientas para la formación

Tras analizar conjuntamente las respuestas de los participantes, las principales herramientas elegidas para la formación de profesionales (Tabla 22) fueron: ejercicios prácticos y estudios de casos; organización de talleres, seminarios y conferencias; participación a través de prácticas; y contar con el apoyo de supervisores expertos en la materia para trabajar individualmente o en pequeños grupos.

Tabla 22
Herramientas para la formación

Herramientas	España	Bélgica	Portugal	Serbia
Cursos	Cursos.		-Ejercicios prácticos. -Formación en el aula.	Contacto directo y énfasis en habilidades prácticas.
Seminarios	Formato más participativo y formación más práctica.	16/18 de los encuestados apoyaron esta herramienta.		Contacto directo y énfasis en habilidades prácticas.
Asesoramiento continuo		15/18 de los encuestados apoyaron esta herramienta.	Cursos online.	Tutoriales.
Seminarios y conferencias	Seminarios y conferencias.	7/18 de los encuestados apoyaron las conferencias.		
Formación a través de prácticas	-Los modelos de formación deben centrarse en la práctica. -Tutoría: existe un consenso en el grupo sobre la importancia de la formación práctica.	11/18 de los encuestados apoyaron este tema. Prácticas y formación en el extranjero.	Supervisión por un especialista.	Supervisión a través de grupos pequeños o trabajo individual.
Discusión de casos	Discusión de casos.		Discusión de casos.	
Otros		-Un servicio de "recursos" desarrollado para "principiantes" después de la formación básica. -Visitas de estudio a servicios que funcionan correctamente.		

4.2.7. Diferentes fuentes de información para la formación

Entre los principales hallazgos, destacan la necesidad de disponer diversas fuentes de información para la obtención conocimiento y enriquecer así la experiencia de aprendizaje. Igualmente, cobra especial relevancia la importancia de la cooperación entre profesionales tanto internos como externos de las organizaciones a cargo de la formación profesional (Tabla 23)

Tabla 23*Diferentes fuentes de información para la formación*

Países	Fuentes Externas	Fuentes Internas
España	Las fuentes externas son necesarias para enriquecer la formación y evitar la endogamia.	Recursos propios pensados por profesionales internos.
Bélgica	La mayoría de participantes apoyan esta fuente.	La mitad de los participantes apoyan esta fuente.
Portugal	Los participantes apoyan ambas fuentes para la formación, tanto la realizada por profesionales de su organización como por la de otros externos.	
Serbia	Profesionales externos aportaran mayor calidad de información.	Dentro de la empresa: necesidad tener mejor conocimiento sobre las necesidades de formación
	Combinación: el mejor enfoque es la combinación de fuentes internas y externas.	

4.2.8. Métodos de formación

Entre los resultados obtenidos en relación a los métodos de formación (Tabla 24), se evalúa positivamente una formación combinada entre sesiones presenciales y formación en línea. Los participantes resaltan en sus respuestas que dicho método de formación debe ser supervisado por un especialista y debe organizarse en pequeños grupos para aprovechar al máximo las actividades, explicaciones y debates. De igual forma, también se destaca la relevancia de la realización de talleres y prácticas, cómo método para poner en práctica las habilidades adquiridas.

Tabla 24*Métodos de formación*

Países	Formación Presencial	Formación Online	Formación Mixta	Prácticas
España	-Realizadas en el aula: es importante motivar a través de talleres y tutorías. -Tutoría: encuentro de oportunidades entre los nuevos profesionales y el mentor.	Este método permite un acceso fácil y rápido a la información y la gestión del tiempo de forma individualizada.	Formato óptimo.	

Bélgica	Formación sólo en el aula.		Para ser acompañado de una formación práctica de campo.	-En clase y en colaboración con otras instituciones especializadas. -Visitas a entidades que ofrecen servicios reales a personas con TEA. -Formación basada en la vida real. -Formación con el apoyo de personas autistas (que actúan como formadores)
Portugal	-Ejercicios prácticos. -Supervisión por un especialista. - Debate de estudios de casos. - Formación práctica.	Cursos online.	Formación combinada con aula y modalidades en línea.	Formación práctica: prácticas.
Serbia	-Cursos y talleres con contacto directo y énfasis en habilidades prácticas. -Supervisión a través de grupos pequeños o trabajo individual.	Tutoriales.		

4.2.9. Recursos de apoyo para la formación

Los entrevistados consideraron que los manuales de buenas prácticas, las páginas webs especializadas, la formación y supervisión por parte de especialistas en la materia y el uso de libros y artículos científicos son los recursos más idóneos para llevar a cabo una formación sobre TEA entre profesionales (Tabla 25).

Tabla 25

Recursos de apoyo para la formación

Países	Libros	Recursos Online	Mentoría y Pautas	Otros Materiales
España	Manuales de buenas prácticas.	Sitios webs.	Nuevas tecnologías e innovación en la enseñanza.	-Artículos y libros. -Recursos audiovisuales (como películas).

Bélgica	Manuales de buenas prácticas.	Sitios webs.	Formación y supervisión de la a través de la práctica real: <i>in situ</i> o mediante videoconferencias.	-Las grabaciones de los usuarios favorece una mejor información y comprensión. -Visitas de proveedores de servicios que hayan sido reconocidos por sus enfoques positivos y constructivos.
Portugal		Cursos online.	-Ejercicios prácticos. -Supervisiones por especialistas. -Discusión de casos	
Serbia	-Manuales de buenas prácticas. -Libros.	Sitios webs o plataformas especializadas.	Foros (grupos abiertos y cerrados).	-Artículos. -Directorios de instituciones que brindan apoyo. -Centros de llamadas.

4.3. DELPHI

El panel de expertos que participó en el estudio Delphi estuvo formado por un total de 28 participantes. La Tabla 26 recoge las principales variables sociodemográficas de la muestra analizada.

Tabla 26
Características de la muestra

	Nº(%)
Sexo	
Mujeres	21 (75%)
Hombres	7 (25%)
País	
España	5 (17,9%)
Bélgica	7 (25%)
Portugal	8 (28,6%)
Serbia	8 (28,6%)
Perfil profesional	
Persona con TEA	3 (10,7%)
Familiares de TEA	5 (17,9%)
Profesional “junior”	8 (28,6%)
Profesional “senior”	7 (25%)
Formador	5 (17,9%)

4.3.1. Resultados de la primera ronda

El cuestionario de la primera ronda estaba formado por tres partes: a) módulos del curso; b) metodología relevante; y c) peso de los módulos del curso (Anexo 2).

4.3.1.1. Módulos del curso

En esta parte, se solicitó a los participantes que señalaran una serie de palabras clave para describir el contenido de cada módulo que debían de componer los dos niveles curriculares. Para transformar los datos cualitativos en datos cuantitativos, se contabilizó el número de veces que los participantes resaltaron cada palabra clave, las cuales se recogen en las figuras 10, 11, 12, 13, 14 y 15.

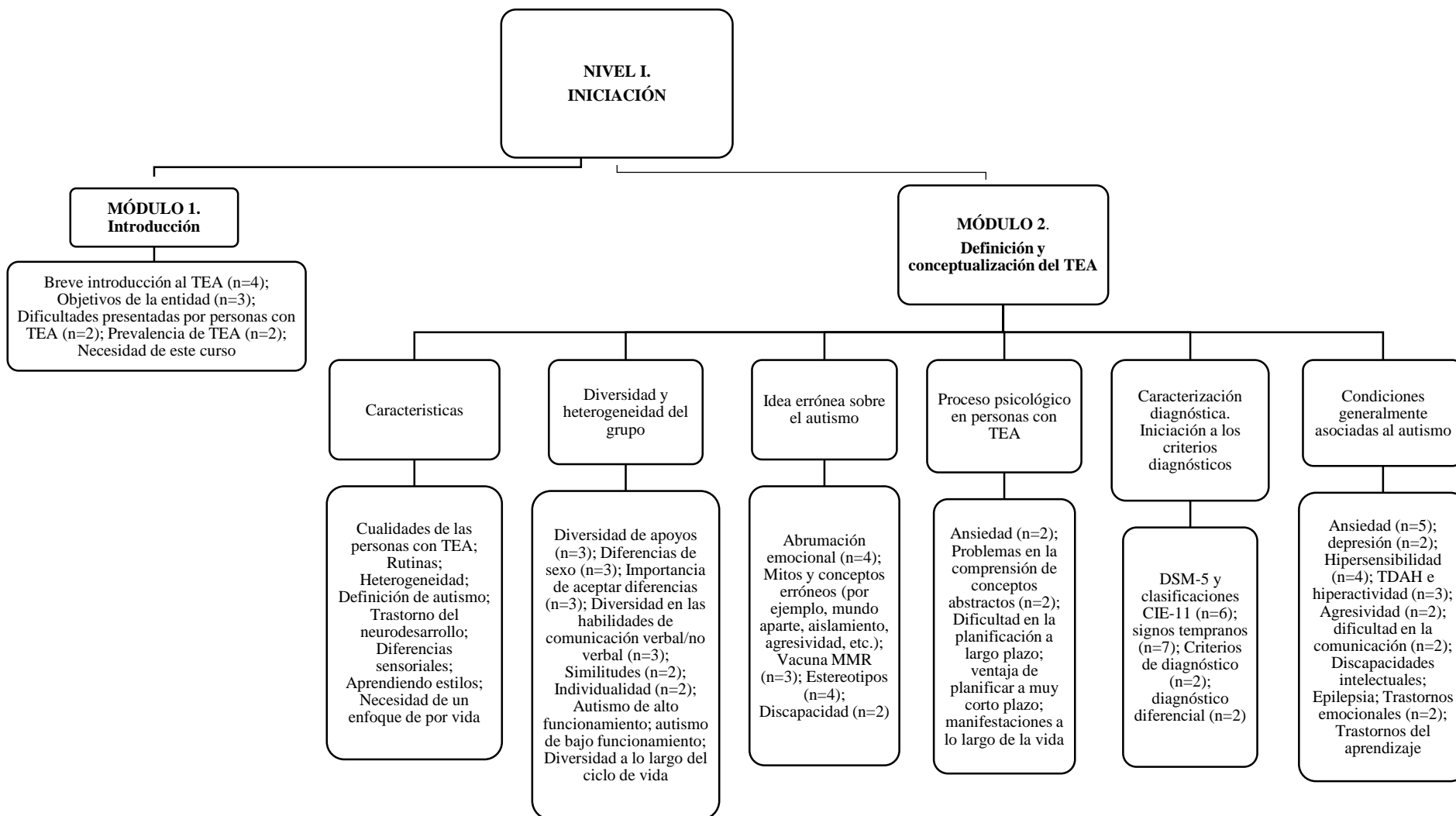


Figura 10. Árbol categorico de los módulos del curso, nivel I

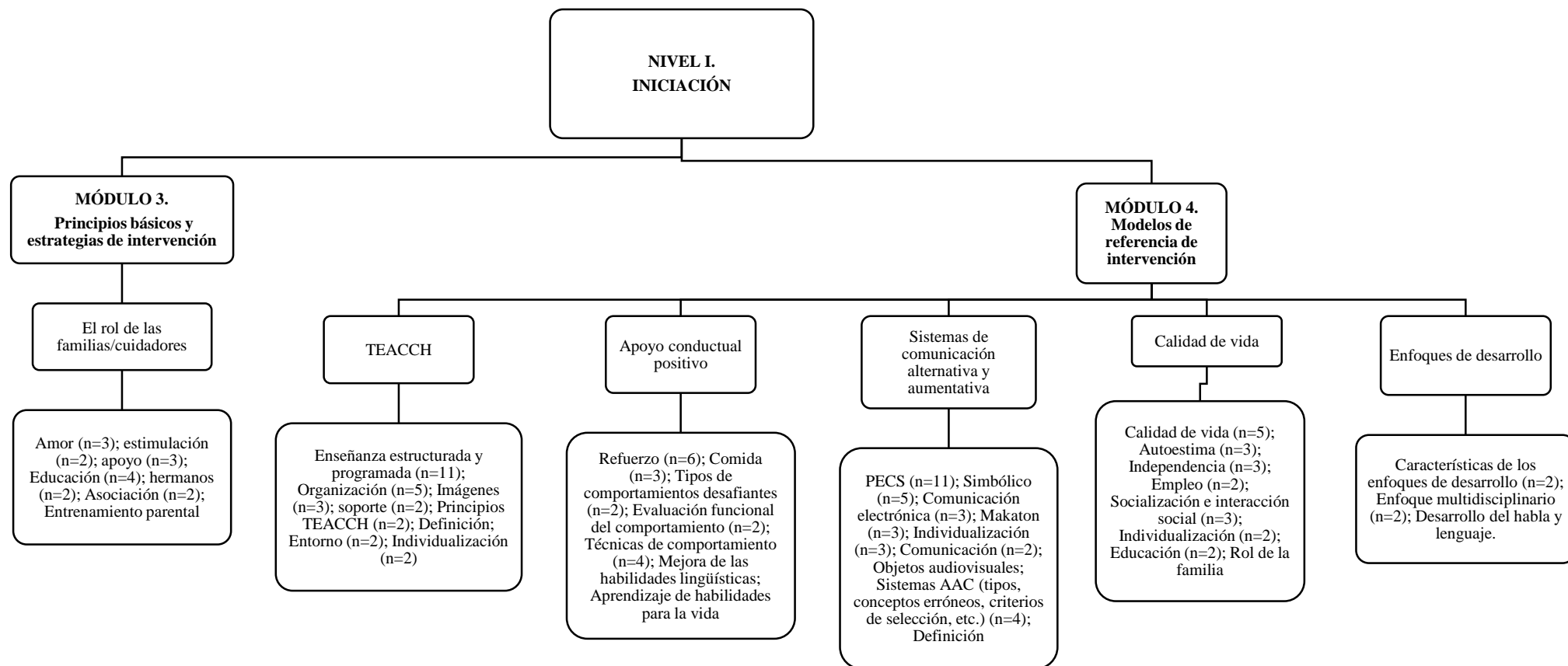


Figura 11. Árbol categorico de los módulos del curso, nivel I (continuación)

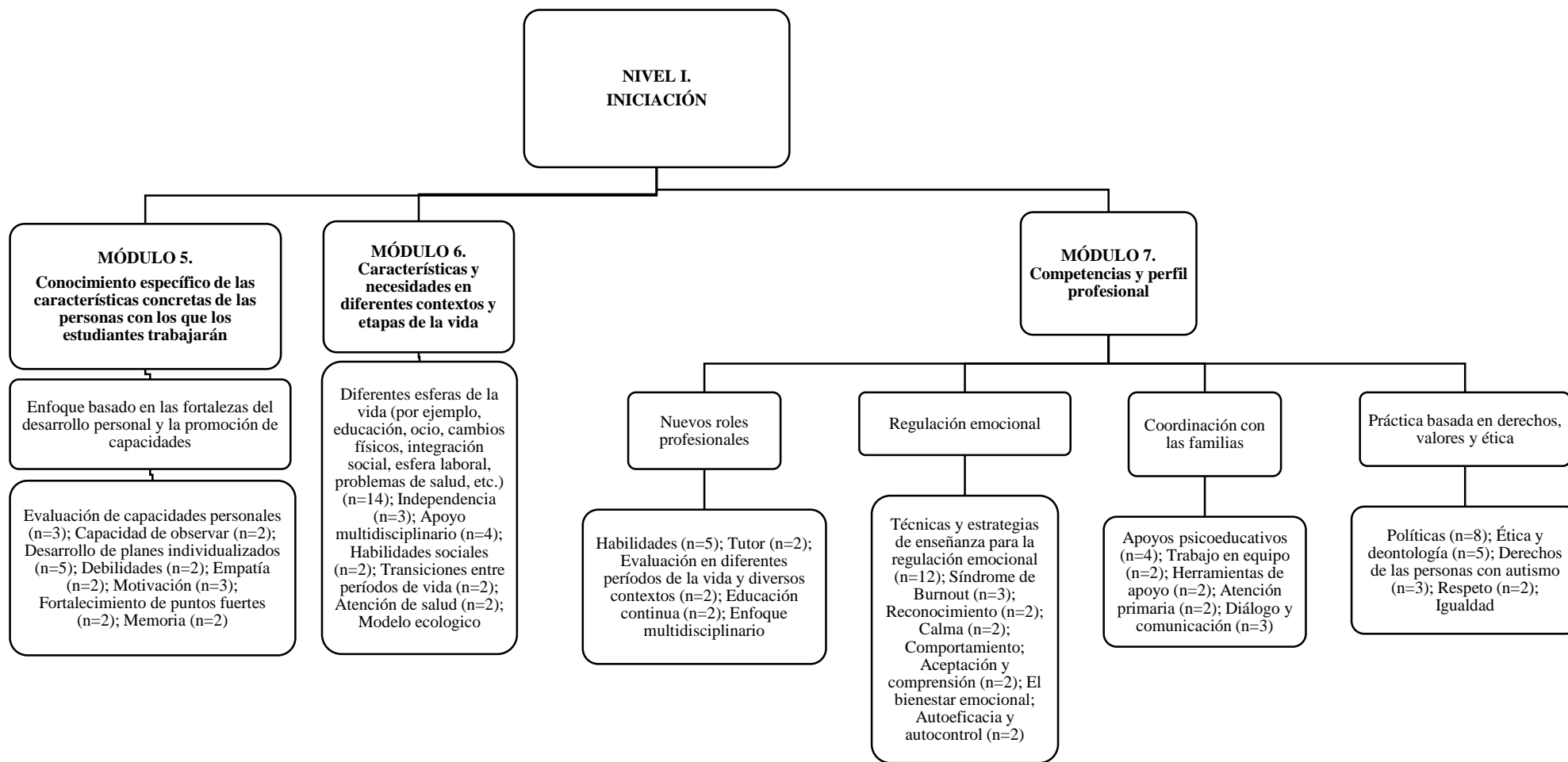


Figura 12. Árbol categorico de los módulos del curso, nivel I (continuación)

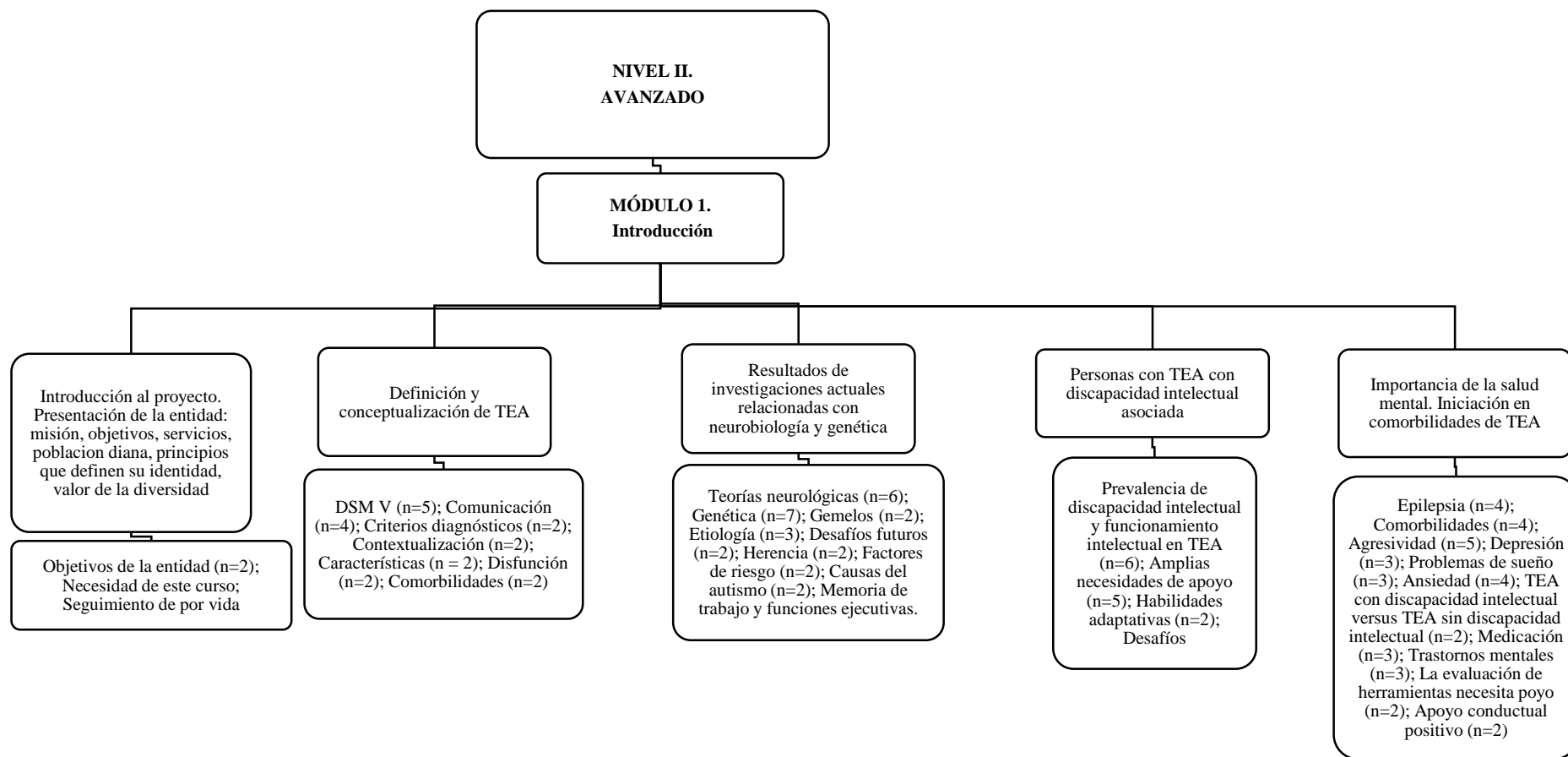


Figura 13. Árbol categorico de los módulos del curso, nivel II

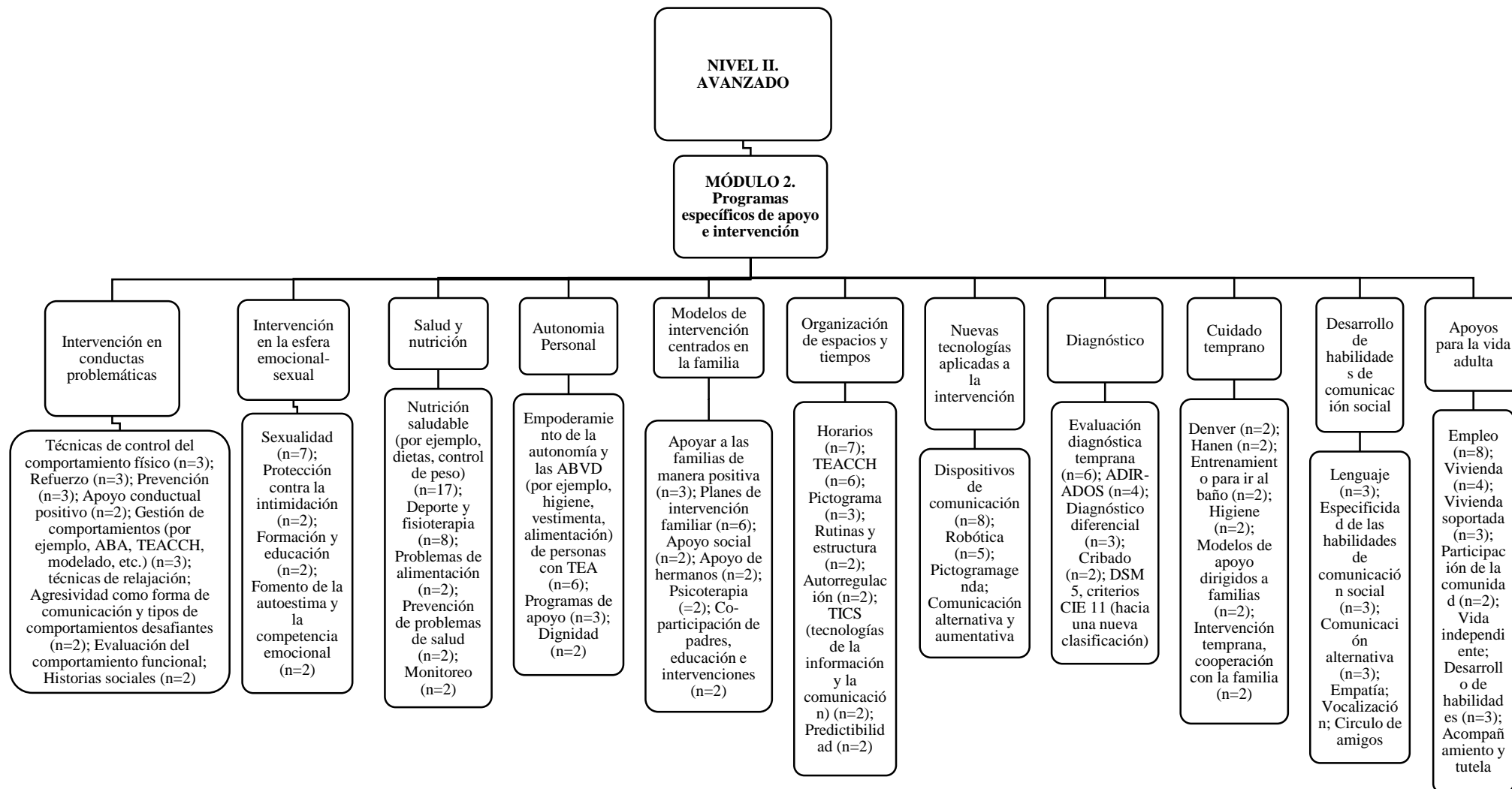


Figura 14. Árbol categorico de los módulos del curso, nivel II (continuación)

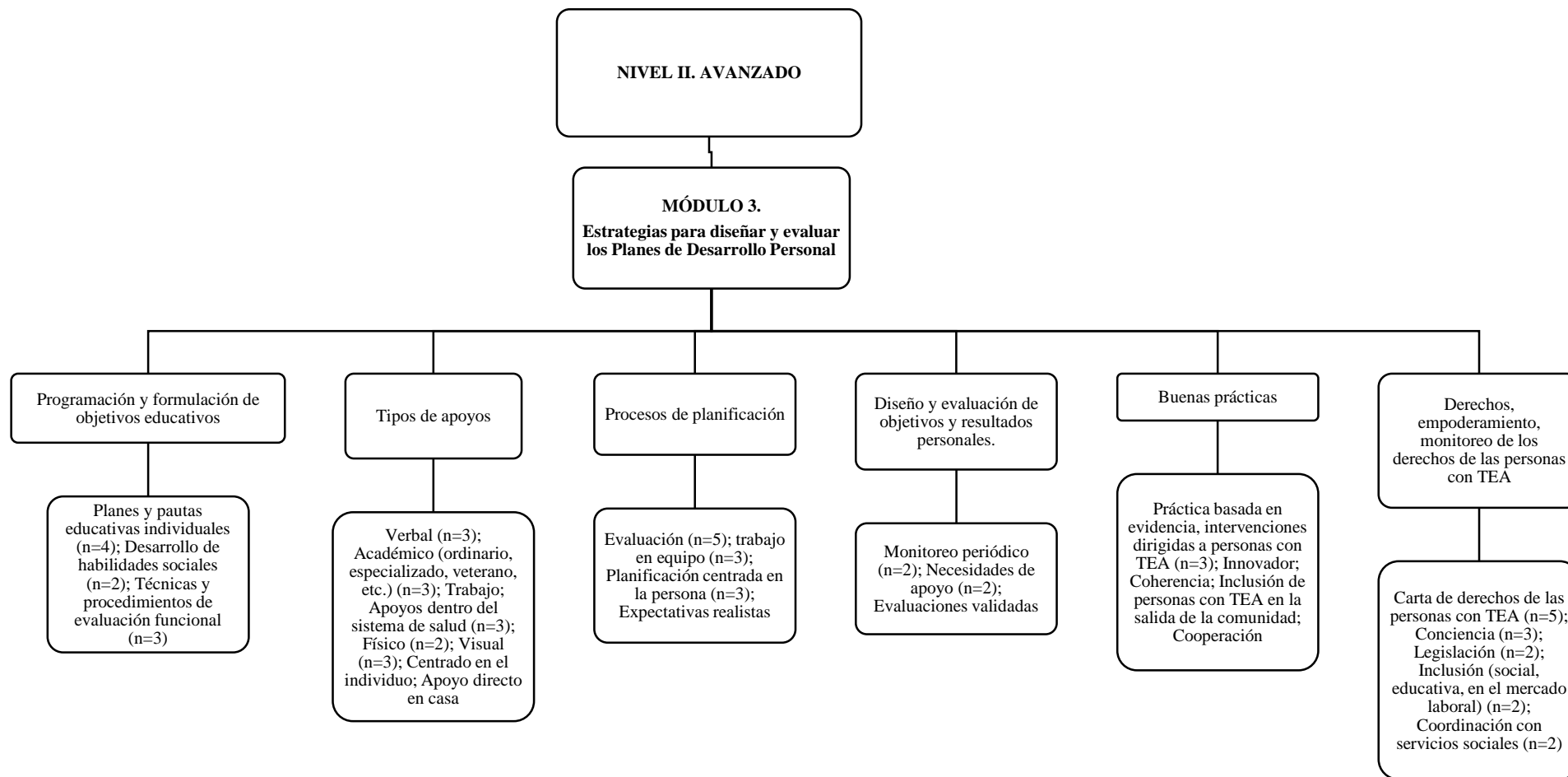


Figura 15. Árbol categórico de los módulos del curso, nivel II (continuación)

4.3.1.2. Metodología relevante

En la segunda sección del cuestionario, exclusivamente los perfiles profesionales (profesionales senior y junior en el campo de TEA, así como los formadores) completaron este apartado, ya que era esencial conocer sus opiniones y su experiencia profesional. Por ello, sólo se analizaron 13 de los 28 participantes del panel, excluyendo familiares y personas con TEA. En este apartado, se les solicitó que seleccionaran 3 tipos de metodologías que consideraban adecuadas para impartir los contenidos de cada módulo. Asimismo, se les pidió que calificaran estas metodologías por nivel de relevancia empleando una escala, otorgando puntuaciones de 1 al 3, siendo "1" el más útil para el proceso de aprendizaje. Para analizar los datos obtenidos, se calcularon las frecuencias y los porcentajes.

En relación al nivel I, en la Tabla 27 se puede observar que las metodologías más puntuadas por los participantes fueron *seminarios/conferencias y talleres* (69,2%); *discusión de casos* (61,5%); *artículos científicos y libros* (53,8%); y *formación en el aula* (46,2%). Sin embargo, las metodologías que menos puntuación obtuvo fueron el uso de *buenas prácticas y manuales* (15,4%); y *recursos audiovisuales* (1,7%). Las metodologías que más valoradas en el Nivel II fueron *seminarios/conferencias y talleres* (61,5%); *ejercicios prácticos* (61,5%); y *prácticas con personas con TEA* (46,2%). En contraposición, la metodología que obtuvo una menor puntuación por los participantes, al igual que en el nivel I, fue *buenas prácticas y manuales* (15,4%)

Tabla 27

Ronda 1 del Delphi, resultados de metodología relevante nivel I y nivel II

	METODOLOGÍA											
	Artículos científicos y libros	Ejercicios prácticos	Seminarios/conferencias y talleres	Prácticas con personas con TEA	Discusión de casos	Formación en el aula	Tutoriales online	Visitas de estudio	Buenas prácticas y manuales	Sitios webs especializados/plataformas online	Recursos audiovisuales	Formato mixto (aula y formación en línea)
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
NIVEL I												
MÓDULO 1	5 (38,5%)	0	7 (53,8%)	1 (7,7%)	0	5 (38,5%)	5 (38,5%)	3(23,1%)	0	6 (46,2%)	4 (30,8%)	2 (15,4%)
MÓDULO 2	7 (53,8%)	1 (7,7%)	9 (69,2%)	1 (7,7%)	4 (30,8%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	0	0	2 (15,4%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)
MÓDULO 3	5 (38,5 %)	4 (30,8%)	6 (46,2%)	5(38,5%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	4 (30,8%)	0	1 (7,7%)	1 (7,7%)
MÓDULO 4	3 (23,1%)	5 (38,5%)	5 (38,5 %)	4(30,8%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)	0	2(15,4%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	3 (23,1%)
MÓDULO 5	0	3 (23,1%)	2 (15,4%)	9(69,2%)	8(61,5%)	5 (38,5%)	2 (15,4%)	2(15,4%)	2 (15,4%)	0	3 (23,1%)	3 (23,1%)
MÓDULO 6	3(23,1%)	3(23,1%)	6 (46,2%)	4(30,8%)	7(53,8%)	1 (7,7%)	3 (23,1%)	6(46,2%)	2 (15,4%)	0	1 (7,7%)	3 (23,1%)
MÓDULO 7	2(15,4%)	5(38,5%)	5 (38,5 %)	3(23,1%)	5(38,5%)	3 (23,1%)	5 (38,5%)	3(23,1%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	5 (38,5%)
NIVEL II												
MÓDULO 1	3 (23,1%)	1 (7,7%)	7 (53,8%)	2(15,4%)	1 (7,7%)	4 (30,8%)	3 (23,1%)	3(23,1%)	0	6 (46,2%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)
MÓDULO 2	1 (7,7%)	8(61,5%)	3 (23,1%)	6(46,2%)	5(38,5%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	3(23,1%)	2 (15,4%)	0	1 (7,7%)	3 (23,1%)
MÓDULO 3	2(15,4%)	7(53,8%)	8 (61,5%)	6(46,2%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	4 (30,8%)	2(15,4%)	0	3 (23,1%)	0	2 (15,4%)

4.3.1.3. Peso de los módulos del curso

Al igual que en la sección anterior, sólo fue respondida por profesionales senior y junior y formadores (n=13) en el campo de TEA, ya que para el estudio era necesario conocer su opinión y experiencia profesional. El objetivo de esta sección fue evaluar el peso y la relevancia (en términos de asignación de tiempo) que cada módulo debía tener dentro de todo el curso y cuyas puntuaciones debían sumar un total de 100%. Para analizar los datos obtenidos, se aplicó la media aritmética y la desviación estándar (SD).

En relación al Nivel I, los módulos que obtuvieron una mayor puntuación fueron el 3 (21,54±9,87) y el 5 (19,62±15,19) (Tabla 28). En cambio, el módulo 1 fue valorado como el que menos tiempo requería (7,31±2,59). En cuanto al Nivel II, los módulos con mayor puntuación asignada fueron el 2 (46,15±13,25) y el 3 (40,77±11,88). En contraposición, el módulo 1 obtuvo un valor promedio menor que el resto (13,08 ±5,22).

Tabla 28

Media y desviación estándar del peso de los módulos del curso de los niveles I y II

	Media y SD
NIVEL I	
Módulo 1. Introducción	7,31 (2,59)
Módulo 2. Definición y conceptualización del TEA	10,38 (4,77)
Módulo 3. Principios básicos y estrategias de intervención	21,54 (9,87)
Módulo 4. Modelos de referencia de intervención	15,77 (6,41)
Módulo 5. Conocimiento específico de las características concretas de las personas con los que los estudiantes trabajarán	19,62 (15,19)
Módulo 6. Características y necesidades en diferentes contextos y etapas de la vida.	14,62 (6,28)
Módulo 7. Competencias y perfil profesional	10,38 (3,80)
NIVEL II	
Módulo 1. Introducción	13,08 (5,22)
Módulo 2. Programas específicos de apoyo e intervención	46,15 (13,25)
Módulo 3. Estrategias para diseñar y evaluar los Planes de Desarrollo Personal	40,77 (11,88)

4.3.2. Resultados de la segunda ronda

Los datos obtenidos en la ronda 1 se analizaron cualitativa y cuantitativamente, con el fin de identificar las preferencias de los expertos en relación al contenido de los módulos formativos, la metodología potencial para implementarlos y el peso (en términos de tiempo) relativo que debía tener cada módulo durante la planificación del curso. Al igual que en la primera ronda, el cuestionario de la segunda ronda mantuvo su división en tres

partes (Anexo 3), pero se cambió el sistema de puntuación, estableciendo una escala Likert, donde 1 significaba “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”.

4.3.2.1. Módulos del curso

En esta primera parte, se pidió a los participantes que realizaran dos tareas. Por una parte, se les pidió que otorgaran una puntuación de “1” a “5” a cada módulo. Y, por otra parte, que seleccionaran tres contenidos que ellos consideraran como los más importantes a partir de la lista de ejemplos facilitados. Al igual que en la primera ronda y con el fin de cuantificar los contenidos seleccionados, se contabilizó las frecuencias, indicando el número de veces que los participantes resaltaron cada palabra clave en cada módulo (Tabla 29 y Tabla 30).

Tabla 29

Resultados de módulos del curso, nivel I (ronda 2)

Nivel I		
Módulos	Temas	Contenidos
1. Introducción	Introducción al proyecto. Presentación de la entidad: misión, objetivos, servicios, grupo objetivo, principios que definen su identidad. Valor de la diversidad. Situación del autismo en el contexto específico.	Dificultades presentadas por personas con TEA (n=17) Breve introducción del TEA (n=12) Necesidad de este curso (n=12) Prevalencia de los TEA (n=10)
	2. Definición y conceptualización de TEA	
	Características	Necesidad de un enfoque de por vida (n=15) Definición de autismo (n=15) Cualidades de las personas con TEA (n=13) Aprender estilos (n=12) Diferencias sensoriales (n=11) Heterogeneidad (n=10)
	Diversidad y heterogeneidad del grupo.	Diversidad en las habilidades de comunicación verbal /no verbal (n=13) Autismo de alto funcionamiento (n=12) Autismo de bajo funcionamiento (n=11) Diversidad de apoyos (n=11) Diversidad a lo largo del ciclo de vida (n=10)
	Concepto erróneo sobre el autismo	Mitos y conceptos erróneos (por ejemplo, mundo aparte, aislamiento, agresividad, etc.): (n=19) Vacuna MMR (triple vírica): (n=14) Emocionalidad abrumadora (n=12)
	Procesos psicológicos en personas con TEA	Problemas en la comprensión de conceptos abstractos (n=16) Ansiedad (n=14) Dificultad en la planificación a largo plazo (n=10)
	Caracterización diagnóstica. Iniciación a los criterios diagnósticos	Signos tempranos (n=18) Diagnóstico diferencial (n=18) Criterios de diagnóstico (n=17) DSM-V y clasificaciones CIE-11 (n=13)
	Condiciones generalmente asociadas al autismo	Dificultad en la comunicación (n=15)

<p>3. Principios básicos y estrategias de intervención 4. Modelos de referencia de intervención</p>	<p>El rol de las familias y/o cuidadores</p> <p>TEACCH</p> <p>Apoyo conductual positivo</p> <p>Sistemas de comunicación alternativa y aumentativa</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Enfoques de desarrollo</p>	<p>Hipersensibilidad (n=10)</p> <p>Ansiedad (n=10)</p> <p>Discapacidades intelectuales (n=10)</p> <p>Entrenamiento parental (n=17)</p> <p>Apoyo (n=10)</p> <p>Enseñanza estructurada y programada (n=18)</p> <p>Principios del TEACCH: (n=16)</p> <p>Entorno (n=10)</p> <p>Mejora de las habilidades lingüísticas de aprendizaje (n=20)</p> <p>Evaluación funcional del comportamiento (n=13)</p> <p>Reforzamiento (n=12)</p> <p>Técnicas de comportamiento (n=12)</p> <p>PECS (n=20)</p> <p>Sistemas AAC (tipos, conceptos erróneos, criterios de selección, etc.): (n=12)</p> <p>Socialización e interacción social (n=12)</p> <p>Independencia (n=11)</p> <p>Calidad de vida (n=10)</p> <p>Características de los enfoques de desarrollo (n=18)</p> <p>Enfoque multidisciplinario (n=14)</p> <p>Desarrollo del habla y lenguaje (n=14)</p> <p>Desarrollo de planes individualizados (n=14)</p> <p>Evaluación de capacidades personales (n=13)</p>
<p>5. Conocimiento específico de las características concretas de los usuarios con los que los estudiantes trabajarán 6. Características y necesidades en diferentes contextos y etapas de la vida.</p>	<p>Enfoque basado en las fortalezas del desarrollo personal y la promoción de capacidades</p> <p>--</p>	<p>Transiciones entre períodos de vida (n=17)</p> <p>Diferentes períodos de la vida (por ejemplo, educación, ocio, cambios físicos, integración social, esfera laboral, problemas de salud, etc.): (n=15)</p> <p>Habilidades sociales (n=11)</p> <p>Educación continua (n=14)</p> <p>Enfoque multidisciplinario (n=11)</p> <p>Autoeficacia y autocontrol (n=14)</p>
<p>7. Competencias y perfil profesional</p>	<p>Nuevos roles profesionales</p> <p>Regulación emocional</p>	<p>Habilidades sociales (n=11)</p> <p>Educación continua (n=14)</p> <p>Enfoque multidisciplinario (n=11)</p> <p>Autoeficacia y autocontrol (n=14)</p>

Coordinación con las familias.	Técnicas y estrategias de enseñanza para la regulación emocional (n=13) Síndrome de Burnout (n=10) Bienestar emocional (n=10) Diálogo y comunicación (n=16) Soportes psicoeducativos (n=13)
Práctica basada en derechos, valores y ética.	Derechos de las personas con autismo (n=20) Ética y deontología (n=12) Respeto (n=10)

Tabla 30
Resultados de módulos del curso, nivel II (ronda 2)

Nivel II		
Módulo	Temas	Contenidos
1. Introducción	Introducción al proyecto. Presentación de la entidad: misión, objetivos, servicios, grupo objetivo, principios que definen su identidad, valor de la diversidad. Definición y conceptualización de TEA	Seguimiento de por vida (n=18) Necesidad de este curso (n=17)
	Resultados de investigaciones actuales relacionadas con neurobiología y genética	Comorbilidades (n=16) Características (n=13) Criterios diagnósticos (n=10) Genética (n=13) Teorías neurológicas (n=12) Causas del autismo (n=12) Factores de riesgo (n=11)
	Personas con TEA con discapacidad intelectual asociada	Amplias necesidades de soporte (n=19) Habilidades adaptativas (n=14) Prevalencia de discapacidad intelectual y funcionamiento intelectual en TEA (n=13) Desafíos (n=12)
	Importancia de la salud mental. Iniciación en comorbilidades de TEA	Comorbilidades (n=19) TEA con discapacidad intelectual versus TEA sin discapacidad intelectual (n=10) La evaluación de herramientas necesita apoyo (n=10) Apoyo conductual positivo (n=10)
2. Programas específicos de apoyo e intervención	Intervención de conductas problemáticas	Gestión de comportamientos (por ejemplo, ABA, TEACCH, modelado, etc.): (n=19) Técnicas de control del comportamiento físico (n=10) La agresividad como forma de comunicación y tipos de comportamientos desafiantes (n=10)
	Intervención en la esfera emocional-sexual	Sexualidad (n=20) Fomento de la autoestima y la competencia emocional (n=14)

Salud y nutrición	<p>Formación y educación (n=13) Protección contra el acoso escolar (n=12) Prevención de problemas de salud (n=18) Problemas de alimentación (n=16) Nutrición saludable (por ejemplo, dietas, control de peso): (n=10)</p>
Autonomía personal	<p>Deporte y fisioterapia (n=10) Potenciación de la autonomía y de las ABVD (por ejemplo, higiene, vestimenta, alimentación) de personas con TEA: (n=20) Programas de apoyo (n=17)</p>
Modelos de intervenciones centradas en la familia	<p>Apoyar a las familias de manera positiva (n=15) Planes de intervención familiar (n= 13) Coparticipación de padres, educación e intervenciones (n=12)</p>
Organización de espacios y tiempos	<p>Apoyo de hermanos (n=10) TEACCH; (n=18) Horarios (n=15)</p>
Nuevas tecnologías aplicadas a la intervención	<p>Rutinas y estructura (n=12) Dispositivos de comunicación (n=19) Comunicación alternativa y aumentativa (n=19) Pictograma agenda (n=12)</p>
Diagnóstico	<p>Robótica (n=11) Evaluación diagnóstica temprana (n=19) Diagnóstico diferencial (n=16) Cribado (n=13) DSM-V, criterios CIE-11 (hacia una nueva clasificación): (n=11)</p>
Atención temprana	<p>Intervención temprana, cooperación con la familia (n=22)</p>
Desarrollo de habilidades de comunicación social	<p>Entrenamiento en el baño (n=11) Especificidad de las habilidades de comunicación social (n=15) Comunicación alternativa (n=14)</p>

3. Estrategias para diseñar y evaluar los Planes de Desarrollo Personal	Apoyos para la vida adulta	Idioma (n=11) Círculo de amigos (n=10) Empleo (n=13) Participación de la comunidad (n=13) Vida independiente (n=13) Acompañamiento y tutela (n=12) Desarrollo de habilidades (n=10) Planes y pautas educativas individuales (n=20)
	Programación y formulación de objetivos educativos	Desarrollo de habilidades sociales (n=20) Técnicas y procedimientos de evaluación funcional (n=18)
	Tipos de apoyos	Académico (ordinario, especializado, VET, etc.): (n=12) Apoyo directo en casa (n=12)
	Procesos de planificación	Planificación centrada en la persona (n=23) Evaluación (n=17) Expectativas realistas (n=17) Trabajo en equipo (n=13)
	Diseño y evaluación de objetivos y resultados personales.	Necesidades de apoyo (n=21) Monitoreo periódico (n=17) Evaluaciones validadas (n=17)
	Buenas practicas	Práctica basada en evidencia, intervenciones dirigidas a personas con TEA (n=24) Inclusión de personas con TEA en el abandono comunitario (n=16) Intervenciones dirigidas a familias de personas con TEA (n=11)
	Derechos, empoderamiento, monitoreo de los derechos de las personas con TEA	Inclusión (social, educativa, en el mercado laboral): (n=19) Conciencia (n=13) Coordinación con servicios sociales (n=11) Carta de derechos de las personas con TEA (n=10) Legislación (n=10)

4.3.2.2. Metodología relevante

Para conocer cuál fue la metodología más seleccionada por parte de los participantes para impartir cada parte del módulo, se procedió a analizar la media aritmética y la desviación estándar (DS). La Tabla 31 muestra que tanto en los Niveles I y II, el valor promedio fue >4 . En términos generales, los resultados muestran una homogenización de resultados respecto con las metodologías propuestas para emplear en cada módulo.

Tabla 31

Resultados metodología relevante de los niveles I y II (ronda 2)

	Media (DS)
Nivel I	
Módulo 1	4,21 (7,87)
Módulo 2	4,47 (7,72)
Módulo 3	4,32 (8,20)
Módulo 4	4,37 (8,95)
Módulo 5	4,58 (6,07)
Módulo 6	4,42 (8,38)
Módulo 7	4,44 (7,84)
Nivel II	
Módulo 1	4,37 (8,31)
Módulo 2	4,84 (3,75)
Módulo 3	4,58 (6,92)

4.3.2.3. Peso de los módulos del curso

Para analizar este apartado, se pidió a los participantes puntuaran de 1 a 5 las horas preestablecidas en relación a la duración semanal que debía tener cada módulo. Para el análisis de los resultados obtenidos, se empleó la media y la desviación estándar (DS).

En el Nivel I, se observa que el valor promedio de todos los módulos fue >4 (Tabla 32). Analizando los datos de forma global, se observa que los participantes alcanzaron un acuerdo respecto a la duración en horas de cada módulo. En relación al Nivel II, los resultados muestran el valor promedio de los módulos 2 y 3 fueron >4 . No obstante, el módulo 1 no logró un acuerdo total entre los participantes ($3,68 \pm 1,16$), el cual tendría que ser revisado para una readaptación de horas más adecuada.

Tabla 32*Peso de los módulos del curso de los niveles I y II (ronda 2)*

Nivel I	
Media (DS)	
Módulo 1	4,05 (1,08)
Módulo 2	4,02 (6,07)
Módulo 3	4,68 (5,82)
Módulo 4	4,68 (5,82)
Módulo 5	4,68 (4,78)
Módulo 6	4,32 (7,49)
Módulo 7	4,37 (7,61)
Nivel II	
Módulo 1	3,68 (1,16)
Módulo 2	4,84 (3,75)
Módulo 3	4,68 (5,82)

4.4. RESULTADOS DEL CURSO PILOTO

4.4.1. Características de la muestra

El objetivo principal que se pretendía alcanzar con el curso piloto fue que los profesionales adquirieran y actualizaran conocimientos y habilidades para trabajar con personas con TEA, con el fin de mejorar su desempeño actual o futuro en su puesto de trabajo.

Como se ha descrito en el apartado de metodología (véase 3.2.4. Estudio piloto), la implementación de los cursos piloto se desarrolló en cuatro fases principales de acuerdo al Modelo de Kirkpatrick (2006). En la primera fase, ejecutada antes del comienzo del curso, se recopiló información sobre las características socio-demográficas de los participantes, sus expectativas y motivaciones para participar en el curso, así como su experiencia previa con personas con TEA a través de un cuestionario compuesto por 8 preguntas abiertas que analizaban los siguientes temas: a) *Razón principal para participar en este curso de formación;* b) *Contenido que te gustaría encontrar en la formación;* c) *Habilidades o destrezas que te gustaría desarrollar o mejorar en este curso;* d) *Importancia de la formación para tus futuros planes de carrera;* y c) *Relevancia o impacto de la formación sobre el trabajo realizado.*

De los 127 profesionales que cumplimentaron este cuestionario inicial, 112 eran mujeres (88,2%) y 15 eran hombres (11,8%), con una edad media de 35,78 años. La distribución de participantes por cada ciudad fue la siguiente: 30 profesionales en Burgos (23,6%), 37 participantes en Lisboa (29,2%) y en 60 profesionales en Belgrado (47,2%).

Un total de 74 profesionales (58,27%) participaron en el curso del Nivel I, mientras que fueron 53 los que realizaron el curso del Nivel II (41,73%). En el Nivel I la edad media fue de 32,57 años, y en el Nivel II de 38,98. En relación a los años de experiencia, los valores fueron más elevados en el Nivel II con 9,63 años, mientras que los participantes del Nivel I tenían 5,16 años de experiencia de promedio. El ámbito de trabajo de procedencia de los participantes fue variado, aunque la mayoría provenían del campo de la educación (n=56). En la Tabla 33 se detallan el número de personas participantes, así como el perfil profesional de las mismas.

Tabla 33*Características sociodemográficas y perfiles profesionales de la muestra*

Sexo	
Mujeres	112 (88,2%)
Hombres	15 (11,8%)
Lugar del Piloto, n (%)	
Burgos (España)	30 (23,6%)
Lisboa (Portugal)	37 (29,2%)
Belgrado (Serbia)	60 (47,2%)
Cursos, n (%)	
Nivel I	74 (58,27%)
Nivel II	53 (41,73%)
Edad por Cursos \bar{x} (SD)	
Nivel I	32,57 (8,74)
Nivel II	38,98 (10,03)
Años de experiencia por Cursos \bar{x} (SD)	
Nivel I	5,16 (5,08)
Nivel II	9,63 (6,88)
Perfiles profesionales, n	
Profesor de Educación Especial	28
Profesora de educación especial (especializada en autismo)	16
Logopeda	12
Psicólogo	12
Trabajador social	8
Profesor	7
Psicólogo clínico	6
Estudiante (Educación Especial, Psicólogo, etc.)	6
Cuidador	6
Psicólogo educacional	4
Supervisor de ocio / profesor de taller	4
Rehabilitación / Técnico Deportivo	4
Pedagogo / Pedagogo de la educación especial	4
Administrativo	4
Neuropsicólogo	3
Profesor (Escuela de Enfermería)	2
Técnico de Educación Especial	2
Técnico especializado en Soporte Social / Educación	2
Terapeuta ocupacional	1
Auxiliar de enfermería	1
Asistente de atención domiciliaria	1

4.4.2. Resultados del cuestionario previo a la formación

Los profesionales que participaron en la formación de IPA+ expresaron distintos intereses y motivos por los que participar en los cursos de formación. Los que obtuvieron mayor puntuación son los que se describen a continuación: a) para actualizar o mejorar el conocimiento sobre TEA (n=92); b) para ser formado (en términos de habilidades) en el campo de los TEA (n=32); c) para obtener nuevos conocimientos científicos teóricos y prácticos (n=24); d) para adquirir competencias (n=16); y e) para saber cómo promover la comunicación entre profesionales y las familias (n=15). En la Tabla 34 se recogen las principales respuestas obtenidas a partir de las preguntas de la evaluación de previa a la formación.

Tabla 34

Respuestas a las preguntas de evaluación previa a la formación

Temas	Respuestas
<i>Razón principal para participar en este curso de formación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar / mejorar el conocimiento sobre TEA (n =92) • Ser formado (en términos de habilidades) en el campo de los TEA (n=32) • Aprender métodos de intervención (n=25) • Ser formado (en términos de actuación) en el campo de los TEA (n= 18) • Promover la comunicación y el conocimiento entre profesionales y familias (n=11). • Intereses personales (n=6) • Para trabajar con personas con TEA (n=4) • Para adquirir experiencias nuevas (n=3) • Nuevos conocimientos científicos teóricos y prácticos (n=24)
<i>Contenido formativo que te gustaría encontrar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas terapias basadas en la evidencia (n=20) • Nuevas estrategias de intervención (n=18) • Conocimientos específicos sobre TEA (n=8) • Ejemplos prácticos (n=8) • Manifestación del espectro y características en cada período de vida (n=6) • Diferentes enfoques en el autismo (educativo, médico, psicológico, etc.) (n=6) • Formación profesional básica (n=3) • Legislación (n=3) • Cómo promover la comunicación e intervención entre profesionales y familias (n=2) • Competencias (n=16) • Cómo promover la comunicación entre profesionales y las familias (n=15)
<i>Habilidades que te gustaría desarrollar o mejorar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre TEA (n=13) • Técnicas de intervención (n=11) • Más contenido teórico y práctico (n=11) • Cómo involucrar a las familias en la intervención (n=6) • Nuevos enfoques prácticos (n=6) • Mejor intervención en el trabajo (n=2) • Uso de recursos prácticos (n=2) • Intervención temprana (para identificar síntomas tempranos) (n=2)

<i>Importancia de la formación para tus futuros planes de carrera</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y mejorar las habilidades de formación (n=56) • Actualizar y mejorar los conocimientos y competencias actuales (n=50) • Estar preparado para futuros trabajos (n=5) • La formación no es importante debido a que están trabajando en el campo de los TEA (n=4) • Para mejorar las intervenciones (n=3) • Intereses personales (n=3) • Compartir conocimientos con otros profesionales (n=3) • Para sentirse más seguro (n=2) • Tener más conocimiento en TEA (mejorar o actualizar) (n=67) • Para mejorar la formación actual y futura (n=44) • Hacer una diferencia en el trabajo (n=22)
<i>Relevancia o impacto de la formación en tu trabajo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Para mejorar o desarrollar habilidades (n=17) • Aprender y crear nuevas estrategias de intervención (n=14) • Para sentirse más seguro (n=12) • Desarrollar nuevos enfoques (n=8) • Compartir conocimientos con otros profesionales (n=5) • Cooperar con las familias (n=5)

4.4.3. Evaluación post-módulos

Nivel I

Módulo 1: “Introducción”

El módulo 1 del nivel I lo completaron 69 participantes: 12 de Burgos (80% de los 15 que iniciaron el curso), 16 de Lisboa (84,21% de los 19 que comenzaron el curso) y 41 de Belgrado (100% de los participantes)⁶. Por lo tanto, hubo una pérdida muestral de 5 participantes (7,24%).

La Tabla 35 presenta los análisis cuantitativos del cuestionario, expresados en términos de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y media aritmética y desviación estándar para las variables numéricas. Los datos revelan que el módulo 1 fue positivamente evaluado por un elevado número de la muestra (>75% por los participantes tanto de forma específica en cada ciudad como de forma global), siendo los ítems de *coherencia y claridad* (98,6% de la muestra con un valor promedio de 4,68±0,50) y *contenido esperado-entregado* (92,7% de la muestra con una puntuación promedio de

⁶ La muestra inicial de los socios de Serbia fue de 20 profesionales, debido a un error, se distribuyó el mismo cuestionario del nivel I a los dos niveles.

4,43±0,63), los ítems mejor puntuados en la muestra global. No obstante, en el caso de la muestra de Lisboa, los ítems *necesidades educativas satisfechas* (75,1% de la muestra con un valor promedio de 3,94±0,99) y *tiempo asignado* (68,8% de la muestra con una puntuación promedio de 3,94±0,93), recibieron una evaluación menor.

Tabla 35

Resultados obtenidos en el módulo 1 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	3 (25%)	4 (33,3%)	5 (41,7%)	4,17 (0,84)
Texto y material de aprendizaje	0	0	0	6 (50%)	6 (50%)	4,50 (0,52)
Contenido del curso	0	0	2 (16,7%)	6 (50%)	4 (33,3%)	4,17 (0,72)
Tiempo asignado	0	1 (8,3%)	1 (8,3%)	5 (41,7%)	5 (41,7%)	4,17 (0,94)
Nivel de esfuerzo	0	0	1 (8,3%)	6 (50%)	5 (41,7%)	4,33 (0,65)
Coherencia y claridad	0	0	0	4 (33,3%)	8 (66,7%)	4,67 (0,49)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	3 (25%)	9 (75%)	4,75 (0,45)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	1 (8,3%)	5 (41,7%)	6 (50%)	4,42 (0,67)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	1 (6,3%)	8 (50%)	7 (43,8%)	4,31 (0,79)
Texto y material de aprendizaje	0	0	2 (12,5%)	6 (37,5%)	8 (50%)	4,38 (0,72)
Contenido del curso	0	0	2 (12,5%)	9 (56,3%)	5 (31,3%)	4,19 (0,66)
Tiempo asignado	0	1 (6,3%)	4 (25%)	6 (37,5%)	5 (31,3%)	3,94 (0,93)
Nivel de esfuerzo	0	1 (6,3%)	1 (6,3%)	5 (31,3%)	9 (56,3%)	4,38 (0,89)
Coherencia y claridad	0	0	1 (6,3%)	7 (43,8%)	8 (50%)	4,44 (0,63)
Contenido esperado-entregado	0	0	1 (6,3%)	6 (37,5%)	9 (56,3%)	4,50 (0,63)
Necesidades educativas satisfechas	0	2 (12,5%)	2 (12,5%)	7 (43,8%)	5 (31,3%)	3,94 (0,99)
Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	1 (2,4%)	8 (19,5%)	32 (78%)	4,76 (0,49)

Texto y material de aprendizaje	0	0	0	13 (31,7%)	28 (68,3%)	4,68 (0,47)
Contenido del curso	0	0	1 (2,4%)	14 (34,1%)	26 (63,4%)	4,61 (0,54)
Tiempo asignado	0	1 (2,4%)	1 (2,4%)	8 (19,5%)	31 (75,6%)	4,68 (0,65)
Nivel de esfuerzo	0	1 (2,4%)	2 (4,9%)	8 (19,5%)	30 (73,2%)	4,61 (0,80)
Coherencia y claridad	0	0	0	9 (22%)	32 (78%)	4,78 (0,42)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	11 (26,8%)	30 (73,2%)	4,73 (0,45)
Necesidades educativas satisfechas	0	1 (2,4%)	6 (14,6%)	8 (19,5%)	26 (63,4%)	4,44 (0,84)

Ítems	Resultados Globales					
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	\bar{x} (DS)
Organización general	0	1 (1,4%)	4 (5,8%)	20 (29%)	44 (63,8%)	4,55 (0,68)
Texto y material de aprendizaje	0	0	2 (2,9%)	25 (36,2%)	42 (60,9%)	4,58 (0,55)
Contenido del curso	0	0	5 (7,2%)	29 (42%)	35 (50,7%)	4,43 (0,63)
Tiempo asignado	0	3 (4,3%)	6 (8,7%)	19 (27,5%)	41 (59,4%)	4,42 (0,83)
Nivel de esfuerzo	1 (1,4%)	1 (1,4%)	4 (5,8%)	19 (27,5%)	44 (63,8%)	4,51 (0,80)
Coherencia y claridad	0	0	1 (1,4%)	20 (29%)	48 (69,6%)	4,68 (0,50)
Contenido esperado-entregado	0	0	1 (1,4%)	20 (29%)	48 (69,6%)	4,68 (0,50)
Necesidades educativas satisfechas	0	3 (4,3%)	9 (13%)	20 (29%)	37 (53,6%)	4,32 (0,87)

La Tabla 36 recoge las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario. La retroalimentación recibida por la mayor parte de los participantes fue positiva, de manera que se puede concluir que el contenido del módulo 1 fue evaluado positivamente.

Tabla 36

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 1 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=35). • Todo fue correcto y apropiado (n=21). • Las palabras específicas son difíciles de entender (n=1).
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • El contenido fue fácil de entender (n=36). • Nada que añadir (n=15). • El contenido fue demasiado fácil (n=3). • Recordar los conocimientos existentes sería útil (n=1).

Sugerencias de recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Todo fue correcto y apropiado (n=24). • Nada que añadir (n=22). • El cuestionario de autoevaluación fue difícil de entender (n=1). • El cuestionario de autoevaluación necesita una mejor traducción (n=1).
---------------------------------------	--

Módulo 2: “Definición y conceptualización del TEA”

El módulo 2 del nivel I fue completado por un total de 68 participantes: 12 de Burgos (80% de los 15 que iniciaron el curso), 16 de Lisboa (84,21% de los 19 que comenzaron el curso) y 40 de Belgrado (100% de los participantes). Por lo tanto, hubo una pérdida muestral de 6 participantes (8,11%).

La Tabla 37 muestra que el módulo 2 fue evaluado positivamente por los participantes de cada país (>75% de la muestra tanto de forma individual como conjunta), siendo los ítems de *organización general* (4,63±0,52); *texto y material de aprendizaje* (4,65±0,54); y *contenido esperado-entregado* (4,68±0,53), los que presentaron un promedio superior en la muestra global. No obstante, en el caso de la muestra de Lisboa, el ítem *tiempo asignado* obtuvo un promedio menor que los hallados en los resultados globales (37,6% con un valor promedio de 3,19±1,17 vs. 79,4% de la muestra global con un valor promedio de 4,22±1,00).

Tabla 37

Resultados obtenidos en el módulo 2 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Organización general	0	0	0	6 (50%)	6 (50%)	4,50 (0,52)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (8,3%)	5 (41,7%)	6 (50%)	4,42 (0,67)
Contenido del curso	0	0	1 (8,3%)	6 (50%)	5 (41,7%)	4,33 (0,65)
Tiempo asignado	0	0	1 (8,3%)	5 (41,7%)	6 (50%)	4,42 (0,67)
Nivel de esfuerzo	0	1 (8,3%)	0	4 (33,3%)	7 (58,3%)	4,42 (0,90)
Coherencia y claridad	0	0	1 (8,3%)	4 (33,3%)	7 (58,3%)	4,50 (0,67)
Contenido esperado- entregado	0	0	0	3 (25%)	9 (75%)	4,75 (0,45)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	1 (8,3%)	3 (25%)	8 (66,7%)	4,58 (0,67)

Ítems	Piloto Lisboa					
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	\bar{x} (DS)
Organización general	0	0	0	8 (50%)	8 (50%)	4,50 (0,52)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (6,3%)	8 (50%)	7 (43,8%)	4,38 (0,62)
Contenido del curso	0	0	5 (31,3%)	4 (25%)	7 (43,8%)	4,13 (0,89)
Tiempo asignado	0	6 (37,5%)	4 (25%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)	3,19 (1,17)
Nivel de esfuerzo	0	0	1 (6,3%)	7 (43,8%)	7 (43,8%)	4,40 (0,63)
Coherencia y claridad	0	0	0	7 (43,8%)	9 (56,3%)	4,56 (0,51)
Contenido esperado-entregado	0	0	1 (6,3%)	7 (43,8%)	8 (50%)	4,44 (0,63)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	3 (18,8%)	8 (50%)	4 (25%)	4,07 (0,70)
Ítems	Piloto Belgrado					
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	\bar{x} (DS)
Organización general	0	0	1 (2,5%)	9 (22,5%)	30 (75%)	4,73 (0,51)
Texto y material de aprendizaje	0	0	0	7 (17,5%)	33 (82,5%)	4,83 (0,39)
Contenido del curso	0	0	0	10 (25%)	30 (75%)	4,75 (0,44)
Tiempo asignado	0	1 (2,5%)	2 (5%)	10 (25%)	27 (67,5%)	4,58 (0,71)
Nivel de esfuerzo	0	1 (2,5%)	2 (5%)	9 (22,5%)	29 (72,5%)	4,65 (0,66)
Coherencia y claridad	0	1 (2,5%)	1 (2,5%)	10 (25%)	28 (70%)	4,63 (0,67)
Contenido esperado-entregado	0	0	1 (2,5%)	8 (20%)	31 (77,5%)	4,75 (0,49)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	0	10 (25%)	30 (75%)	4,75 (0,44)
Ítems	Resultados Globales					
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	\bar{x} (DS)
Organización general	0	0	1 (1,5%)	23 (33,8%)	44 (64,7%)	4,63 (0,52)
Texto y material de aprendizaje	0	0	2 (2,9%)	20 (29,4%)	46 (67,6%)	4,65 (0,54)
Contenido del curso	0	0	4 (5,9%)	20 (29,4%)	42 (61,8%)	4,58 (0,61)
Tiempo asignado	0	7 (10,3%)	7 (10,3%)	18 (26,5%)	36 (52,9%)	4,22 (1,00)
Nivel de esfuerzo	0	2 (2,9%)	2 (2,9%)	20 (29,4%)	43 (63,2%)	4,55 (0,70)
Coherencia y claridad	0	1 (1,5%)	2 (2,9%)	21 (30,9%)	44 (64,7%)	4,59 (0,63)

Contenido esperado-entregado	0	0	2 (2,9%)	18 (26,5%)	48 (70,6%)	4,68 (0,53)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	4 (5,9%)	21 (30,9%)	42 (61,8%)	4,57 (0,61)

La Tabla 38 recoge las respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario del módulo 2, el cual fue evaluado positivamente por la mayoría de los participantes, ya que en los 3 ítems la respuesta que más veces se repitió fue *nada que agregar* (n=34; n=41; n=27).

Tabla 38

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 2 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que agregar (n=34). • Todo estaba claro (n=5). • Contenido difícil explicado claramente (n=3). • La terminología fue difícil de entender (n=2).
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que agregar (n=41). • La información fue adecuada (n=9). • El contenido era demasiado fácil o incluía información repetida (n=5). • La información era familiar (n=4).
Sugerencias de recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que agregar (n=27). • Facilitar la disponibilidad de contenido (n=5). • Los contenidos fueron adecuados (n=4). • Se necesita más conocimiento teórico (n=1). • Las preguntas en el cuestionario de autoevaluación no estaban bien formuladas (n=1). • Las lecturas podrían ser más fáciles (n=1).

Módulo 3: “Principios básicos y estrategias de intervención”

El módulo 3 del nivel I lo completaron un total de 66 participantes: 11 de Burgos (73,33% de los 15 que iniciaron el curso), 16 de Lisboa (84,21% de los 19 que comenzaron el curso) y 39 de Belgrado (97,5% de los 40 que comenzaron el curso). Por lo tanto, hubo una pérdida de la muestra de 8 participantes (10,81%).

La Tabla 39 muestra los resultados del módulo 3, tanto de forma individual de cada país piloto como conjunta. En líneas generales, fue evaluado positivamente por los participantes de cada país piloto (>75% de la muestra tanto de forma individual como global). No obstante, el módulo 3 presentó más divergencia y menores puntuaciones en las muestras individuales. Por ejemplo, la muestra de Lisboa otorgó menores puntuaciones en los ítems de *necesidades educativas satisfechas* (62,6% de la muestra

con un valor promedio de $3,81 \pm 1,41$), y *contenido del curso* (56,3% de la muestra con un valor promedio de $3,94 \pm 0,89$), *tiempo asignado* (31,3% de la muestra con una puntuación media de $3,00 \pm 1,21$) y *coherencia y claridad* (18,8% de la muestra con valor promedio de $3,94 \pm 0,93$). Igualmente, la muestra de Burgos otorgó menores puntuaciones al ítem de *tiempo asignado* (72,8% de la muestra con una puntuación media de $4,18 \pm 0,87$). Finalmente, la muestra de Belgrado otorgó una menor puntuación el ítem de *coherencia y claridad* (61,5% de la muestra con un valor promedio de $3,90 \pm 0,99$).

Tabla 39*Resultados obtenidos en el módulo 3 de la evaluación post-módulos, nivel I*

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Texto y material de aprendizaje	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Contenido del curso	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Tiempo asignado	0	0	3 (27,3%)	3 (27,3%)	5 (45,5%)	4,18 (0,87)
Nivel de esfuerzo	0	0	0	4 (36,4%)	7 (63,6%)	4,64 (0,51)
Coherencia y claridad	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	2 (12,5%)	1 (6,3%)	8 (50%)	5 (31,3%)	4,00 (0,52)
Texto y material de aprendizaje	0	0	3 (18,8%)	9 (56,3%)	5 (31,3%)	4,19 (0,62)
Contenido del curso	0	0	7 (43,8%)	3 (18,8%)	6 (37,5%)	3,94 (0,89)
Tiempo asignado	0	8 (50%)	3 (18,8%)	2 (12,5%)	3 (18,8%)	3,00 (1,21)
Nivel de esfuerzo	0	1 (6,3%)	3 (18,8%)	7 (43,8%)	5 (31,3%)	4,00 (0,89)
Coherencia y claridad	0	2 (12,5%)	1 (6,3%)	9 (56,3%)	4 (25%)	3,94 (0,93)
Contenido esperado-entregado	0	0	4 (25%)	5 (31,3%)	7 (43,8%)	4,19 (0,83)
Necesidades educativas satisfechas	0	2 (12,5%)	4 (25%)	5 (31,3%)	5 (31,3%)	3,81 (1,41)

Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	6 (15,4%)	15 (38,5%)	18 (46,2%)	4,31 (0,73)
Texto y material de aprendizaje	0	1 (2,6%)	5 (12,8%)	10 (25,6%)	23 (59%)	4,41 (0,82)
Contenido del curso	0	3 (7,7%)	6 (15,4%)	10 (25,6%)	20 (51,3%)	4,21 (0,98)
Tiempo asignado	0	0	6 (15,4%)	9 (23,1%)	24 (61,5%)	4,46 (0,76)
Nivel de esfuerzo	0	0	6 (15,4%)	13 (33,3%)	20 (51,3%)	4,36 (0,74)
Coherencia y claridad	0	3 (7,7%)	12 (30,8%)	10 (25,6%)	14 (35,9%)	3,90 (0,99)
Contenido esperado-entregado	0	1 (2,6%)	3 (7,7%)	13 (33,3%)	22 (56,4%)	4,44 (0,75)
Necesidades educativas satisfechas	0	2 (5,1%)	2 (5,1%)	11 (28,2%)	24 (61,5%)	4,46 (0,82)
Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	1 (1,5%)	7 (10,6%)	25 (37,9%)	31 (47%)	4,34 (0,74)
Texto y material de aprendizaje	0	1 (1,5%)	7 (10,6%)	21 (31,8%)	37 (56,1%)	4,42 (0,75)
Contenido del curso	0	3 (4,3%)	13 (19,7%)	16 (24,2%)	34 (51,5%)	4,23 (0,93)
Tiempo asignado	0	6 (8,7%)	12 (18,2%)	14 (21,2%)	32 (48,5%)	4,13 (0,10)
Nivel de esfuerzo	0	1 (1,5%)	9 (13,6%)	24 (36,4%)	32 (48,5%)	4,32 (0,77)
Coherencia y claridad	0	5 (7,6%)	13 (19,7%)	20 (30,3%)	27 (40,9%)	4,06 (0,97)
Contenido esperado-entregado	0	1 (1,5%)	7 (10,6%)	20 (30,3%)	38 (57,6%)	4,44 (0,75)
Necesidades educativas satisfechas	0	4 (6,1%)	6 (9,1%)	18 (27,3%)	38 (57,6%)	4,36 (0,89)

En relación a la parte cualitativa del cuestionario, la Tabla 40 recoge las principales respuestas obtenidas. Los ítems propuestos obtuvieron buenas valoraciones, siendo la repuesta *nada que añadir* la que obtuvo mayor puntuación (n=50; n=35; n=24). En líneas generales, el contenido del curso piloto del módulo 3 fue evaluado de forma positiva por los participantes.

Tabla 40

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 3 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=35). • Problemas con el sitio web (n=2). • Contenido repetido (n=1).
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=50). • El contenido fue fácil (n=2). • El contenido era contenido familiar o repetido (n=2).
Sugerencias de recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=24). • Todo fue correcto y apropiado (n=13). • Palabras específicas difíciles de entender (n=4). • El cuestionario de autoevaluación fue difícil (n=3). • El módulo requirió esfuerzo/plazos (n=2).

Módulo 4: “Modelos de referencia de intervención”

El módulo 4 del nivel I fue completado por un total de 64 participantes: 11 de Burgos (73,33% de los 15 que iniciaron el curso), 15 de Lisboa (78,95% de los 19 que comenzaron el curso) y 38 de Belgrado (95% de los 40 que comenzaron el curso). Por lo tanto, hubo una pérdida muestral de 10 participantes (13,51%).

La Tabla 41 muestra los resultados cuantitativos del módulo 4. En líneas generales, fue evaluado positivamente por los participantes de cada país piloto (>75% de la muestra tanto de forma individual como conjunta), siendo los ítems *contenido esperado-entregado* (98,4% de la muestra con un valor promedio de $4,56 \pm 0,53$) y *texto y material de aprendizaje* (87,6% de la muestra con un promedio de $4,42 \pm 0,75$) los que presentaron un promedio superior en la muestra global. Sin embargo, la muestra de Lisboa otorgó puntuaciones menores a los ítems *necesidades educativas satisfechas* (66,6% de la muestra con una puntuación promedio de $3,93 \pm 0,96$), *contenido del curso* (53,3% de la muestra con un valor promedio de $3,93 \pm 0,96$) y *tiempo asignado* (33,3% de la muestra con un valor promedio de $3,27 \pm 1,10$). Igualmente, la muestra de Belgrado dio menor puntuación al ítem de *coherencia y claridad* (68,4% de la muestra con un promedio de $3,97 \pm 0,92$).

Tabla 41

Resultados obtenidos en el módulo 4 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	6 (54,5%)	5 (45,5%)	4,45 (0,52)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (9,1%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	4,45 (0,69)
Contenido del curso	0	0	1 (9,1%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	4,45 (0,69)
Tiempo asignado	0	0	2 (18,2%)	5 (45,5%)	4 (36,4%)	4,18 (0,75)
Nivel de esfuerzo	0	0	1 (9,1%)	6 (54,5%)	4 (36,4%)	4,27 (0,65)
Coherencia y claridad	0	0	0	4 (36,4%)	7 (63,6%)	4,64 (0,51)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	1 (9,1%)	10 (90,9%)	4,91 (0,30)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	10 (66,7%)	5 (33,3%)	4,33 (0,49)
Texto y material de aprendizaje	0	1 (6,7%)	1 (6,7%)	7 (46,7%)	6 (40%)	4,20 (0,86)
Contenido del curso	0	0	7 (46,7%)	2 (13,3%)	6 (40%)	3,93 (0,96)
Tiempo asignado	0	4 (26,7%)	6 (40%)	2 (13,3%)	3 (20%)	3,27 (1,10)
Nivel de esfuerzo	0	0	1 (6,7%)	8 (53,3%)	6 (40%)	4,33 (0,62)
Coherencia y claridad	0	0	1 (6,7%)	8 (53,3%)	6 (40%)	4,33 (0,62)
Contenido esperado-entregado	0	0	1 (6,7%)	8 (53,3%)	6 (40%)	4,33 (0,62)
Necesidades educativas satisfechas	0	1 (6,7%)	4 (26,7%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)	3,93 (0,96)
Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	3 (7,9%)	16 (42,1%)	19 (50%)	4,42 (0,64)
Texto y material de aprendizaje	0	0	5 (13,3%)	9 (23,7%)	24 (63,2%)	4,50 (0,73)
Contenido del curso	0	0	3 (7,9%)	17 (44,7%)	18 (47,4%)	4,39 (0,64)
Tiempo asignado	0	0	4 (10,5%)	11 (28,9%)	23 (60,52%)	4,50 (0,69)
Nivel de esfuerzo	0	0	4 (10,5%)	13 (34,2%)	21 (55,3%)	4,35 (0,69)
Coherencia y claridad	0	2 (5,3%)	10 (26,3%)	13 (34,2%)	13 (34,2%)	3,97 (0,92)

Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Contenido esperado-entregado	0	0	0	17 (44,7%)	21 (55,3%)	4,55 (0,50)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	3 (7,9%)	13 (36,8%)	21 (55,3%)	4,47 (0,65)
Organización general	0	0	3 (4,7%)	32 (50%)	29 (45,3%)	4,41 (0,58)
Texto y material de aprendizaje	0	1 (1,6%)	7 (10,9%)	20 (31,3%)	36 (56,3%)	4,42 (0,75)
Contenido del curso	0	0	10 (15,6%)	23 (35,9%)	30 (46,9%)	4,32 (0,74)
Tiempo asignado	0	4 (6,3%)	12 (18,8%)	18 (28,1%)	30 (46,9%)	4,16 (0,95)
Nivel de esfuerzo	0	0	6 (9,4%)	27 (42,2%)	31 (48,4%)	4,39 (0,66)
Coherencia y claridad	0	2 (3,1%)	11 (17,2%)	25 (39,1%)	26 (40,6%)	4,17 (0,83)
Contenido esperado-entregado	0	0	1 (1,6%)	26 (40,6%)	37 (57,8%)	4,56 (0,53)
Necesidades educativas satisfechas	0	1 (1,6%)	7 (10,9%)	21 (32,8%)	35 (54,7%)	4,41 (0,75)

Por otra parte, la Tabla 42 recoge las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario. En líneas generales, el contenido del curso piloto del módulo 4 fue evaluado de forma positiva por los participantes, ya que una de las respuestas que se repitió con mayor asiduidad fue *nada que añadir* (n=40; n=27). No obstante, en relación a los aspectos a mejorar del contenido del módulo, los participantes sugirieron la necesidad de una *mayor información sobre el modelo de calidad de vida* (n=3) y que el *contenido era demasiado fácil en las áreas específicas* (n=6). Por último, y como sugerencia para perfeccionar el curso, señalaron *la existencia de palabras específicas difíciles de entender* (n=6).

Tabla 42

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 4 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=27). • El contenido fue fácil de entender (n=7). • Se prefiere más información sobre el modelo de calidad de vida (n=3).
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=40). • Todo fue correcto y apropiado (n=8). • El contenido fue demasiado fácil (n=6). • El contenido era familiar (n=4). • El contenido fue fácil (n=2). • El módulo fue útil (n=1).

Sugerencias de recomendaciones

- Nada que añadir (n=27).
- Todo fue correcto y apropiado (n=15).
- Palabras específicas difíciles de entender (n=6).
- El módulo requirió esfuerzo / plazos (n=2).

Módulo 5: “Conocimiento específico de las características concretas de las personas con los que los estudiantes trabajarán”

El módulo 5 del nivel I fue completado por un total de 61 participantes, 11 de Burgos (73,33% de los 15 que iniciaron el curso), 15 de Lisboa (78,95% de los 19 que comenzaron el curso) y 35 de Belgrado (87,5% de los 40 que comenzaron el curso). Por lo tanto, hubo una pérdida muestral de 13 participantes (17,57%).

La Tabla 43 muestra la evaluación cuantitativa del módulo 5, el cual fue evaluado positivamente por gran parte de la muestra (>75%), siendo los ítems mejores puntuados *organización general* (96,7% de la muestra con un valor promedio de 4,52±0,57) y *contenido esperado-entregado* (95,1% de la muestra con promedio de 4,52±0,59). Sin embargo, hubo un ítem que fue evaluado positivamente por <75% de la muestra, como fue el caso del *tiempo asignado* por la muestra de Lisboa (53,4% de la muestra con una puntuación promedio de 3,53±1,25) y por la muestra total (72,2% de la muestra con un valor promedio de 4,25±0,98).

Tabla 43

Resultados obtenidos en el módulo 5 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	4 (36,4%)	7 (63,6%)	4,64 (0,51)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (9,1%)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	4,55 (0,69)
Contenido del curso	0	0	0	4 (36,4%)	7 (63,6%)	4,64 (0,51)
Tiempo asignado	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Nivel de esfuerzo	0	0	0	4 (36,4%)	7 (63,6%)	4,64 (0,51)
Coherencia y claridad	0	0	1 (9,1%)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	4,55 (0,69)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	0	4 (36,4%)	7 (63,6%)	4,64 (0,51)

Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	Respuestas					
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	8 (53,3%)	7 (46,7%)	4,47 (0,52)
Texto y material de aprendizaje	0	0	3 (20%)	7 (46,7%)	5 (33,3%)	4,13 (0,74)
Contenido del curso	0	0	3 (20%)	7 (46,7%)	5 (33,3%)	4,13 (0,74)
Tiempo asignado	1 (6,7%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	3,53 (1,25)
Nivel de esfuerzo	0	0	1 (6,7%)	9 (60%)	5 (33,3%)	4,27 (0,59)
Coherencia y claridad	0	0	1 (6,7%)	9 (60%)	5 (33,3%)	4,27 (0,59)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	8 (53,3%)	7 (46,7%)	4,47 (0,52)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	3 (20%)	8 (53,3%)	4 (26,7%)	4,07 (0,70)
Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	Respuestas					
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	2 (5,7%)	13 (37,1%)	20 (57,1%)	4,51 (0,61)
Texto y material de aprendizaje	0	0	2 (5,7%)	13 (37,1%)	20 (57,1%)	4,51 (0,61)
Contenido del curso	0	0	3 (8,6%)	14 (40,0%)	18 (51,4%)	4,43 (0,65)
Tiempo asignado	0	0	7 (20%)	7 (20%)	21 (60%)	4,40 (0,81)
Nivel de esfuerzo	0	2 (5,7%)	4 (11,4%)	11 (31,4%)	18 (51,4%)	4,29 (0,89)
Coherencia y claridad	0	4 (11,4%)	4 (11,4%)	11 (31,4%)	16 (45,7%)	4,11 (1,02)
Contenido esperado-entregado	0	0	3 (8,6%)	11 (31,4%)	21 (60%)	4,51 (0,66)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	5 (14,3%)	11 (31,4%)	19 (54,3%)	4,40 (0,74)
Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (DS)
	Respuestas					
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	2 (3,3%)	25 (41%)	34 (55,7%)	4,52 (0,57)
Texto y material de aprendizaje	0	0	6 (9,8%)	23 (37,7%)	32 (52,5%)	4,43 (0,67)
Contenido del curso	0	0	6 (9,8%)	25 (41%)	30 (49,2%)	4,39 (0,67)
Tiempo asignado	1 (1,6%)	2 (3,3%)	11 (18%)	14 (23%)	30 (49,2%)	4,25 (0,98)
Nivel de esfuerzo	0	2 (3,3%)	5 (8,2%)	24 (39,3%)	31 (49,2%)	4,34 (0,77)
Coherencia y claridad	0	4 (6,6%)	6 (9,8%)	23 (37,7%)	28 (45,9%)	4,23 (0,88)

Contenido esperado-entregado	0	0	3 (4,9%)	22 (36,1%)	36 (59%)	4,54 (0,59)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	8 (13,1%)	23 (37,7%)	30 (49,2%)	4,36 (0,71)

La Tabla 44 recoge las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario del módulo 5. En líneas generales, fue evaluado de forma positiva por los participantes y *nada que añadir* (n=50) fue de las respuestas más votadas. No obstante, como sugerencia de mejora en el contenido del módulo, los participantes resaltaron la existencia de *palabras específicas difíciles de entender* (n=5).

Tabla 44

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 5 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=29). • El contenido fue fácil de entender (n=7). • Las actividades requirieron esfuerzo (n=3). • Escritura específica difícil de entender (n=2).
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=50). • El módulo fue correcto y apropiado (n=5). • El contenido fue demasiado fácil (n=1). • El contenido era familiar (n=1).
Sugerencias de recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=25). • Todo fue correcto y apropiado (n=9). • Palabras específicas difíciles de entender (n=5). • El módulo requirió esfuerzo/plazos (n=3).

Módulo 6: “Características y necesidades en diferentes contextos y etapas de la vida”

El módulo 6 del nivel I fue completado por 61 participantes: 11 de Burgos (73,33% de los 15 que comenzaron el curso), 15 de Lisboa (78,95% de los 19 que comenzaron el curso) y 35 de Belgrado (87,5% de los 40 que comenzaron el curso). Por lo tanto, hubo una pérdida de la muestra de 13 participantes (17,57%).

La Tabla 45 muestra los resultados cuantitativos del módulo 6, el cual fue positivamente evaluado por más del 75% de la muestra de los participantes (tanto de forma individual como conjunta). Los ítems mejor valorados por la muestra total fueron *contenido esperado-entregado* (98,4% de la muestra con un valor promedio de 4,62±0,58) y *organización general* (95,1% de la muestra con un valor promedio de 4,61±0,59). Sin embargo, el ítem *tiempo asignado* fue evaluado positivamente, pero por debajo del 75% de la muestra, por Lisboa (72,8% con valor promedio de 4,18±0,87) y por Burgos (53,4% con valor promedio de 3,60±1,12).

Tabla 45

Resultados obtenidos en el módulo 6 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Texto y material de aprendizaje	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Contenido del curso	0	0	0	4 (36,4%)	7 (63,6%)	4,64 (0,51)
Tiempo asignado	0	0	3 (27,3%)	3 (27,3%)	5 (45,5%)	4,18 (0,87)
Nivel de esfuerzo	0	0	0	6 (54,5%)	5 (45,5%)	4,45 (0,52)
Coherencia y claridad	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	1 (6,7%)	7 (46,7%)	7 (46,7%)	4,40 (0,63)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (6,7%)	8 (53,3%)	6 (40%)	4,33 (0,62)
Contenido del curso	0	0	2 (13,3%)	7 (46,7%)	6 (40%)	4,27 (0,70)
Tiempo asignado	0	3 (20%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	3,60 (1,12)
Nivel de esfuerzo	0	0	3 (20%)	5 (33,3%)	7 (46,7%)	4,27 (0,8)
Coherencia y claridad	0	0	0	9 (60%)	6 (40%)	4,40 (0,51)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	8 (53,3%)	7 (46,7%)	4,47 (0,52)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	1 (6,7%)	9 (60%)	5 (33,3%)	4,27 (0,59)
Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	2 (5,7%)	9 (25,7%)	24 (68,6%)	4,63 (0,60)
Texto y material de aprendizaje	0	0	2 (5,7%)	8 (22,9%)	25 (71,4%)	4,66 (0,59)
Contenido del curso	0	1 (2,9%)	1 (2,9%)	11 (31,4%)	22 (62,9%)	4,54 (0,70)
Tiempo asignado	0	0	3 (8,6%)	11 (31,4%)	21 (60%)	4,51 (0,66)
Nivel de esfuerzo	0	1 (2,9%)	1 (2,9%)	12 (34,3%)	21 (60%)	4,51 (0,70)

Ítems	Resultados Globales					Totalmente de acuerdo	\bar{x} (DS)
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo		
Coherencia y claridad	0	1 (2,9%)	2 (5,7%)	8 (22,9%)	24 (68,6%)	4,57 (0,74)	
Contenido esperado-entregado	0	0	1 (2,9%)	10 (28,6%)	24 (68,6%)	4,63 (0,65)	
Necesidades educativas satisfechas	0	1 (2,9%)	2 (5,7%)	7 (20%)	25 (71,4%)	4,57 (0,85)	
Organización general	0	0	3 (4,9%)	18 (29,5%)	40 (65,6%)	4,61 (0,59)	
Texto y material de aprendizaje	0	0	3 (4,9%)	19 (31,1%)	39 (63,9%)	4,59 (0,59)	
Contenido del curso	0	1 (1,6%)	3 (4,9%)	22 (36,1%)	35 (57,4%)	4,49 (0,67)	
Tiempo asignado	0	3 (4,9%)	10 (16,4%)	18 (29,5%)	30 (49,2%)	4,23 (0,90)	
Nivel de esfuerzo	0	1 (1,6%)	4 (6,6%)	23 (37,7%)	33 (54,1%)	4,44 (0,70)	
Coherencia y claridad	0	1 (1,6%)	2 (3,3%)	20 (32,8%)	38 (62,3%)	4,56 (0,65)	
Contenido esperado-entregado	0	1 (1,6%)	0	20 (32,8%)	40 (65,6%)	4,62 (0,58)	
Necesidades educativas satisfechas	1 (1,6%)	0	3 (4,9%)	19 (31,1%)	38 (62,3%)	4,52 (0,74)	

Por otra parte, la Tabla 46 recoge las principales respuestas cualitativas obtenidas en el cuestionario. En líneas generales, el contenido del módulo 6 fue evaluado de forma positiva por los participantes, ya que una de las respuestas que con mayor frecuencia se repitió fue *nada que añadir* (n=41; n=33). No obstante, en el apartado de sugerencias para mejorar, los participantes resaltaron que *las actividades propuestas requirieron más esfuerzo o se tuvieron que realizar en un plazo de tiempo más extenso del propuesto inicialmente* (n=5).

Tabla 46

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 6 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=33). • Palabras específicas / difíciles de entender (n=2). • Las actividades requirieron esfuerzo (n=2).
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=41). • El contenido y las actividades fueron difíciles (n=3). • El contenido era familiar (n=2). • El módulo fue correcto y apropiado (n=1).
Sugerencias de recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=22). • Todo fue correcto y apropiado (n=12). • Las actividades requirieron más esfuerzo / plazo extenso (n=5). • Palabras específicas/difíciles de entender (n=1).

Módulo 7: “Competencias y perfil profesional”

El módulo 7 del nivel I lo completaron un total de 61 participantes: 11 de Burgos (73,33% de los 15 que iniciaron el curso), 15 de Lisboa (78,95% de los 19 que comenzaron el curso) y 35 de Belgrado (87,5 de los 40 que comenzaron el curso. Por lo tanto, hubo una pérdida de muestra de 13 participantes (17,57%).

La Tabla 47 recoge las respuestas cuantitativas del módulo 7, el cual fue evaluado positivamente por más 75% de la muestra (tanto de forma individual como conjunta), siendo *texto y material de aprendizaje* (95,1% de la muestra con un valor promedio de $4,56 \pm 0,65$) y *necesidades educativas satisfechas* (93,4% de la muestra con un valor promedio de $4,58 \pm 0,59$) los dos ítems con mayor puntuación por parte de la muestra total. Sin embargo, el ítem *tiempo asignado* fue valorado positivamente por menos del 75% de participantes en el caso de la muestra de Lisboa (53,3% con valor promedio de $3,79 \pm 1,12$).

Tabla 47*Resultados obtenidos en el módulo 7 de la evaluación post-módulos, nivel I*

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	5 (45,5%)	6 (54,5%)	4,55 (0,52)
Texto y material de aprendizaje	0	0	0	4 (36,4%)	7 (63,6%)	4,64 (0,51)
Contenido del curso	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Tiempo asignado	0	0	0	5 (45,5%)	6 (54,5%)	4,55 (0,53)
Nivel de esfuerzo	0	0	0	6 (54,5%)	5 (45,5%)	4,45 (0,52)
Coherencia y claridad	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Contenido esperado-entregado	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	0	1 (9,1%)	10 (90,9%)	4,91 (0,30)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	9 (60%)	6 (40%)	4,40 (0,51)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (6,7%)	6 (40%)	8 (53,3%)	4,47 (0,52)
Contenido del curso	0	0	2 (13,3%)	8 (53,3%)	5 (33,3%)	4,20 (0,68)

Tiempo asignado	0	2 (13,3%)	4 (26,7%)	3 (20%)	5 (33,3%)	3,79 (1,12)
Nivel de esfuerzo	0	0	1 (6,7%)	7 (46,7%)	7 (46,7%)	4,40 (0,63)
Coherencia y claridad	0	0	1 (6,7%)	8 (53,3%)	6 (40%)	4,33 (0,62)
Contenido esperado-entregado	0	0	1 (6,7%)	7 (46,7%)	7 (46,7%)	4,40 (0,63)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	1 (6,7%)	7 (46,7%)	6 (40%)	4,36 (0,63)

Piloto Belgrado

Ítems	Respuestas					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	1 (2,9%)	12 (34,3%)	22 (62,9%)	4,60 (0,55)
Texto y material de aprendizaje	0	1 (2,9%)	1 (2,9%)	10 (28,6%)	23 (65,7%)	4,57 (0,7)
Contenido del curso	0	0	3 (8,6%)	12 (34,3%)	20 (57,1%)	4,49 (0,66)
Tiempo asignado	0	0	3 (8,6%)	11 (31,4%)	21 (60%)	4,51 (0,66)
Nivel de esfuerzo	0	0	3 (8,6%)	12 (34,3%)	20 (57,1%)	4,49 (0,66)
Coherencia y claridad	0	2 (5,7%)	4 (11,4%)	9 (25,7%)	20 (57,1%)	4,34 (0,91)
Contenido esperado-entregado	0	0	2 (5,7%)	13 (37,1%)	20 (57,1%)	4,51 (0,61)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	2 (5,7%)	11 (31,4%)	22 (62,9%)	4,57 (0,61)

Resultados Globales

Ítems	Respuestas					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	1 (1,6%)	26 (42,6%)	34 (55,7%)	4,54 (0,54)
Texto y material de aprendizaje	0	1 (1,6%)	2 (3,3%)	20 (32,8%)	38 (62,3%)	4,56 (0,65)
Contenido del curso	0	0	5 (8,2%)	23 (37,7%)	33 (54,1%)	4,46 (0,65)
Tiempo asignado	0	2 (3,3%)	7 (11,5%)	19 (31,1%)	32 (52,5%)	4,35 (0,82)
Nivel de esfuerzo	0	0	4 (6,6%)	25 (41,0%)	32 (52,5%)	4,46 (0,62)
Coherencia y claridad	0	2 (3,3%)	5 (8,2%)	19 (31,1%)	35 (57,4%)	4,43 (0,78)
Contenido esperado-entregado	0	0	3 (4,9%)	22 (36,1%)	36 (59%)	4,54 (0,59)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	3 (4,9%)	19 (31,1%)	38 (62,3%)	4,58 (0,59)

Por otra parte, la Tabla 48 recoge la evaluación cualitativa del módulo 7, el cual, en líneas generales, fue evaluado de forma positiva por los participantes, siendo *nada que añadir* (n=41) una de las respuestas más repetidas.

Tabla 48

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 7 de la evaluación post-módulos, nivel I

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=30). • Todo fue correcto y apropiado (n=3). • Palabras específicas / difíciles de entender (n=1). • El cuestionario de autoevaluación fue difícil de entender (n=1).
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=41). • El contenido era familiar (n=3). • El contenido y las actividades fueron difíciles (n=1). • El módulo fue correcto y apropiado (n=1).
Sugerencias de recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=17). • Todo fue correcto y apropiado (n=10). • Palabras específicas / difíciles de entender (n=1). • El cuestionario de autoevaluación fue difícil de entender (n=1).

Nivel II

Módulo 1: “Introducción”

El módulo 1 del nivel II se completó con 53 participantes: 13 de Burgos (86,67% de los 15 que iniciaron el curso), 18 de Lisboa (100% de la muestra) y 22 de Belgrado (100% de la muestra). Por lo tanto, hubo una pérdida muestral de 2 participantes (3,77%).

La Tabla 49 muestra las respuestas del módulo 1, donde se puede observar que la mayoría de los ítems fueron positivamente puntuados (con respuestas “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”) por una gran parte de la muestra (>75%) de cada país piloto (tanto de forma individual como conjunta). No obstante, hubo una gran variedad de respuestas, las cuales fueron evaluadas positivamente, pero por menos del 75% de la muestra, las cuales fueron:

-*Tiempo asignado* por la muestra de Lisboa (72,2% de la muestra con un valor promedio de $4,18 \pm 1,07$) y por la muestra de Burgos (69,2% de la muestra con un valor promedio de $3,85 \pm 0,69$).

-*Contenido del curso* (72,2% de la muestra con un promedio de $4,06 \pm 0,9$); y *necesidades educativas satisfechas* (72,2% de la muestra con una puntuación promedio de $4,01 \pm 1,00$) por la muestra de Lisboa.

-*Coherencia y claridad* por la muestra de Burgos (69,3% de la muestra con una puntuación media de $3,92 \pm 0,90$).

Tabla 49

Resultados obtenidos en el módulo I de la evaluación post-módulos, nivel II

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	2 (15,4%)	0	4 (30,8%)	6 (46,2%)	4,17 (1,12)
Texto y material de aprendizaje	0	0	0	7 (53,8%)	6 (46,2%)	4,46 (0,52)
Contenido del curso	0	1 (7,7%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)	4 (30,8%)	4,00 (0,91)
Tiempo asignado	0	0	4 (30,8%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	3,85 (0,69)
Nivel de esfuerzo	0	0	1 (7,7%)	10 (76,9%)	2 (15,4%)	4,08 (0,49)
Coherencia y claridad	0	1 (7,7%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	3,92 (0,90)
Contenido esperado-entregado	0	0	3 (23,1%)	6 (46,2%)	4 (30,8%)	4,08 (0,76)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	3 (23,1%)	7 (53,8%)	3 (23,1%)	4,00 (0,70)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	1 (5,6%)	9 (50%)	7 (38,9%)	4,35 (0,61)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (5,6%)	9 (50%)	7 (38,9%)	4,35 (0,61)
Contenido del curso	0	1 (5,6%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	6 (33,3%)	4,06 (0,90)
Tiempo asignado	0	2 (11,1%)	2 (11,1%)	4 (22,2%)	9 (50%)	4,18 (1,07)
Nivel de esfuerzo	0	2 (11,1%)	1 (5,6%)	9 (50%)	5 (27,8%)	4,04 (0,94)
Coherencia y claridad	0	0	1 (5,6%)	8 (44,4%)	8 (44,4%)	4,41 (0,62)
Contenido esperado-entregado	0	0	3 (16,7%)	9 (50%)	5 (27,8%)	4,12 (0,70)
Necesidades educativas satisfechas	0	2 (11,1%)	2 (11,1%)	7 (38,9%)	6 (33,3%)	4,04 (1,00)
Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	7 (31,8%)	15 (68,2%)	4,68 (0,48)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (4,5%)	6 (27,3%)	15 (68,2%)	4,64 (0,59)
Contenido del curso	0	0	1 (4,5%)	5 (22,7%)	16 (72,7%)	4,68 (0,57)
Tiempo asignado	0	0	0	5 (22,7%)	17 (77,3%)	4,77 (0,43)
Nivel de esfuerzo	0	0	1 (4,5%)	8 (36,4%)	13 (59,1%)	4,55 (0,60)
Coherencia y claridad	0	0	0	6 (27,3%)	16	4,73

Ítems	Resultados Globales					Totalmente de acuerdo	\bar{x} (DS)
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	De (72,7%)		
Contenido esperado-entregado	0	0	0	6 (27,3%)	(72,7%)	16	(0,46)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	0	4 (18,2%)	(72,7%)	18	(0,46)
					(81,8%)		(0,40)
Organización general	0	2 (3,8%)	1 (1,9%)	20 (37,7%)	(52,8%)	28	4,45 (0,73)
Texto y material de aprendizaje	0	0	2 (3,8%)	22 (41,5%)	(52,8%)	28	4,50 (0,58)
Contenido del curso	0	2 (3,8%)	6 (11,3%)	18 (34%)	(49,1%)	26	4,31 (0,83)
Tiempo asignado	0	2 (3,8%)	6 (11,3%)	16 (30,2%)	(52,8%)	28	4,35 (0,84)
Nivel de esfuerzo	0	2 (3,8%)	3 (5,7%)	27 (50,9%)	(37,7%)	20	4,25 (0,74)
Coherencia y claridad	0	1 (1,9%)	3 (5,7%)	20 (37,7%)	(50,9%)	27	4,43 (0,70)
Contenido esperado-entregado	0	0	6 (11,3%)	21 (39,6%)	(47,2%)	25	4,37 (0,69)
Necesidades educativas satisfechas	0	2 (3,8%)	5 (9,4%)	18 (34%)	(50,9%)	27	4,35 (0,81)

En la Tabla 50 se muestran las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario. En líneas generales el contenido del curso piloto fue evaluado de forma positiva por los participantes, dado que la mayor parte de las respuestas fueron *nada que añadir* (n=28) y las *áreas de contenido fueron adecuadas* (n=33). No obstante, los participantes resaltaron diversas mejoras a tener en cuenta en *la reformulación del módulo*: los *plazos de entrega deberían ser más extensos* (n=5); se debería *incidir en las áreas sobre genética y neurobiología del autismo* (n=4); se precisa *más contenido práctico y teórico* (n=3); *vincular las características teóricas de un TEA con un supuesto práctico y formular preguntas* (n=3).

Tabla 50

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 1 de la evaluación post-módulos, nivel II

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=28) • Se explica claramente y las ideas y conceptos están bien relacionados (n=8) • Más explicación en las áreas de genética del autismo y las bases neurobiológicas del autismo (n=4)
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Salir del curso por razones personales (n=1) • Las áreas de contenido fueron adecuadas (n=33) • Era un área de contenido fácil (n=6) • Salir del curso por razones personales (n=1) • La parte de la Introducción fue demasiado fácil (n=1)

Sugerencias de recomendaciones

- Más información sobre los trastornos alimentarios y las estrategias para superarlos (n=1)
 - Reconocible de la práctica (n=1)
 - Nada que añadir (n=14)
 - El curso estuvo bien organizado (n=6)
 - Los plazos de entrega deberían ser más extensos (n=5)
 - Las traducciones deberían mejorarse (n=3)
 - Más contenido práctico y teórico (n=3)
 - Vincular las características teóricas de un TEA con un supuesto práctico y formular preguntas (n=3)
 - Más contenido audiovisual con personas reales (n=2)
 - Ejemplos más específicos (n=1)
 - Soluciones más prácticas para ciertos problemas (n=1)
 - Abandonar el curso por razones personales (n=1)
-

Módulo 2: “Programas específicos de apoyo e intervención”

El módulo 2 del nivel II fue realizado por 52 participantes: 13 de Burgos (86.67% de los 15 que iniciaron el curso), 18 de Lisboa (100%) y 21 de Belgrado (100%). Por lo tanto, hubo una pérdida muestral de 2 participantes (3,77%).

La Tabla 51 muestra las respuestas obtenidas en el cuestionario, en las cuales más del 75% de la muestra de los participantes de cada país piloto (tanto de forma individual como conjunta) seleccionaron opciones de respuesta como “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. No obstante, otros ítems fueron evaluados positivamente, pero por menos del 75% de la muestra:

-*Contenido del curso* por la muestra de Burgos (69,2% de la muestra con un valor promedio de $3,77 \pm 0,83$) y por la muestra de Lisboa (66,6% de la muestra con un promedio de $3,94 \pm 1,03$).

-*Tiempo asignado* por la muestra de Burgos (30,8% de la muestra con una puntuación promedio de $3,31 \pm 0,75$) y por la muestra de Lisboa (66,7% de la muestra con un valor promedio de $3,88 \pm 1,22$).

-*Contenido esperado-entregado* (61,6% de la muestra con un promedio de $3,85 \pm 0,8$) y *necesidades educativas satisfechas* (53,9% de la muestra con una puntuación media de $3,85 \pm 0,9$) por la muestra de Burgos.

-*Nivel de esfuerzo* por la muestra de Lisboa (72,2% de la muestra con una puntuación media de $4,06 \pm 0,9$) y *necesidades educativas satisfechas* por la muestra de Lisboa (72,2% de la muestra con promedio de $3,88 \pm 1,05$).

- *Organización general* por la muestra de Belgrado (72,8% de la muestra con un valor promedio de $4,10 \pm 0,89$); *texto y material de aprendizaje* por la muestra de Belgrado (74,9% de la muestra con una puntuación media de $4,24 \pm 0,84$); *contenido esperado-entregado* por la muestra de Belgrado (72,8% de la muestra con un promedio de $4,05 \pm 0,98$).

Igualmente, los ítems de *contenido esperado-entregado* (73,1% de la muestra con un valor promedio de $4,00 \pm 0,87$); *tiempo asignado* (65,4% de la muestra con una puntuación promedio de $3,96 \pm 1,02$), por la muestra total. No obstante, el ítem de *tiempo asignado* por la muestra de Burgos no fue valorado positivamente, ya que gran parte de la muestra (69% de la muestra con un promedio de $3,31 \pm 0,75$) eligieron respuestas como “desacuerdo” y “ni acuerdo ni desacuerdo”.

Tabla 51*Resultados obtenidos en el módulo 2 de la evaluación post-módulos, nivel II*

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	3 (23,1%)	7 (53,8%)	3 (23,1%)	4,00 (0,71)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (7,7%)	7 (53,8%)	5 (38,5%)	4,31 (0,63)
Contenido del curso	0	1 (7,7%)	3 (23,1%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	3,77 (0,83)
Tiempo asignado	0	1 (7,7%)	8 (61,5%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	3,31 (0,75)
Nivel de esfuerzo	0	1 (7,7%)	2 (15,4%)	9 (69,2%)	1 (7,7%)	3,77 (0,73)
Coherencia y claridad	0	1 (7,7%)	1 (7,7%)	7 (53,8%)	4 (30,8%)	4,08 (0,86)
Contenido esperado-entregado	0	0	5 (38,5%)	5 (38,5%)	3 (23,1%)	3,85 (0,80)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	6 (46,2%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)	3,85 (0,90)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	3 (16,7%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)	4,18 (0,73)
Texto y material de aprendizaje	0	0	3 (16,7%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)	4,18 (0,73)
Contenido del curso	0	2 (11,1%)	3 (16,7%)	6 (33,3%)	6 (33,3%)	3,94 (1,03)
Tiempo asignado	0	4 (22,2%)	1 (5,6%)	5 (27,8%)	7 (38,9%)	3,88 (1,22)
Nivel de esfuerzo	0	1 (5,6%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	6 (33,3%)	4,06 (0,90)
Coherencia y claridad	0	2 (11,1%)	1 (5,6%)	9 (50%)	5 (27,8%)	4,00

Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Contenido esperado-entregado	0	1 (5,6%)	2 (11,1%)	9 (50,0%)	5 (27,8%)	(0,94) 4,06
Necesidades educativas satisfechas	0	3 (16,7%)	1 (5,6%)	8 (44,4%)	5 (27,8%)	(0,83) 3,88 (1,05)
Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	1 (4,5%)	4 (18,2%)	8 (36,4%)	8 (36,4%)	4,10 (0,89)
Texto y material de aprendizaje	0	0	5 (22,7%)	6 (27,3%)	10 (47,6%)	4,24 (0,84)
Contenido del curso	0	0	3 (14,3%)	5 (22,7%)	13 (59,1%)	4,48 (0,76)
Tiempo asignado	0	0	3 (14,3%)	6 (27,3%)	12 (57,1%)	4,43 (0,75)
Nivel de esfuerzo	0	1 (4,5%)	4 (18,2%)	9 (42,9%)	7 (33,3%)	4,05 (0,87)
Coherencia y claridad	0	1 (4,5%)	4 (18,2%)	7 (33,3%)	9 (42,9%)	4,14 (0,92)
Contenido esperado-entregado	0	2 (9,5%)	3 (14,3%)	8 (36,4%)	8 (36,4%)	4,05 (0,98)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	2 (9,5%)	10 (47,6%)	9 (42,9%)	4,33 (0,66)
Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	1 (1,9%)	10 (19,2%)	23 (44,2%)	17 (32,7%)	4,10 (0,78)
Texto y material de aprendizaje	0	0	9 (17,3%)	21 (40,4%)	21 (40,4%)	4,24 (0,74)
Contenido del curso	0	3 (5,8%)	9 (17,3%)	18 (34,6%)	21 (40,4%)	4,12 (0,91)
Tiempo asignado	0	5 (9,6%)	12 (23,1%)	14 (26,9%)	20 (38,5%)	3,96 (1,02)
Nivel de esfuerzo	0	3 (5,8%)	9 (17,3%)	25 (48,1%)	14 (26,9%)	3,98 (0,84)
Coherencia y claridad	0	4 (7,7%)	6 (11,5%)	23 (44,2%)	18 (34,6%)	4,08 (0,89)
Contenido esperado-entregado	0	3 (5,8%)	10 (19,2%)	22 (42,3%)	16 (30,8%)	4,00 (0,87)
Necesidades educativas satisfechas	0	2 (3,8%)	9 (17,3%)	21 (40,4%)	18 (34,6%)	4,10 (0,84)

En la Tabla 52 se exponen las principales respuestas obtenidas en la evaluación cualitativa del módulo 2 del nivel II. En líneas generales el contenido del curso piloto fue evaluado de forma positiva por los participantes, resaltando respuestas como *nada que añadir* (n=30), ya que fue *simple* y *claro* (n=6); las *áreas de contenido no fueron demasiado fáciles* (n=29) y el *contenido fue adecuado* (n=12). No obstante, como sugerencias de mejora, los participantes recomendaron unas recomendaciones en relación a la gestión y

contenido de las actividades prácticas: *los plazos de entrega deberían ser más extensos* (n=5); *mayor actividades grupales e intercambio de conocimientos* (n=2), *mayores sesiones presenciales* (n =2); *el contenido debe ser más completo y más detallado* (n=1); *y mayor individualización en la corrección de prácticas* (n=1). Igualmente, los participantes aconsejaron mejoras en relación a una mejor gestión de la aplicación web: *la plataforma sólo admite archivos de un máximo de 1 MB; mejor soporte técnico; se debe mejorar los recursos visuales*, así como *la traducción de los materiales* (n=1).

Tabla 52

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 2 de la evaluación post-módulos, nivel II

Ítems	Respuestas
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=30) • Todo es simple y claro (n=6) • Es genial recordar o ampliar el conocimiento (n=1) • Contenido más práctico (n=1)
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Los contenidos fueron relativamente fáciles de superar (n=1) • Las áreas de contenido no fueron demasiado fáciles (n=29) • Todo el contenido fue adecuado (n=12) • El cuestionario fue demasiado fácil (n=1) • Todas las actividades fueron fáciles (n=1) • El módulo era demasiado largo y a veces era confuso (n=1)
Sugerencias de recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=6) • Los plazos de entrega deberían ser más extensos (n=5) • Más actividades grupales e intercambio de conocimientos (n=2) • Sesiones presenciales (n =2) • La plataforma sólo admite archivos de un máximo de 1 MB (n=1) • Mayor individualización en la corrección de prácticas (n=1) • Debe mejorar los recursos visuales y la traducción de los materiales (n=1) • Mejor soporte técnico (n=1) • El contenido debe ser más completo y más detallado (n=1) • Más contenido real (n=1)

Módulo 3: “Estrategias para diseñar y evaluar los Planes de Desarrollo Personal”

El módulo 3 del nivel II fue completado por 52 participantes: 13 de Burgos (86.67% de los 15 que iniciaron el curso), 18 de Lisboa (100% que comenzaron el curso) y 21 de Belgrado (100%). Por lo tanto, hubo una pérdida muestral de 2 participantes (3,77%).

La Tabla 53 muestra las respuestas obtenidas en el cuestionario, en las cuales más del 75% de la muestra de los participantes de cada país piloto (tanto de forma individual como conjunta) seleccionaron opciones de respuesta como “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. Sin embargo, los ítems que posteriormente se detallan fueron evaluados positivamente, aunque por menos del 75% de la muestra:

-*Organización general* (69,3% de la muestra con promedio de $4,00 \pm 0,82$); *contenido del curso* (53,9% de la muestra con un valor promedio de $3,85 \pm 0,90$); *tiempo asignado* (38,5% de la muestra con un valor medio de $3,23 \pm 0,93$); *nivel de esfuerzo* (61,6% de la muestra con un promedio de $3,69 \pm 0,86$); *contenido esperado-entregado* (61,6% de la muestra con un valor promedio de $3,92 \pm 0,86$) todos ellos por la muestra de Burgos.

-*Tiempo asignado* por la muestra de Lisboa (50% de la muestra con un promedio de $3,53 \pm 1,23$).

-*Contenido esperado-entregado* por la muestra de Belgrado (60,6% de la muestra con un valor promedio de $3,86 \pm 0,92$).

-*Contenido esperado-entregado* (69,2% de la muestra con un promedio de $4,02 \pm 0,84$); y *tiempo asignado* por parte de la muestra total (63,4% de la muestra con un valor promedio de $3,76 \pm 1,03$).

Tabla 53*Resultados obtenidos en el módulo 3 de la evaluación post-módulos, nivel II*

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	4 (30,8%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)	4,00 (0,82)
Texto y material de aprendizaje	0	0	3 (23,1%)	5 (38,5%)	5 (38,5%)	4,15 (0,80)
Contenido del curso	0	0	6 (46,2%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)	3,85 (0,90)
Tiempo asignado	0	3 (23,1%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)	1 (7,7%)	3,23 (0,93)
Nivel de esfuerzo	0	1 (7,7%)	4 (30,8%)	6 (46,2%)	2 (15,4%)	3,69 (0,86)
Coherencia y claridad	0	0	3 (23,1%)	6 (46,2%)	4 (30,8%)	4,08 (0,76)
Contenido esperado-entregado	0	0	5 (38,5%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)	3,92 (0,86)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	2 (15,4%)	7 (53,8%)	4 (30,8%)	4,15 (0,69)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	0	9 (50%)	8 (44,4%)	4,47 (0,51)
Texto y material de aprendizaje	0	0	1 (5,6%)	9 (50%)	7 (38,9%)	4,35 (0,61)
Contenido del curso	0	0	2 (11,1%)	8 (44,4%)	7 (38,9%)	4,29 (0,69)
Tiempo asignado	0	5 (27,8%)	3 (16,7%)	4 (22,2%)	5 (27,8%)	3,53 (1,23)

Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Nivel de esfuerzo	0	0	2 (11,1%)	10 (55,6%)	5 (27,8%)	4,18 (0,64)
Coherencia y claridad	0	0	1 (5,6%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)	4,18 (0,53)
Contenido esperado-entregado	0	0	2 (11,1%)	8 (44,4%)	7 (38,9%)	4,29 (0,69)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	3 (16,7%)	10 (55,6%)	5 (27,8%)	4,18 (0,64)
Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Organización general	0	0	2 (9,5%)	10 (47,6%)	9 (42,9%)	4,33 (0,66)
Texto y material de aprendizaje	0	0	3 (14,3%)	12 (57,1%)	6 (27,3%)	4,14 (0,66)
Contenido del curso	0	0	2 (9,5%)	7 (33,3%)	12 (57,1%)	4,48 (0,69)
Tiempo asignado	0	0	2 (9,5%)	11 (52,4%)	8 (36,4%)	4,29 (0,65)
Nivel de esfuerzo	0	1 (4,5%)	0	13 (61,9%)	7 (33,3%)	4,24 (0,70)
Coherencia y claridad	0	0	4 (18,2%)	11 (52,4%)	6 (27,3%)	4,10 (0,70)
Contenido esperado-entregado	0	1 (4,5%)	7 (33,3%)	7 (33,3%)	6 (27,3%)	3,86 (0,92)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	2 (9,5%)	10 (47,6%)	9 (42,9%)	4,33 (0,66)
Organización general	0	0	6 (11,5%)	24 (46,2%)	21 (40,4%)	4,29 (0,67)
Texto y material de aprendizaje	0	0	7 (13,5%)	26 (50%)	18 (34,6%)	4,22 (0,67)
Contenido del curso	0	0	10 (19,2%)	18 (34,6%)	23 (44,2%)	4,25 (0,77)
Tiempo asignado	0	8 (15,4%)	10 (19,2%)	19 (36,5%)	14 (26,9%)	3,76 (1,03)
Nivel de esfuerzo	0	2 (3,8%)	6 (11,5%)	29 (55,8%)	14 (26,9%)	4,08 (0,74)
Coherencia y claridad	0	0	8 (15,4%)	29 (55,8%)	14 (26,9%)	4,12 (0,65)
Contenido esperado-entregado	0	1 (1,9%)	14 (26,9%)	19 (36,5%)	17 (32,7%)	4,02 (0,84)
Necesidades educativas satisfechas	0	0	6 (11,5%)	27 (51,9%)	18 (34,6%)	4,24 (0,65)

La Tabla 54 muestra las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario. En líneas generales el contenido del curso piloto fue evaluado de forma positiva por los participantes, resaltando respuestas como *nada que añadir* (n=33), y el *contenido no fue demasiado fácil* (n=27). No obstante, y como recomendaciones de

mejora para el módulo, las que obtuvieron mayor puntuación por los participantes son las que se detallan a continuación: *los plazos de entrega deberían ser más abiertos* (n=6); se debería incluir *más ejemplos de buenas prácticas con soluciones para el trabajo diario* (n=5); y las *lecturas propuestas fueron demasiado largas* (n=3).

Tabla 54

Resultados de las preguntas abiertas del módulo 3 de la evaluación post-módulos, nivel II

Ítems	Resultados
Áreas específicas de contenido no entendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=33) • Todos los contenidos presentados fueron claros (n=7) • Más contenido práctico sobre los derechos de las personas con TEA (n=2)
Áreas de contenido específicas demasiado fáciles	<ul style="list-style-type: none"> • Sin contenido demasiado fácil (n=27) • Contenido familiar (n=4) • Los módulos 1 y 2 fueron fáciles (n=2) • Todo el contenido fue adecuado (n=2) • Mejor traducción (n=1)
Sugerencias de recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=12) • Los plazos de entrega deberían ser más abiertos (n=6) • Más ejemplos de buenas prácticas con soluciones para el trabajo diario (n=5) • Las lecturas propuestas fueron demasiado largas (n=3) • Revisar traducciones (n=2) • Poca supervisión en la parte práctica (n=2) • Contenidos muy densos (n=2) • El sistema de corrección debería ser más individualizado (n=1) • Más contenido de intervención usando vídeos (n=1) • Mejor explicación sobre los métodos de evaluación (n=1) • Contenido más práctico (n=1) • Traducción en varios idiomas (n=1)

4.4.4. Evaluación de post-formación

Nivel I

El cuestionario final del curso piloto fue respondido por un total de 57 participantes: 11 pertenecientes al piloto de Burgos, 15 de Lisboa, y finalmente 31 de Belgrado.

La Tabla 55 presenta los resultados obtenidos tras analizar las respuestas a las preguntas cerradas del cuestionario, expresados en términos de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y la media aritmética y desviación estándar para las variables numéricas. Los datos revelan que el nivel 1, fue evaluado positivamente por un elevado número de participantes de la muestra (>75% por los participantes tanto de forma individual como global) de cada país, siendo los ítems *encontré interesante este curso de formación* (100% de la muestra con un valor promedio de $4,72 \pm 0,46$) y *los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje* (94,7% de la muestra con un

valor promedio de $4,75 \pm 0,52$) los ítems mejor puntuados en la muestra global. Sin embargo, dos ítems fueron evaluados positivamente por menos del 75% de la muestra: *el curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje* (64,9% de la muestra con un valor promedio de $4,16 \pm 1,13$) por la muestra total y *después de la formación, sé mucho más sobre los TEA* (73,4% de la muestra con un valor promedio de $4,20 \pm 0,87$) por la muestra de Lisboa.

Finalmente, los ítems que menos puntuación obtuvieron fueron el *curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje* (19,3% de la muestra con un valor promedio de $4,73 \pm 0,47$) por la muestra global porque no fue respondida por los participantes de la muestra de Belgrado y de Lisboa. Igualmente, el ítem *fuera del aula la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada* obtuvo una baja puntuación por la muestra de Lisboa (26,6% de la muestra con un valor promedio de $2,60 \pm 1,41$).

Tabla 55*Resultados del cuestionario de la post-formación, nivel I*

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
El curso de formación cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
Encontré interesante este curso de formación	0	0	0	1 (9,1%)	10 (90,9%)	4,91 (0,31)
Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo	0	0	0	1 (9,1%)	10 (90,9%)	4,91 (0,31)
Después de la formación, se mucho más sobre el TEA	0	0	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)	4,82 (0,41)
La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/futuro trabajo	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)
Como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA	0	0	1 (9,1%)	2 (18,2%)	7 (63,6%)	4,60 (0,70)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	1 (9,1%)	10 (90,9%)	4,91 (0,31)
Fuera del aula, la cantidad de tiempo	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)

requerida para estudiar fue apropiada							
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	4,73 (0,47)	
	Piloto Lisboa						
Ítems	Respuestas					\bar{x} (DS)	
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>		
El curso de formación cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	1 (6,7%)	0	7 (46,7%)	7 (46,7%)	4,33 (0,82)	
Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje	0	0	2 (13,3%)	3 (20%)	9 (60%)	4,50 (0,77)	
Encontré interesante este curso de formación	0	0	0	7 (46,7%)	8 (53,3%)	4,53 (0,52)	
Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo	0	1 (6,7%)	1 (6,7%)	3 (20%)	10 (66,7%)	4,47 (0,92)	
Después de la formación, se mucho más sobre el TEA	0	0	4 (26,7%)	4 (26,7%)	7 (46,7%)	4,20 (0,87)	
La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/futuro trabajo	0	0	2 (13,3%)	4 (26,7%)	9 (60%)	4,47 (0,75)	
Como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA	0	0	3 (20%)	4 (26,7%)	8 (53,3%)	4,33 (0,82)	
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	0	0	-	
Fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada	1 (6,7%)	7 (46,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	2,60 (1,41)	
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	0	0	-	
	Piloto Belgrado						
Ítems	Respuestas					\bar{x} (DS)	
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>		
El curso de formación cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	2 (6,5%)	15 (48,4%)	14 (45,2%)	4,39 (0,62)	
Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	5 (16,1%)	26 (83,9%)	4,84 (0,38)	
Encontré interesante este curso de formación	0	0	0	8 (25,8%)	23 (74,2%)	4,74 (0,45)	

Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo	0	0	2 (6,5%)	7 (22,6%)	21 (67,7%)	4,63 (0,616)
Después de la formación, se mucho más sobre el TEA	0	1 (3,2%)	5 (16,1%)	10 (32,3%)	15 (48,4%)	4,26 (0,86)
La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/futuro trabajo	0	0	3 (9,7%)	11 (35,5%)	17 (54,8%)	4,45 (0,68)
Como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA	0	1 (3,2%)	4 (12,9%)	15 (48,4%)	11 (35,5%)	4,16 (0,78)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	2 (6,5%)	3 (9,7%)	10 (32,3%)	16 (51,6%)	4,29 (0,91)
Fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada	0	0	2 (6,5%)	9 (29%)	20 (64,5%)	4,58 (0,63)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	0	0	-

Resultados Globales

Ítems	Respuestas					\bar{x} (DS)
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
El curso de formación cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	1 (1,8%)	2 (3,5%)	25 (43,9%)	29 (50%)	4,44 (0,66)
Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje	0	0	2 (3,5%)	10 (17,5%)	44 (77,2%)	4,75 (0,52)
Encontré interesante este curso de formación	0	0	0	16 (28,1%)	41 (71,9%)	4,72 (0,46)
Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo	0	1 (1,8%)	3 (5,3%)	11 (19,3%)	41 (71,9%)	4,64 (0,68)
Después de la formación, se mucho más sobre el TEA	0	1 (1,8%)	9 (15,8%)	16 (28,1%)	31 (54,4%)	4,35 (0,82)
La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/futuro trabajo	0	0	5 (8,8%)	18 (31,6%)	34 (59,6%)	4,51 (0,66)
Como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA	0	1 (1,8%)	8 (14%)	21 (36,8%)	26 (45,6%)	4,29 (0,79)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	2 (3,5%)	3 (5,3%)	11 (19,3%)	26 (45,6%)	4,45 (0,84)
Fuera del aula, la cantidad de tiempo	1 (1,8%)	7 (12,3%)	4 (7%)	14 (24,6%)	30 (52,6%)	4,16 (1,13)

requerida para estudiar fue apropiada							
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	3 (5,3%)	8 (14%)	4,73 (0,47)	

La Tabla 56 muestra las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario de evaluación. En líneas generales, el curso de nivel I fue evaluado de forma positiva por los participantes, ya que expresaron que se sentían más calificados para *trabajar con personas con TEA* (n=23) y que después de la realización del curso disponían de *más conocimiento y herramientas para intervenir* (n=20). Uno de los aspectos que más gustó del curso fue que las actividades y el contenido propuesto fue variado e instructivo (n=16) y lo que menos gustó, y se resaltó como recomendación de mejora del curso, fueron las fechas límite establecidas (n=11). Finalmente, los participantes destacaron que debido a la realización del curso de formación adquirieron conocimientos sobre programas de intervención (n=18) y sobre las características de las personas con TEA (niños, adolescentes y personas mayores) (n=17).

Tabla 56

Resultados de las preguntas abiertas de la post-formación, nivel I

Ítems	Respuestas
Diferencias en tu práctica después del curso	<ul style="list-style-type: none"> • Más calificado para trabajar con personas con TEA (n=23) • Más conocimiento y herramientas para intervenir (n=20) • Cooperación con los padres (n=12) • Comprender mejor las necesidades de las personas con TEA y sus familias (n=6)
<u>Lo que más me gusta sobre este curso</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades y el contenido fueron variados e instructivos (n=16) • Casos prácticos/reales (videos) (n=8) • Actualizar información (n=8) • La implicación del personal del curso (n=6) • Compartir experiencias con otros profesionales (n=6) • Materiales adicionales (n=6) • Curso online (n=5) • Curso didáctico (n=5) • Clase presencial (n=2) • Métodos variados de intervención (n=2)
<u>Lo que menos me gusta de este curso</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas con la fecha límite (n=11) • Cuestionarios con algunos errores (n=5) • Mucho tiempo para hacer algunas actividades (n=3) • La dificultad de algunas actividades (n=3) • Amplia literatura en cada módulo (n=3) • Algunos módulos eran largos (n=2) • Algunos contenidos no fueron aclarados (n=2)
Sugerencias o recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha límite más abierta (n=11) • Más clases presenciales (n=5) • Explicaciones orales (n=4) • Más ejemplos y vídeos (n=4) • Reducir el número de actividades por módulo (n=3)

Cosas aprendidas de relevancia

- Los cuestionarios de autoevaluación no estaban bien formulados (n=2)
- Combinando teoría en línea con clases presenciales (n=2)
- Programas de intervención (n=18)
- Características de las personas con TEA (niños, adolescentes y personas mayores) (n=17)
- Intervención y apoyo con familias (n=13)
- Derechos (n=12)
- Métodos como ABA, PECS, etc. (n = 9)
- Calidad de vida (n=4)

Nivel II

Un total de 50 personas respondieron el cuestionario del nivel II: 13 de Burgos, 18 de Lisboa y 19 personas de Belgrado.

La Tabla 57 presenta los análisis de las respuestas a las preguntas cerradas del cuestionario, expresados en términos de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y media aritmética y desviación estándar para las variables numéricas. Los ítems como *los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje* (92% de la muestra con un valor promedio de $4,60 \pm 0,58$) y *recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo* (84% de la muestra con un valor promedio de $4,40 \pm 0,77$) fueron los mejores puntuados en la muestra global. En contraposición, el ítem *el curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje* (8% de la muestra con un valor promedio de $3,80 \pm 0,45$) obtuvo una baja puntuación por parte de la muestra global. No obstante, algunos ítems fueron evaluados positivamente, aunque por menos del 75% de la muestra, entre los que destacaron:

-Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo (69,3% de la muestra con un valor promedio de $3,92 \pm 0,96$); *la participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/ futuro trabajo* (69,3% de la muestra con un valor promedio de $4,08 \pm 0,87$); *el curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje* (69,2% de la muestra con un valor promedio de $3,85 \pm 0,69$); *como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA* (61,6% de la muestra con un valor promedio de $3,85 \pm 0,81$) por la muestra de Burgos.

-Encontré interesante este curso de formación (68,4% de la muestra con un valor promedio de $4,21 \pm 0,92$); *como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA* (63,2% de la muestra con un valor promedio de $3,95 \pm 1,23$); *el curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje*

(63,1% de la muestra con un valor promedio de $4,00 \pm 0,98$); *después de la formación, se mucho más sobre el TEA* (57,9% de la muestra con un valor promedio de $4,00 \pm 1,03$) por la muestra de Belgrado.

-*Después de la formación, se mucho más sobre el TEA* (74% de la muestra con un valor promedio de $4,21 \pm 0,85$) por la muestra total.

-El ítem *fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada* presentó divergencia en sus puntuaciones por parte de la muestra total, pues un 62% de la muestra escogió como respuestas “*de acuerdo*” (20%) y “*totalmente de acuerdo*” (42%). No obstante, el 36% de la muestra restante, escogieron “*desacuerdo*” (22%), seguida por “*ni de acuerdo ni desacuerdo*” (10%) y “*muy desacuerdo*” (4%). Igualmente, en la muestra de Burgos, el ítem *fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada* fue mayoritariamente puntuado como en “*desacuerdo*” (53,8%) y “*ni de acuerdo ni desacuerdo*” (15,4%), otorgando así bajas puntuaciones a las respuestas “*de acuerdo*” (15,4%) y “*totalmente de acuerdo*” (15,4%).

Finalmente, la divergencia de opiniones también se vio reflejada en la puntuación del ítem *el curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje*, en el caso de la muestra total, ya que ni la muestra de Lisboa ni la de Belgrado respondieron a dicho ítem.

Tabla 57

Resultados del cuestionario de la post-formación, nivel II

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (DS)
	Respuestas					
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
El curso de formación cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	3 (23,1%)	5 (38,5%)	5 (38,5%)	4,15 (0,81)
Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje	0	0	1 (7,7%)	6 (46,2%)	6 (46,2%)	4,38 (0,66)
Encontré interesante este curso de formación	0	0	2 (15,4%)	5 (38,5%)	6 (46,2%)	4,31 (0,76)
Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo	0	1 (7,7%)	3 (23,1%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)	3,92 (0,96)
Después de la formación, se mucho más sobre el TEA	0	0	2 (15,4%)	7 (53,8%)	4 (30,8%)	4,15 (0,69)
La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/futuro trabajo	0	0	4 (30,8%)	4 (30,8%)	5 (38,5%)	4,08 (0,87)

Como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA	0	0	5 (38,5%)	5 (38,5%)	3 (23,1%)	3,85 (0,81)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	4 (30,8%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	3,85 (0,69)
Fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada	0	7 (53,8%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	2,92 (1,19)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	1 (7,7%)	4 (30,8%)	0	3,80 (0,45)

Piloto Lisboa

Ítems	Respuestas					\bar{x} (DS)
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
El curso de formación cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	2 (11,1%)	7 (38,9%)	8 (44,4%)	4,35 (0,73)
Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje	0	0	1 (5,6%)	6 (33,3%)	10 (55,6%)	4,53 (0,63)
Encontré interesante este curso de formación	0	0	1 (5,6%)	4 (22,2%)	12 (66,7%)	4,65 (0,61)
Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo	0	0	0	5 (27,8%)	12 (66,7%)	4,71 (0,48)
Después de la formación, se mucho más sobre el TEA	0	0	2 (11,1%)	5 (27,8%)	10 (55,6%)	4,47 (0,72)
La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/futuro trabajo	0	0	0	4 (22,2%)	13 (72,2%)	4,76 (0,44)
Como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA	0	0	3 (16,7%)	7 (38,9%)	7 (38,9%)	4,24 (0,76)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	0	0	-
Fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada	2 (11,1%)	3 (16,7%)	2 (11,1%)	5 (27,8%)	5 (27,8%)	3,47 (1,42)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	0	0	-

Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
El curso de formación cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	3 (15,8%)	9 (47,4%)	6 (31,6%)	4,17 (0,71)
Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje	0	0	0	3 (15,8%)	15 (78,9%)	4,83 (0,39)
Encontré interesante este curso de formación	0	0	6 (31,6%)	3 (15,8%)	10 (52,6%)	4,21 (0,92)
Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo	0	0	2 (10,5%)	6 (31,6%)	10 (52,6%)	4,44 (0,71)
Después de la formación, se mucho más sobre el TEA	0	1 (5,3%)	6 (31,6%)	3 (15,8%)	8 (42,1%)	4,00 (1,03)
La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/futuro trabajo	0	1 (5,3%)	3 (15,8%)	5 (26,3%)	10 (52,6%)	4,26 (0,94)
Como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA	1 (5,3%)	1 (5,3%)	5 (26,3%)	3 (15,8%)	9 (47,4%)	3,95 (1,23)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	1 (5,3%)	5 (26,3%)	5 (26,3%)	7 (36,8%)	4,00 (0,98)
Fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada	0	1 (5,3%)	1 (5,3%)	3 (15,8%)	14 (73,7%)	4,58 (0,84)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	-	-	-	-	-	-
Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (DS)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
El curso de formación cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	8 (16%)	21 (42%)	19 (38%)	4,23 (0,73)
Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje	0	0	2 (4%)	15 (30%)	31 (62%)	4,60 (0,58)
Encontré interesante este curso de formación	0	0	9 (18%)	12 (24%)	28 (56%)	4,39 (0,79)
Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo	0	1 (2%)	5 (10%)	16 (32%)	26 (52%)	4,40 (0,77)
Después de la formación, se mucho más sobre el TEA	0	1 (2%)	10 (20%)	15 (30%)	22 (44%)	4,21 (0,85)

La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/futuro trabajo	0	1 (2%)	7 (14%)	13 (26%)	28 (56%)	4,39 (0,82)
Como resultado de este curso, me siento más seguro/a en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA	1 (2%)	1 (2%)	13 (26%)	15 (38%)	19 (38%)	4,02 (0,97)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	1 (2%)	9 (18%)	12 (24%)	9 (18%)	3,94 (0,86)
Fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada	2 (4%)	11 (22%)	5 (10%)	10 (20%)	21 (42%)	3,76 (1,34)
El curso cumplió con mis expectativas de aprendizaje	0	0	1 (2%)	4 (8%)	0	3,80 (0,45)

La Tabla 58 muestra las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario. En líneas generales el curso nivel II fue evaluado de forma positiva por los participantes, ya que ellos mismos expresaron que después de la realización del curso *mejoraron su intervención* (n=17), así como *la cooperación con los padres* (n=11). Igualmente, otro de los aspectos que más gustó del curso fue la *actualización de la información (literatura) y el conocimiento* (n=13), así como que tanto *las actividades y el contenido fueron variados e instructivos* (n=12). Como sugerencia o recomendaciones de mejora para el curso, los participantes resaltaron la *necesidad de ampliar la fecha límite de las entregas* (n=10). Finalmente, en el apartado de aspectos importantes aprendidos a destacar a través de la realización del curso, los participantes resaltaron *los planes de intervención individualizados* (n=15) y *la intervención temprana* (n=12).

Tabla 58

Respuestas del cuestionario de preguntas abiertas, nivel II

Ítems	Respuestas
Diferencias en tu práctica después del curso	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la intervención (n=17) • Mejorar la cooperación con los padres (n=11) • Más calificado para trabajar con personas con TEA (n=10) • Más conocimiento (n=8) • Reevaluación de buenas prácticas (n=5) • Actualizar antecedentes teóricos (n=3)
Lo que más me gusta sobre este curso de formación	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar información (literatura) y conocimiento (n=13) • Las actividades y el contenido fueron variados e instructivos (n=12) • Actividades prácticas (n=5) • Curso en línea –acceso constante y organización por ti mismo- (n=4) • Planes de intervención (n=3) • La implicación del personal del curso (n=3) • Compartir experiencias y conocimientos con otros profesionales (n=3)

Lo que menos me gusta de este curso	<ul style="list-style-type: none"> • Nada que añadir (n=6) • Demasiadas actividades por módulos (n=6) • Problemas con la fecha límite (n=4) • Demasiado tiempo para hacer las actividades (n=4) • Falta de más sesiones presenciales (n=3) • Demasiadas lecturas (n=2) • Retroalimentación no adecuada en determinadas actividades con el personal (n=2)
Sugerencias o recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha límite más abierta (n=10) • Más sesiones presenciales (n=8) • Reemplazar algunas actividades con otras más prácticas (n=6) • Mejor división de módulos (n=6)
Cosas aprendidas de relevancia	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzca el número de actividades por módulo (n=3) • Planes de intervención individualizados (n=15) • Intervención temprana (n=12) • Conocimiento sobre diagnóstico (n=8) • Comorbilidades (n=6) • Intervención y apoyo con familias (n=5) • Buenas prácticas (n=5) • Sexualidad (n=5) • Todos los ítems (módulos) fueron importantes (n=3) • Derechos (n=3) • Salud y nutrición (n=2) • Apoyo en la vida adulta (n=2)

4.4.5. Evaluación de seguimiento “A” para personas con experiencia previa en TEA

Nivel II

Un total de 43 personas respondieron el cuestionario de evaluación de seguimiento: 13 pertenecientes a la muestra de Burgos, 18 a la de Lisboa y 12 personas a la de Belgrado.

La Tabla 59 muestra los análisis obtenidos tras analizar las respuestas a las preguntas cerradas del cuestionario, expresados en términos de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y la media aritmética y desviación estándar para las variables numéricas. Los datos revelan que el nivel II, fue evaluado positivamente por un elevado número de la muestra (>75%), siendo el ítem *este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente* (83,8% de la muestra con un valor promedio de 4,32±0,69) como el mejor valorado por la muestra total. Sin embargo, también hubo ítems evaluados positivamente por <75% de la muestra (tanto individual como total) entre los que destacan:

-*Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente* (69,3% de la muestra con un valor promedio de 4,00±0,74); *desde la formación, me siento más seguro/a a la hora de trabajar con personas con TEA* (61,8% de la muestra con un valor promedio de

3,83±0,72); *en mi trabajo diario, empleo el conocimiento que obtuve en el curso* (69,3% de la muestra con un valor promedio de 4,00±0,74); *mi rendimiento laboral ha mejorado mediante la aplicación del contenido del curso de formación* (69,2% de la muestra con un valor promedio de 3,83±0,58) por la muestra de Burgos.

-*Desde la formación, me siento más seguro a la hora de trabajar con personas con TEA* (66,7% de la muestra con un valor promedio de 3,92±0,80) por la muestra de Belgrado.

-*Desde la formación, me siento más seguro/a a la hora de trabajar con personas con TEA* (72,1% de la muestra con un valor promedio de 4,05±0,75); *mi rendimiento laboral ha mejorado mediante la aplicación del contenido del curso de formación* (72,1% de la muestra con un valor promedio de 3,95±0,67); *me beneficiaría de una sesión de repaso* (72,1% de la muestra con un valor promedio de 4,15±0,92) por la muestra total.

No obstante, el nivel II presentó resultados más divergentes en comparación al nivel I, a continuación, se describen los ítems que fueron calificados con bajas puntuaciones por parte de los participantes.

Me beneficiaría de una sesión de repaso (30,8% de la muestra con un valor promedio de 3,25±0,87) obtuvo una baja puntuación por la muestra de Burgos. En contraposición, un 15,4% de la muestra se mostró en “desacuerdo”, mientras que un 46,2% se mantuvo neutral (“ni de acuerdo ni desacuerdo”). Igualmente, el ítem *desde el curso, me he sentido más satisfecho con mi trabajo* (46,2% de la muestra con un valor promedio de 3,58±0,67) fue calificado con una baja puntuación, ya que el 46,2% de la muestra restante seleccionaron la respuesta de “ni de acuerdo ni desacuerdo”, manteniéndose en una posición neutral.

En el caso de la muestra de Lisboa, el ítem *desde el curso, me he sentido más satisfecho con mi trabajo* fue el que mostró mayor disparidad de respuesta entre los participantes (38,9% de la muestra con un valor promedio de 3,65±0,87). No obstante, el 55,6% de la muestra se mantuvo neutral, escogiendo la respuesta “ni de acuerdo ni desacuerdo”. Igualmente, en la muestra de Belgrado, el ítem que mayor discrepancia suscitó fue *mi rendimiento laboral ha mejorado mediante la aplicación del contenido del curso de formación* (58,3% de la muestra con un valor promedio de 3,83±0,84), puesto que el 41,7% de la muestra restante se mantuvo neutral escogiendo la respuesta “ni de acuerdo ni desacuerdo”. Finalmente, en el caso de la muestra total de los países, el ítem que causó mayor disparidad en las puntuaciones fue *desde el curso, me he sentido más satisfecho*

con mi trabajo (51,2% de la muestra con un valor promedio de $3,73 \pm 0,78$), pues el 44,2% restante de la muestra respondió “ni de acuerdo ni desacuerdo”.

Tabla 59*Resultados del cuestionario evaluación de seguimiento grupo “A”, nivel II*

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (SD)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente	0	0	3 (23,1%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	4,00 (0,74)
Desde la formación, me siento más seguro/a a la hora de trabajar con personas con TEA	0	0	4 (30,8%)	6 (46,2%)	2 (15,4%)	3,83 (0,72)
En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que adquirí en el curso	0	0	3 (23,1%)	6 (46,2%)	3 (23,10%)	4,00 (0,74)
Desde el curso, me he sentido más satisfecho con mi trabajo	0	0	6 (46,2%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)	3,58 (0,67)
Mi rendimiento laboral ha mejorado mediante la aplicación del contenido del curso de formación	0	0	3 (23,1%)	8 (61,5%)	1 (7,7%)	3,83 (0,58)
Me beneficiaría de una sesión de repaso	0	2 (15,4%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	3,25 (0,87)
Ítems	Piloto Lisboa					\bar{x} (SD)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Respuestas Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente	0	0	0	7 (38,9%)	10 (55,6%)	4,59 (0,51)
Desde la formación, me siento más seguro/a a la hora de trabajar con personas con TEA	0	0	2 (11,1%)	8 (44,4%)	7 (38,9%)	4,29 (0,69)
En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que adquirí en el curso	0	0	1 (5,6)	9 (50%)	7 (38,9%)	4,35 (0,61)
Desde el curso, me he sentido más satisfecho con mi trabajo	0	0	10 (55,6%)	3 (16,7%)	4 (22,2%)	3,65 (0,87)
Mi rendimiento laboral ha mejorado mediante la aplicación del contenido del curso de formación	0	0	2 (11,1%)	11 (61,1%)	4 (22,2%)	4,12 (0,61)
Me beneficiaría de una sesión de repaso	0	0	0	6 (33,3%)	11 (61,1%)	4,65 (0,50)

Ítems	Piloto Belgrado					\bar{x} (SD)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente	0	0	2 (16,7%)	5 (41,7%)	5 (41,7%)	4,25 (0,76)
Desde la formación, me siento más seguro/a a la hora de trabajar con personas con TEA	0	0	4 (33,3%)	5 (41,7%)	3 (25%)	3,92 (0,80)
En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que adquirí en el curso	0	0	3 (25%)	5 (41,7%)	4 (33,3%)	4,08 (0,80)
Desde el curso, me he sentido más satisfecho con mi trabajo	0	0	3 (25%)	6 (50%)	3 (25%)	4,00 (0,74)
Mi rendimiento laboral ha mejorado mediante la aplicación del contenido del curso de formación	0	0	5 (41,7%)	4 (33,3%)	3 (25%)	3,83 (0,84)
Me beneficiaría de una sesión de repaso	0	0	2 (16,7%)	4 (33,3%)	6 (50%)	4,33 (0,78)
Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (SD)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente	0	0	5 (11,6%)	18 (41,9%)	18 (41,9%)	4,32 (0,69)
Desde la formación, me siento más seguro/a a la hora de trabajar con personas con TEA	0	0	10 (23,3%)	19 (44,2%)	12 (27,9%)	4,05 (0,75)
En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que adquirí en el curso	0	0	7 (16,3%)	20 (46,5%)	14 (32,6%)	4,17 (0,75)
Desde el curso, me he sentido más satisfecho con mi trabajo	0	0	19 (44,2%)	14 (32,6%)	8 (18,6%)	3,73 (0,78)
Mi rendimiento laboral ha mejorado mediante la aplicación del contenido del curso de formación	0	0	10 (23,3%)	23 (53,5%)	8 (18,6%)	3,95 (0,67)
Me beneficiaría de una sesión de repaso	0	2 (4,7%)	8 (18,6%)	13 (30,2%)	18 (41,9%)	4,15 (0,92)

La Tabla 60 recoge las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa cuestionario de evaluación. En líneas generales, el curso de nivel II fue evaluado de forma positiva por los participantes, ya que ellos mismos expresaron que a través de la realización del curso, pudieron *consolidar y validar conocimientos técnicos y básicos* (n=20), *adquirieron conocimiento sobre las diversas técnicas y estrategias de intervención* (n= 10) y *consiguieron los objetivos personales que se habían propuesto* (n=9). Sin embargo, una

parte de los participantes opinaron que *no se alcanzaron todos los objetivos* previstos (n=8). En relación al ítem *¿Has identificado alguna laguna en tus conocimientos o habilidades desde que asististe al curso de formación?*, una parte de los participantes respondieron que *no* (n=10), aunque, otros participantes resaltaron la necesidad de *conocer más en profundidad las bases neurológicas del autismo, la genética del autismo y los factores de riesgo* (n=5). Finalmente, en el ítem *¿Has utilizado los conocimientos y/o habilidades adquiridas durante el curso de formación?*, una gran parte de la muestra de los participantes que respondieron opinaron que el mayor conocimiento adquirido fue *sobre el uso de estrategias de intervención y evaluación* (n=16).

Tabla 60*Resultados preguntas abiertas evaluación de seguimiento grupo “A”, nivel II*

Ítems	Respuestas
Cuanto has aprendido con el curso	Consolidar y validar conocimientos técnicos y básicos (n=20) Adquirir conocimiento sobre las diversas técnicas y estrategias de intervención (n=10)
Objetivos no personales logrados	Objetivos logrados (n= 9) No se alcanzaron todos los objetivos (n=8) Conocimiento más práctico y menos teórico (n=6) Conocimiento más avanzado y de mayor duración (n=6)
¿Has identificado alguna laguna en tus conocimientos o habilidades desde que asististe al curso de formación?	No (n=10) Conocer más en profundidad las bases neurológicas del autismo, la genética del autismo y los factores de riesgo (n=5) Atención temprana (n=2) Actualizar el conocimiento sobre metodología ABA (n=2) Brechas sobre el síndrome de Asperger(n=2) Desempeño del profesional frente a conductas disruptivas (n=2) Habilidades sociales (n=2)
¿Has utilizado los conocimientos y/o habilidades adquiridas durante el curso de formación?	El uso de estrategias de intervención y evaluación (n=16) Trabajo con familias (n=8) Comorbilidades (n=5) Elaboración de informes (n=4)

4.4.6. Evaluación de seguimiento “B” para personas sin experiencia previa en TEA

Nivel I

Un total de 52 participantes respondieron el cuestionario de evaluación de seguimiento: 11 pertenecientes a la muestra de Burgos, 15 a la de Lisboa y 26 a la de Belgrado.

La Tabla 61 muestra los resultados obtenidos tras analizar las respuestas a las preguntas cerradas del cuestionario, expresados en términos de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y la media aritmética y desviación estándar para las variables

numéricas. Los datos revelan que el nivel I, fue evaluado positivamente por un elevado número de participantes de la muestra (>75% por los participantes tanto de forma individual como global) de cada país, siendo los ítems *este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente* (92,3% de la muestra con un valor promedio de $4,33\pm 0,62$); y *me beneficiaría de una sesión de actualización* (86% de la muestra con un valor promedio de $4,42\pm 0,73$) como los mejores valorados por la muestra total. Sin embargo, hubo ítems evaluados positivamente, pero por menos del 75% de la muestra, como fue el caso de los que se enumeran a continuación:

-*Si estás trabajando con personas con TEA. En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que obtuve en el curso* (63,7% de la muestra con un valor promedio de $4,29\pm 0,49$) por la muestra de Burgos.

-*Como resultado del curso, sentí que gané confianza trabajando con personas con TEA* por la muestra de Lisboa (73,3% de la muestra con un valor promedio de $4,13\pm 0,84$) y de Belgrado (73,1% de la muestra con un valor promedio de $4,00\pm 0,85$).

-*Estoy dispuesto a obtener/conseguir una posición donde pueda utilizar mis destrezas y conocimiento para trabajar con personas con TEA* por la muestra de Lisboa (46,6% de la muestra con un valor promedio de $3,82\pm 0,76$), por la muestra de Belgrado (65,4% de la muestra con un valor promedio de $4,00\pm 0,85$) y por la muestra total (63,5% de la muestra con un valor promedio de $4,00\pm 0,86$).

-*Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente* (72,9% de la muestra con un valor promedio de $4,33\pm 0,62$) por la muestra total.

Tabla 61

Resultados del cuestionario evaluación de seguimiento grupo "B", nivel I

Ítems	Piloto Burgos					\bar{x} (SD)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente	0	0	2 (18,2%)	5 (45,5%)	4 (36,4%)	4,18 (0,76)
Como resultado del curso, sentí que gané confianza trabajando con personas con TEA	0	1 (9,1%)	1 (9,1%)	6 (54,5%)	3 (27,3%)	4,00 (0,90)
(Si estás trabajando con personas con TEA), En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que obtuve en el curso	0	0	0	5 (45,5%)	2 (18,2%)	4,29 (0,49)

Estoy dispuesto a obtener/conseguir una posición donde pueda utilizar mis destrezas y conocimiento para trabajar con personas con TEA	0	1 (9,1%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	5 (45,5%)	4,18 (0,99)
Me beneficiaría de una sesión de actualización (para refrescar conocimientos)	0	0	1 (9,1%)	6 (54,5%)	4 (36,4%)	4,27 (0,65)

Piloto Lisboa

Ítems	Respuestas					\bar{x} (SD)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Este curso formación me ayudó a crecer profesionalmente	0	0	0	9 (60,0%)	6 (40%)	4,40 (0,51)
Como resultado del curso, sentí que gané confianza trabajando con personas con TEA	0	0	4 (26,7%)	5 (33,3%)	6 (40%)	4,13 (0,84)
(Si estás trabajando con personas con TEA), En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que obtuve en el curso	0	0	3 (20,0%)	7 (46,7%)	5 (33,3%)	4,13 (0,75)
Estoy dispuesto a obtener/conseguir una posición donde pueda utilizar mis destrezas y conocimiento para trabajar con personas con TEA	0	0	4 (26,7%)	5 (33,3%)	2 (13,3%)	3,82 (0,76)
Me beneficiaría de una sesión de actualización (para refrescar conocimientos)	0	0	0	6 (40%)	9 (60,0%)	4,60 (0,51)

Piloto Belgrado

Ítems	Respuestas					\bar{x} (SD)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente	0	0	2 (7,7%)	13 (50%)	11 (42,3%)	4,35 (0,63)
Como resultado del curso, sentí que gané confianza trabajando con personas con TEA	0	1 (3,8%)	6 (23,1%)	11 (42,3%)	8 (30,8%)	4,00 (0,85)
(Si estás trabajando con personas con TEA), En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que obtuve en el curso	0	0	3 (11,5%)	15 (57,7%)	8 (30,8%)	4,19 (0,64)
Estoy dispuesto a obtener/conseguir una posición donde pueda utilizar mis destrezas y conocimiento para	0	0	9 (34,6%)	8 (30,8%)	9 (34,6%)	4,00 (0,85)

Ítems	Resultados Globales					\bar{x} (SD)
	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
trabajar con personas con TEA						
Me beneficiaría de una sesión de actualización (para refrescar conocimientos)	0	0	6 (23,1%)	4 (30,8%)	16 (61,5%)	4,38 (0,86)
Este curso de formación me ayudó a crecer profesionalmente	0	0	4 (7,7%)	27 (51,9%)	21 (40,4%)	4,33 (0,62)
Como resultado del curso, sentí que gané confianza trabajando con personas con TEA	0	2 (3,8%)	11 (21,2%)	22 (42,3%)	17 (32,7%)	4,04 (0,84)
(Si estás trabajando con personas con TEA), En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que obtuve en el curso	0	0	6 (11,5%)	27 (51,9%)	15 (28,8%)	4,19 (0,65)
Estoy dispuesto a obtener/conseguir una posición donde pueda utilizar mis destrezas y conocimiento para trabajar con personas con TEA	0	1 (1,9%)	14 (26,9%)	17 (32,7%)	16 (30,8%)	4,00 (0,86)
Me beneficiaría de una sesión de actualización (para refrescar conocimientos)	0	0	7 (13,5%)	16 (30,8%)	29 (55,8%)	4,42 (0,73)

La Tabla 62 recoge las principales respuestas obtenidas en la parte cualitativa del cuestionario de evaluación. En líneas generales, el nivel I del curso fue evaluado de forma positiva por los participantes, ya que según sus opiniones, a través de la realización del curso obtuvieron *más conocimientos técnicos y básicos* (n=33), un conocimiento mayor sobre las *técnicas y estrategias de intervención* (n=15), y *lograron los objetivos que se habían propuesto* (n=17). En relación al ítem *durante los últimos 3 meses, ¿tuviste alguna experiencia con personas con TEA después del curso de formación?*, la mayor parte de los participantes respondieron que continuaron practicando la experiencia en el trabajo (n=12). Finalmente, una parte de la muestra de los participantes destacaron que, desafortunadamente, en los 3 meses posteriores de la realización del curso, *no buscaron oportunidad de trabajo con personas con TEA* (n=10).

Tabla 62*Resultados preguntas abiertas evaluación de seguimiento grupo "B", nivel I*

Ítems	Respuestas
Cuánto has aprendido con el curso	Más conocimientos técnicos y básicos (n=33) Técnicas y estrategias de intervención (n=15) Derechos personas con autismo (n=5) No sabe/ no contesta (n=4) Confianza y seguridad (n=3)
Objetivos no personales logrados	Todo logrado (n=17) No se alcanzaron todos los objetivos (n=14) Sesiones prácticas presenciales (n=9) No sabe/ no contesta (n=4)
Durante los últimos 3 meses, ¿tuviste alguna experiencia con personas con TEA después del curso de formación? Si la respuesta es SÍ, por favor explícala brevemente	Continúe practicando mi experiencia en el trabajo (n=12) No sabe/no contesta (n=3) Sí tuve experiencia después del curso (n=2) Voluntariado (n=2) No tuve experiencia (n=1)
Durante los últimos 3 meses, ¿has buscado alguna oportunidad de trabajo con personas con TEA? Si la respuesta es Sí, por favor explícala brevemente	No porque ya trabajo con TEA (n=31) No busqué oportunidad de trabajo (n=10) Sí, apliqué para trabajar con TEA (n=9) No sabe/no contesta (n=5)

4.5. ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS

4.5.1. Análisis cuantitativo

A través de las entrevistas semiestructuradas a profesionales del trabajo social de diversas áreas de los servicios sociales, se ha podido obtener la información en torno a sus necesidades formativas y de conocimiento sobre los TEA.

En relación a la muestra, un total de 9 profesionales pertenecientes a diversas áreas de servicios sociales participaron en las entrevistas en profundidad, de los cuales un 66,7% fueron mujeres (n=6) y un 33,3% hombres (n=3). En la Tabla 63 se presentan las principales características de la muestra con respecto al sexo, área profesional, relación familiar, edad y años de experiencia en el sector.

Tabla 63*Características de los Participantes de las Entrevistas Semi-Estructuradas*

Sexo, n (%)	
- Mujeres	6 (66,7%)
- Hombres	3 (33,3%)
Área profesional, n ^{*2}	
- Trabajador Social	9
Otros perfiles, n ^{*2}	
- Madre de TEA	1
- Persona con Asperger	1
Edad, \bar{X} (SD)	47,33 (12,09)

Años de experiencia, \bar{X} (SD)

21 (11,30)

Nota. *2 Los números de estas variables representan sólo frecuencias

A continuación, se describen las características específicas de cada profesional que formó parte de la muestra:

1. Trabajadora social de 36 años de edad y con 7 años en Servicios Sociales (SS.SS.).
2. Trabajadora social de 26 años de edad, con experiencia en el área de la Mujer, la cual estaba diagnosticada de Síndrome de Asperger (SA).
3. Trabajadora social jubilada de 68 años de edad, la cual tuvo una carrera profesional de 20 años en SS.SS. Generales.
4. Trabajadora social de 44 años de edad, la cual tenía una experiencia de 19 años con menores en SS.SS. Generales.
5. Trabajadora social del área de la dependencia (SS.SS. Generales) de 48 años, la cual ha ejercido durante 15 años.
6. Trabajadora social de 47 años, la cual llevaba trabajando 1 años y 2 meses en una asociación de personas con autismo.
7. Trabajador social de 53 años de edad y con 30 años de experiencia en SS.SS. Generales.
8. Trabajador social de 46 años y con 22 años de experiencia en SS.SS. Generales.
9. Trabajador social de 58 años de edad y con 38 años de experiencia Servicios Sociales Base.

En la Tabla 64 se presentan los análisis obtenidos tras analizar las respuestas de las preguntas cerradas del cuestionario de los niveles I y II, expresados en términos de frecuencias y porcentajes, así como el valor de la moda para cada ítem. En términos generales, la moda de los diversos módulos (nivel I: 1, 3, 5, 6 y 7; nivel II: 1 y 3) ha sido >5 (totalmente de acuerdo). No obstante, los ítems que se detallan a continuación, recibieron valores más diversos en cuanto a la moda:

- Nivel 1, Módulo 2, *Vacuna SPR* (triple vírica) con una moda de “1”;
- Nivel 1, Módulo 4, *Características de los enfoques de desarrollo*, obtuvo una moda de “5”;
- Nivel 2, Módulo 2, *Robótica*, con una moda de “5”.

En contrastaste con los datos expuestos anteriormente, los profesionales entrevistados resaltaron 4 módulos considerados como especialmente importantes para realizar un curso formativo sobre autismo para trabajadores sociales:

1. Nivel 1: Módulo 3-Los Principios Básicos y Estrategias de Intervención. Este módulo aborda el papel de las familias y los cuidadores. Cabe destacar que el 100% de la muestra consideró este módulo como “muy importante”, ya que según las opiniones de los participantes el papel de las familias y los cuidadores es imprescindible para la calidad de vida y durante todo el ciclo vital de una persona con TEA.

2. Nivel 1: Módulo 7-Competencias y Perfil Profesional. Este módulo abarca subtemas especialmente importantes como son “formación continuada”, “enfoque multidisciplinar”, “regulación emocional”, “síndrome de burnout”, “coordinación con familias”, “derechos de personas con TEA”, “ética y deontología” y “respeto”. Es preciso subrayar que el 100% de la muestra, durante las entrevistas consideraron este módulo como “muy importante”. Según los entrevistados, dichos conceptos son de especial relevancia en el ejercicio profesional y en la coordinación con las familias a lo largo de la intervención.

3. Nivel 2: Módulo 2-Programas Específicos de Apoyo e Intervención. Este módulo recoge conceptos como “conductas desafiantes”, “sexualidad”, “salud y nutrición”, “autonomía personal de la persona con TEA”, entre otros. Debido a ello, cabe destacar que el 100% de la muestra calificó el módulo como fundamental a tener en cuenta en el trabajo con personas con TEA.

4. Nivel 2: Módulo 3, Estrategias para Diseñar y Evaluar los Planes de Desarrollo Personal. Este módulo está compuesto por 6 subapartados, y el 100% de la muestra otorgó una moda de “7” a cada uno de ellos. Debido a ello, los participantes consideraron este módulo como esencial para un buen desarrollo del ejercicio profesional.

Tabla 64

Resultados del cuestionario de los trabajadores sociales de nivel I y nivel II, en término de frecuencias, porcentaje y moda

			NIVEL I							
			1- Nada importante	2- Poco importante	3- Ligeramente importante	4- Neutral	5- Moderadamente importante	6- Importante	7- Muy importante	Moda
MÓDULO 1 Introducción	Introducción al proyecto. Presentación de la entidad: misión, objetivos, servicios, a quién va dirigida, principios que definen su identidad. El valor de la diversidad. Situación del autismo en un contexto específico	Dificultades que pueden presentar las personas con TEA	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	6 (66,7%)	7
		Breve introducción al autismo	0	0	0	0	0	4 (44,4%)	5 (55,6%)	7
		Por qué es necesario este curso	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
		Prevalencia de los TEA	1 (11,1%)	0	0	2 (22,2%)	0	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
		Objetivos de la entidad	0	0	0	0	2 (22,2%)	5 (55,6%)	2 (22,2%)	6
MÓDULO 2 Definición y conceptualización del TEA	1.Características	Rutinas	0	0	1 (11,1%)	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
		Heterogeneidad	0	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7
		Definición de autismo	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	6 (66,7%)	7
		Trastorno del neurodesarrollo	1 (11,1%)	0	0	0	0	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7
		Diferencias sensoriales	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0	7 (77,8%)	7

	Estilos de aprendizaje	1 (11,1%)	0	0	0	0	0	8 (88,9%)	7
	Necesidad de un enfoque de por vida	0	0	0	0	0	4 (44,4%)	5 (55,6%)	7
	Diversidad de apoyos	0	0	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7
	Diferencias de sexo	2 (22,2%)	0	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	6a
	Importancia de aceptar las diferencias	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
	Diversidad en las habilidades de comunicación verbal / no verbal	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	6 (66,7%)	7
2. Diversidad y heterogeneidad del grupo	Similitudes	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	6a
	Individualidad	0	0	0	0	3 (33,3%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
	Autismo de alto funcionamiento	0	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7
	Autismo de bajo funcionamiento	0	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7
	Diversidad a lo largo del ciclo de vida	0	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
	Emocionalidad abrumadora	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0	7 (77,8%)	7
	Mitos y conceptos erróneos (por ejemplo, mundo aparte, aislamiento, agresividad, etc.)	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
3. Falsas ideas sobre Autismo	Vacuna SPR	2 (22,2%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	1a
	Estereotipos	0	0	0	0	0	3 (33,3%)	6 (66,7%)	7
	Discapacidad	0	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7

	Ansiedad	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	7
	Problemas en la comprensión de conceptos abstractos	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
4. Proceso psicológico sobre personas con TEA	Dificultad en la planificación a largo plazo	1 (11,1%)	0	0	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
	Ventaja de planificar a muy corto plazo	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	4 (44,4%)	3 (33,3%)	6
	Manifestaciones a través de ciclos de la vida	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
5. Diagnóstico y características.	Clasificaciones DSM-V y CIE-11	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	0	4 (44,4%)	3 (33,3%)	6
Iniciación a los criterios de diagnóstico	Signos tempranos	1 (11,1%)	0	0	0	0	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7
	Criterios de diagnóstico	1 (11,1%)	0	0	0	0	5 (55,6%)	3 (33,3%)	6
	Diagnóstico diferencial	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	4 (44,4%)	3 (33,3%)	6
	Ansiedad	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
	Depresión	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	7
	Hipersensibilidad	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
	TDAH e Hiperactividad	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
6. Condiciones asociadas al autismo	Agresión	2 (22,2%)	0	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	6a
	Dificultad en la comunicación	1 (11,1%)	0	0	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
	Discapacidades intelectuales	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	6a
	Epilepsia	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0	0	3 (33,3%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	5
	Trastornos emocionales	1 (11,1%)	0	1 (11,1%)	0	0	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7

MODULO 3

Principios básicos y estrategias de intervención

El papel de las familias y / o cuidadores

0 0 0 0 0 0 9 (100%) 7

MÓDULO 4

Principales modelos de intervención

	La enseñanza estructurada y programada	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
1. TEACCH	Principios del TEACCH	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	7
	Factores ambientales	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	6a
	Mejora de las habilidades lingüísticas y de aprendizaje	0	0	0	0	2 (22,2%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7
2. Apoyo conductual positivo	Análisis funcional de la conducta	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	6a
Apoyo conductual positivo	Refuerzo	0	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
	Técnicas de intervención conductual	0	0	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
3. Sistemas de comunicación alternativo/aumentativo	PECS	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	7
	Sistemas AAC (tipos, ideas erróneas, criterios de selección, etc.)	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	6a
	Socialización e interacción social	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7
4. Calidad de vida	Independencia	0	0	0	0	0	4 (44,4%)	5 (55,6%)	7
	Calidad de vida	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
5. Enfoques de desarrollo	Características de los enfoques de desarrollo	0	0	0	0	4 (44,4%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	5

MÓDULO 5	1. Enfoque basado en los puntos fuertes, el desarrollo individual y la promoción de las capacidades	Enfoque multidisciplinar	0	0	0	0	1 (11,1%)	0	8 (88,9%)	7
		Desarrollo del habla y el lenguaje	0	0	0	0	2 (22,2%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
		Desarrollo de planes individualizados de intervención	0	0	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
		Evaluación de las capacidades personales	0	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7
MÓDULO 6	-----	Transiciones entre periodos vitales	0	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
		Diferentes etapas vitales (por ejemplo, educación, ocio, cambios físicos, integración social, ámbito laboral, problemas de salud, etc.)	0	0	0	0	2 (22,2%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
		Habilidades sociales	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	0	7 (77,8%)	7
MÓDULO 7	1. Nuevos roles profesionales	Formación continuada	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	0	6 (66,7%)	7
		Enfoque multidisciplinar	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7
	2. Regulación emocional	Auto-eficacia y autocontrol	0	1 (11,1%)	0	0	2 (22,2%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
		Técnicas de educación y estrategias de	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	7

	regulación emocional								
	Síndrome de Burnout	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
	Bienestar emocional	0	0	1 (11,1%)	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	7
	Diálogo y comunicación	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7
3. Coordinación con las familias	Apoyos psicoeducativos	0	0	0	0	0	3 (33,3%)	6 (66,7%)	7
4. Prácticas basadas en derechos, valores y ética	Derechos de las personas con autismo	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7
	Ética y deontología	0	0	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7
	Respeto	0	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7

NIVEL II

		1- Nada importante	2- Poco importante	3- Ligeramente importante	4- Neutral	5- Moderadamente importante	6- Importante	7- Muy importante	Moda
MÓDULO 1 Introducción	1. Introducción al proyecto. Presentación de la entidad: misión, objetivos, servicios, a quién va dirigida, principios que definen su identidad. El valor de la diversidad	0	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	7
		0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	7
	Comorbilidad	0	0	0	0	0	5 (55,6%)	4 (44,4%)	6
	Características	0	0	0	0	2 (22,2%)	4 (44,4%)	3 (33,3%)	6

2. Definición y conceptualización de los TEA	Criterios diagnósticos	1 (11,1%)	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
3. Resultados en la investigación actual sobre neurobiología y genética	Genética	0	0	0	0	2 (22,2%)	5 (55,6%)	2 (22,2%)	6
	Teorías neurológicas	0	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	5 (55,6%)	1 (11,1%)	6
	Causas del autismo	0	0	1 (11,1%)	0	0	5 (55,6%)	3 (33,3%)	6
	Factores de riesgo	0	0	0	0	1 (11,1%)	4 (44,4%)	4 (44,4%)	6a
	Amplias necesidades de apoyo	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7
4. Personas con autismo con discapacidad intelectual asociada	Habilidades adaptativas	0	0	0	0	0	4 (44,4%)	5 (55,6%)	7
	Prevalencia de discapacidad intelectual y funcionamiento intelectual en personas con autismo	0	0	0	0	2 (22,2%)	5 (55,6%)	2 (22,2%)	6
	Nuevos retos	0	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	6 (66,7%)	7
	Comorbilidad	0	0	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7
	TEA con discapacidad intelectual vs. TEA sin discapacidad intelectual	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	6a
5. Importancia de la salud mental. Iniciación en comorbilidad con TEA	Herramientas para la evaluación de necesidades de apoyos específicas	0	0	0	0	0	3 (33,3%)	6 (66,7%)	7
	Apoyo conductual positivo	0	0	0	1 (11,1%)	0	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7

MÓDULO 2**Programas
específicos de
apoyo e
intervención**

1. Intervención en conductas desafiantes	Gestión de la conducta (p. ej. ABA, TEACCH, modelado, etc.)	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0	7 (77,8%)	7	
	Técnicas de control del comportamiento físico	0	0	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7	
	Agresividad como forma de comunicación y tipos de conductas desafiantes	0	0	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7	
	Sexualidad	0	1 (11,1%)	0	0	0	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7	
	Promover la autoestima y las competencias emocionales	0	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7	
	2. Intervención en el ámbito emocional-sexual	Formación y educación	0	1 (11,1%)	0	0	0	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7
		Protección contra el bullying	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
		Prevención de problemas de salud	0	0	0	0	2 (22,2%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7
		Problemas de alimentación	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7
	3. Salud y nutrición	Nutrición saludable (por ejemplo, dietas, control de peso)	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)	7
		Deporte y fisioterapia	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)	7
	4. Autonomía personal	Promoción de la autonomía y AVDs (por	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7

	ejemplo, higiene, vestido, alimentación) de los TEA									
	Programas de apoyo	0	0	0	0	0	4 (44,4%)	5 (55,6%)	7	
	Dignidad	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7	
	Apoyo a las familias desde un enfoque positivo	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7	
5. Modelos de intervención centrados en la familia	Planes de intervención familiar	0	0	0	1 (11,1%)	0	0	8 (88,9%)	7	
	Participación de los padres, educación e intervenciones	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7	
	Apoyo de los hermanos	0	0	0	0	0	3 (33,3%)	6 (66,7%)	7	
6. Organización de espacios y tiempo	TEACCH	0	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7	
	Horarios	0	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7	
	Rutinas y estructura	0	1 (11,1%)	0	0	0	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7	
7. Nuevas tecnologías aplicadas a la intervención	Dispositivos de comunicación	0	0	0	0	1 (11,1%)	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7	
	Comunicación alternativa y aumentativa	0	0	0	0	2 (22,2%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7	
	Agenda de pictogramas	0	0	0	0	3 (33,3%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7	
8. Diagnóstico	Robótica	0	0	0	0	4 (44,4%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)	7	5a
	Evaluación diagnóstica temprana	1 (11,1%)	0	0	0	0	0	8 (88,9%)	7	
	Diagnóstico diferencial	0	0	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7	

	<i>Screening</i>	0	0	1 (11,1%)	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	7
	DSM- V, criterios CIE-11 (hacia una nueva clasificación)	0	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
9. Atención temprana	Intervención temprana, cooperación con la familia	0	0	0	0	1 (11,1%)	0	8 (88,9%)	7
	Control de esfínteres	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	7
	Especificidad de las habilidades de comunicación social	0	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
10. Desarrollo de habilidades de comunicación social	Comunicación alternativa	0	0	0	0	3 (33,3%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	7
	Lenguaje	0	0	0	1 (11,1%)	0	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7
	Círculo social	0	0	0	0	0	4 (44,4%)	5 (55,6%)	7
	Empleo	0	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7
	Participación en el entorno comunitario	0	0	0	0	0	3 (33,3%)	6 (66,7%)	7
	Vida independiente	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7
11. Apoyos para la vida adulta	Acompañamiento y tutela	0	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7
	Desarrollo de habilidades	0	0	0	1 (11,1%)	0	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7

MÓDULO 3										
Estrategias para diseñar y evaluar los planes de desarrollo personal		Planes y pautas individuales de educación	0	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
	1. Programación y formulación de objetivos educativos	Desarrollo de habilidades sociales	0	0	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7
		Técnicas y procedimientos de evaluación funcional	0	1 (11,1%)	0	0	0	3 (33,3%)	5 (55,6%)	7
	2. Tipos de apoyos	Académico (ordinario, especializado, orientación vocacional, etc.)	0	0	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	6 (66,7%)	7
		Apoyo directo en casa	0	0	0	0	0	2 (22,2%)	7 (77,8%)	7
	3. Procesos de planificación	Plan centrado en la persona (PCP)	0	0	0	0	1 (11,1%)	0	8 (88,9%)	7
		Evaluación	0	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
		Expectativas realistas	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
		Trabajo en equipo	0	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
	4. Diseño y evaluación de metas personales	Necesidades de apoyo	0	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
		Supervisión periódica	0	0	1 (11,1%)	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
		Evaluaciones validadas	0	1 (11,1%)	0	0	0	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7
	5. Buenas prácticas	Práctica basada en la evidencia, intervenciones dirigidas a personas con autismo	0	0	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	7

	Inclusión de las personas con autismo en el entorno comunitario	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
	Intervenciones dirigidas a familias de personas con TEA	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
6. Derechos, empoderamiento, garantía de los derechos de las personas con autismo	Inclusión (social, educativa, laboral)	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
	Sensibilización	0	0	0	0	0	3 (33,3%)	6 (66,7%)	7
	Coordinación con los servicios sociales	1 (11,1%)	0	0	0	0	1 (11,1%)	7 (77,8%)	7
	Carta de derechos de las personas con autismo	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7
	Legislación	0	0	0	0	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	7

4.5.2. Análisis cualitativo

Aunque la entrevista tuvo un guion previo, tuvieron lugar una serie de preguntas abiertas con las que surgieron otros aspectos significativos no previstos previamente como resultado de la propia iniciativa de los entrevistados. Debido a ello, la información aportada por los profesionales entrevistados hace referencia a aspectos personales, formativos y de intervención profesional. A medida que se dividieron los temas emergentes, la información se organizó en torno a cinco grandes áreas temáticas: preguntas de carácter personal/profesional; formación personal en materia de autismo; técnicas y modelos de intervención; preguntas sobre el curso piloto; y preguntas sobre divulgación de contenido y satisfacción con la entidad en la que se desarrolla la actividad laboral. Dichas áreas temáticas dieron lugar a un total de 16 códigos, los cuales se detallan a continuación.

4.5.2.1. Preguntas de carácter personal/ profesional

a) Familiar con TEA

En esta primera toma de contacto, se pretendía conocer tanto la existencia de familiares cercanos diagnosticados con TEA como el conocimiento sobre el trastorno por parte del entrevistado. La mayoría de profesionales entrevistados (profesionales 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9) respondieron que “no” tenían ningún familiar diagnosticado. Sin embargo, dos profesionales confirmaron la existencia de familiares cercanos con dicho diagnóstico.

“Mi hijo mayor”.

Entrevista 1. Profesional 1.

“Pues además de mí, mi hermano y luego ya estamos a la espera de primos. Pero todavía no los han diagnosticado”.

Entrevista 2. Profesional 2.

b) Área laboral perteneciente

En este apartado se pretendía conocer el área de trabajo de cada profesional entrevistado para conocer si pertenecían a servicios base (puerta de entrada al servicio) o a servicios

especializados. De todos los participantes, 9 realizaban su actividad laboral en Servicios Sociales, pero en diversas áreas de trabajo (dependencia, menores, violencia de género, etc.) y otra trabajadora social realizaba su actividad laboral en una asociación de personas con TEA.

c) Frecuencia de usuarios con tea en servicios sociales

Los servicios sociales son la puerta de entrada para tramitar cualquier recurso de la administración pública. Por ello, los profesionales del trabajo social atienden a un gran abanico de perfiles y de trastornos. Debido a la casuística del autismo, las personas con TEA precisan una serie de recursos (servicios como profesionales) y tienen necesidades especiales, lo cual les lleva en numerosas ocasiones a buscar información y asesoramiento.

Pienso que sí que son usuarios habituales de servicios sociales, tanto nosotros como nuestras familias porque hay mucho desconocimiento sobre nuestros trastornos o nuestras dificultades, nuestras necesidades. Sobre todo, cuando se nos ha diagnosticado todavía cuando somos pequeños, pero ya se nota que somos diferentes que reaccionamos diferente, pero pienso que, con una mayor información, si la sociedad estuviera más informada para detectarlo o si fuera posible (que ya sería muy difícil) diagnosticarnos antes como. Por ejemplo, los que yo que tenemos Síndrome Asperger eso no se diagnostica con 6 años. Antes es un poquito difícil, si fuera posible antes pues cuanto antes se sepa mejor. Yo pienso que a partir que sabe qué es lo que ocurre y qué es lo que necesitamos dejamos de ser usuarios habituales de servicios sociales porque las familias ya no están tan perdidas ya tienen las asociaciones para que les guíen.

Entrevista 2. Profesional 2.

Yo creo que un momento determinado de su vida sí lo son (usuarios de SS.SS.). Al principio creo que en sanidad sí que están bastante protegidos, pero llega un momento cuando van creciendo que hay que darles otro recurso que ya no son solamente sanitarios y tenemos que hablar de la inclusión y la inclusión es un tema de servicios sociales base.

Entrevista 4. Profesional 4.

En servicios sociales, muy frecuentes. Y sobre todo por el mal diagnóstico que han tenido, no a lo mejor en esta etapa que los nanos son detectados adecuadamente se articulan todos los recursos y sino más esa población que tenemos en situación, pues eso, en situación de riesgo de exclusión.

Entrevista 5. Profesional 5.

Las personas que acuden a servicios sociales lo hacen por acceder a diversos recursos o trámites de la administración pública, por ejemplo, la obtención del grado de discapacidad.

(...) En los servicios de la discapacidad al ser una valoración digamos de un día, pues claro van pasando uno detrás de otro, no trabajas con el mismo usuario prolongado.

Luego... si cuento lo que son centros en relación y tal... Pueden ser 10, 15.... En general acuden más las familias... pero sí, bueno. Sí, como población... vamos suelen tener situación pues de vulnerabilidad y las familias... sino ellos directamente, también las familias suelen acudir.

Entrevista 1. Profesional 1.

Se observa que otra parte del personal entrevistado considera que las personas con TEA no son un tipo de usuario frecuente en servicios sociales, considerando que un mal diagnóstico o la falta de recursos por parte de la administración como dos de las principales causas.

Yo creo que... no, yo creo que no. Bueno... ahora más. Ahora igual empiezan a utilizar los servicios sociales, pero hasta ahora era una enfermedad, bueno, un trastorno que era difícil de diagnosticar. Y al ser tan difícil de diagnosticar, no... Carecía de respuestas por parte de la administración.

Entrevista 6. Profesional 6.

Otro motivo que los entrevistados consideran que explicaría por qué este tipo de usuarios no acuden a los centros bases podría ser porque acuden directamente a servicios especializados en el trastorno.

No, no son nada frecuentes ni habituales, ni nada que se parezcan. Ni lo van a ser tampoco, ellos llevan su mecanismo escolar normalizado, tienen sus recursos, en ambos casos los expedientes ya estaban iniciados anteriormente y se han limitado a esta gestión, no se hacen nada de trabajo social con ellos más valorarlos y completar su expediente de dependencia para que cobren una prestación (...).

Entrevista 7. Profesional 7.

En cambio, otros profesionales sostienen que no hay atención ni con personas con TEA ni con sus familias debido a que no existe una problemática a nivel numérico del trastorno dentro del propio municipio de atención.

En cuanto a número, no. Porque tampoco hay tantos, evidentemente.

Entrevista 3. Profesional 3.

Venir, no vienen porque aquí no hay, pero sí que es verdad, que sí serían susceptibles de ser un expediente de servicios sociales.

Entrevista 8. Profesional 8.

No lo son. Me imagino que no lo son por la baja incidencia de esta problemática que tenemos en el municipio y porque muchos recurren a los centros específicos directamente.

Entrevista 9. Profesional 9.

d) Necesidad de recursos y ayuda de trabajadores sociales

De acuerdo a los entrevistados las familias de las personas con TEA suelen acudir a los servicios sociales con el objetivo de obtener información, orientación y asesoramiento de los diferentes recursos, servicios y derechos, que tanto ellos como sus familiares se puedan beneficiar. Para ello, consideran que el trabajador social debe tener herramientas y estrategias para intervenir con la casuística que presentan estas familias y con el fin de eliminar cualquier tipo de dudas y sentimientos de culpabilidad que puedan respecto a la forma de actuar y a la educación que le brindan a su hijo con TEA.

(...) Es que el rol de un trabajador social y más ahora con la nueva ley, el rol del trabajador social es muy de gestión, de recursos. (...) Un apoyo familiar de cómo enfocar esta situación en la familia, estrategias para cómo intervenir desde la familia, desde cómo afrontar la situación.

Entrevista 8. Profesional 8.

En ciertas ocasiones, tener necesidades especiales puede precisar el acceso a determinados recursos de elevado coste, lo cual puede llevar a las familias con menos recursos económicos a situaciones de especial vulnerabilidad y de exclusión social debido a problemas económicos para sufragar los gastos generados del propio trastorno.

Creo que sí que es una población que sí que debe ser atendida por los servicios sociales porque se encuentran en una situación de vulnerabilidad social como grupo de diversidad funcional pues tienen mayores dificultades de acceso al empleo... en el tema de educación pues a veces también... en general para mantenerlos en “coles” ordinarios (..) Pues sí que podría haber una mayor participación de los servicios sociales, considero.

Entrevista 1. Profesional 1.

Otros de los indicadores que permiten analizar el número de visitas a los servicios sociales puede ser la necesidad de tener un buen diagnóstico del propio trastorno. Si no existe un buen diagnóstico desde edades muy tempranas esto puede ocasionar el no acceso a determinados servicios o recursos llevando a las familias a situaciones de riesgo de exclusión social.

En servicios sociales, muy frecuentes. Y sobre todo por el mal diagnóstico que han tenido, no a lo mejor en esta etapa que los nanos son detectados adecuadamente se articulan todos los recursos y sino más esa población que tenemos en situación, pues eso, en situación de riesgo de exclusión.

Entrevista 5. Profesional 5.

Se está ahora incentivando la atención temprana. En el sentido que sí que es verdad que, desde los colegios, y desde educación infantil se está derivando hacia nuestro

recurso, por ejemplo, o hacia los recursos sanitarios públicos para diagnosticar para hacer la valoración del diagnóstico, pero creo que falta, que tengan información y formación los profesionales en TEA para poder derivar y saber qué recursos hay y dar una información, pues, clara concreta y útil a esas familias.

Entrevista 6. Profesional 6.

Otros profesionales ponen el foco en la necesidad especial de coordinación entre profesionales y diferentes entidades para aunar criterios y poder dar a conocer el trastorno y dar cobertura tanto a las necesidades específicas de las personas con TEA como a las de sus familias.

Yo creo que sí, por supuesto. Pues mira, yo creo que muchas veces fallan las coordinaciones entre los organismos que hay actuando. (...) Entonces para mí todo esto sí que tiene que conocerse, y deberíamos tener ahora que hay más tiempo y que tenemos los equipos más reforzados, yo creo que es un buen momento para insistir, captar y saber dónde están desde el Colegio o instituto que les hagan la sugerencia a los padres.

Entrevista 3. Profesional 3.

Yo creo que sí. Ya te digo si tenemos formación pues seguramente podríamos ayudarles mucho más. Pero creo que sí, sobre todo en el tema de ocio, cultural y demás más importantes de la inclusión que nosotros vemos. Yo creo que la coordinación entre Sanidad y Servicios Sociales si se estrecha más y dejamos de verlo como dos mundos paralelos y que se guían por formas diferentes y empezamos a ver el trabajo integral, igual estos nanos llegarían mucho antes.

Entrevista 4. Profesional 4.

Sí. Bueno, pues se pueden hacer campañas de divulgación, lo que pasa es que nuestro municipio es de 15.000 habitantes, así que sí que sería interesante con municipios agrupados pues hacer algún tipo de asociación dónde pudiesen de alguna manera sensibilizar a la población sobre estas problemáticas y hacer campañas de divulgación

sobre esta problemática porque uno no se sabe cuándo se puede encontrar con este tipo de problema.

Entrevista 9. Profesional 9.

4.5.2.2. Formación profesional en materia de autismo

a) Formación específica durante los estudios universitarios

Este código ha sido uno dónde las opiniones de los profesionales han coincidido casi unánimemente. Los profesionales del trabajo social reciben escasa formación sobre los TEA y los pocos profesionales que reciben formación sobre discapacidad es poco exhaustiva y genérica.

Específicamente con autismo, no. Discapacidad sí, pero autismo, no.

Entrevista 3. Profesional 3.

Dentro de la carrera, no. Fuera hemos hecho alguna formación, pero hemos hablado de la discapacidad en general.

Entrevista 4. Profesional 4.

No, formación específica nunca. Sí que hemos estudiado en qué consistía en la carrera de una manera muy generalizada como puede ser cualquier otro tipo de enfermedad de tipo psicológico o mental, a nivel de conocimiento, pero sin una formación mucho más específica de cara a las repercusiones y del impacto a nivel familiar, a nivel social y a otros niveles.

Entrevista 9. Profesional 9.

De igual forma, la escasa formación que puedan recibir los profesionales se debe a la realización de cursos específicos para analizar la discapacidad o dependencia de las personas atendidas.

La única alusión que se hizo al Asperger fue precisamente en el curso de valoración, dónde hay una parte pequeñísima en la cual se hace una mención a la valoración de este tipo de casos.

Entrevista 7. Profesional 7.

Tal es la escasa formación y desconocimiento que se tiene sobre el TEA que ciertos profesionales desconocen hasta la nomenclatura del mismo.

No, nunca. De hecho, no sabía lo que significaba la palabra esta (TEA) que me has dicho.

Entrevista 8. Profesional 8.

b) Competencias o habilidades que necesita un trabajador social

Los entrevistados consideran que son diversas las habilidades que debe poseer un profesional del trabajo social en la intervención con personas con TEA, pero principal y fundamentalmente, se necesitan conocimientos básicos previos en cuanto a las características básicas del propio trastorno, amplitud y grados del espectro del autismo para poder atender adecuadamente a la persona con autismo.

Creo que sería conveniente y fundamental formación sobre lo que es el TEA, sobre lo que es el autismo en sí. Qué características tiene, aunque es un amplio espectro y abarca muchos grados y muchos niveles, pero sí tener un poco de conocimiento sobre qué características qué niveles puede haber, la diferencia entre una persona Asperger o una con autismo, los recursos que son necesarios, qué tipos de terapias o aprendizaje se llevan a cabo con estas personas.

Entrevista 6. Profesional 6.

Del mismo modo, los trabajadores sociales expresan que necesitan unas nociones básicas en cuanto a las características del trastorno, pero una de las habilidades que se da por sentado al ejercer esta profesión es el sentimiento vocacional y la propia empatía que deben de sentir los profesionales tanto en el proceso de intervención de las familias como con el propio usuario con TEA.

Los más comunes, los trastornos relacionados con el trastorno del espectro autista, el autismo propiamente dicho, el Asperger (que sería un autista de altas capacidades). (...) se presupone que un trabajador social debería tener esa apertura de mente y esa empatía en cuanto a habilidades profesionales. Por eso no lo he incluido como cosas que se deberían tener porque son cosas que si te dedicas al trabajo social se te presupone una vocación...

Entrevista 2. Profesional 2.

Yo considero que estos casos requieren, primero una aproximación que no necesariamente tiene que ser en el despacho, porque los espanta. Y mucho cariño, que te sientan como algo suyo. Y desde ahí ya se puede empezar a trabajar... Empatía, cariño, no lo sé. Pero requiere tiempo y mucha implicación. Y es lo que tú dices, no todos los profesionales del trabajo social tienen que tener la misma metodología de intervención porque todos no somos iguales

Entrevista 3. Profesional 3.

Finalmente, también hay opiniones sobre que este tipo de trastorno no se atiende frecuentemente en los despachos de servicios sociales por lo que no considera necesario desarrollar ni tener especial conocimiento del propio trastorno porque el propio trabajador social es un mero tramitador de recursos.

Es una pregunta difícil y a lo mejor se podría interpretar negativamente, pero considero que no forman parte del Trabajo Social diario ni tiene porqué. Yo lo he concebido como casos aislados en los cuales se ha tenido que cumplimentar un expediente, nada más, desde el punto de vista de la mera gestión y no es habitual.

Entrevista 7. Profesional 7.

4.5.2.3. Técnicas y modelos de intervención

a) Métodos/ intervenciones del trabajo social

Tras el análisis de las opiniones de los entrevistados, se observa que el papel de las familias es fundamental en las intervenciones, ya que son la pieza clave en el

acercamiento, comunicación e intervención con la persona con TEA. Se considera que la familia es el puente de unión entre la persona con TEA y el mundo que les rodea. Por ello, los participantes consideran que, para lograr una plena inclusión social, se debe promover la implicación de todos los miembros de la familia, además incluirlos en su propio entorno comunitario, empleándolo como herramienta de normalización y visibilidad del trastorno.

Yo pienso que la intervención familiar en contextos naturales... Y luego, pues, dentro del trabajo social pero multidisciplinar. Creo que es un muy importante una intervención multidisciplinar. (...) cómo método pues a ellos le resultan muy útiles las rutinas, y fundamentalmente pues eso, individualizar a cada persona y familia.

Entrevista 1. Profesional 1.

(...) Yo trabajaría con ellos como trabajo hoy en día, el trabajo individual, el trabajo familiar y luego el trabajo comunitario. Porque la inclusión es esencial para cualquier adolescente.

Entrevista 4. Profesional 4.

Un tema que ha surgido de las opiniones de los entrevistados es los posibles conflictos que pueden surgir dentro del mismo núcleo familiar debido a la falta de información o desconocimiento del propio trastorno. Los profesionales ponen especial énfasis en que no se debe olvidar que, sin una buena gestión y asimilación del trastorno, la propia dinámica familiar puede verse trastocada y es ahí cuando realmente se necesita que un profesional esté formado e intervenga con el abordaje de casos en situaciones conflictivas.

(...) He trabajado más con las familias, el tema del abordaje del caso, la falta de información, la angustia que pueden tener las familias de sentirse solos, cómo puede afectar a la dinámica familiar, los conflictos... El tener que afrontar esto, la discrepancia que puede haber entre los padres de cómo afrontar este problema. Yo desde el ámbito que trabajo, es el abordaje de casos y cómo mucho he podido trabajar con alguna familia más conductual o conductista.

Entrevista 5. Profesional 5.

Otro aspecto a destacar de los resultados de las entrevistas realizadas es que parte del propio éxito de la intervención recae en la salida del despacho y acercamiento al verdadero entorno del propio TEA, ya que según los profesionales, tanto el TEA como sus familias tienen que ver el lado más humano y cercano de los profesionales.

(...) Todo lo que sabemos del trabajo social hay que ponerlo a su servicio, pero con mucho cuidado para no asustar, no hay que asustar a nadie. Hay que ponerse a su nivel siempre nos lo han dicho y al de la familia. Y lo principal es que no te vean como algo que está ahí en un despacho que tienen que ir como si fueran al médico y yo no lo veo un buen método, yo veo un método mejor que seas tú la que salgas, la que interactúes desde fuera.

Entrevista 3. Profesional 3.

Una visita domiciliaria los usuarios con trastorno del espectro autista están más a gusto porque están en su propio entorno, en un lugar extraño mirándolo todo inquietos por todo, no hay ruidos extraños estás en tú casa

Entrevista 2. Profesional 2.

De igual forma, los entrevistados opinan que las intervenciones pueden ser respaldadas mediante una constante coordinación con otros profesionales implicados como pueden ser los auxiliares a domicilio. Se considera que el trabajo de ciertos profesionales en muchas ocasiones son la clave del éxito de la propia intervención, ya que son los que realmente están en contacto diario con las familias y lidiando posibles situaciones conflictivas que puedan surgir.

Primero es el conocimiento de la realidad. Luego, aportar los recursos existentes para interaccionar con la problemática y sacar una serie de valoraciones y conclusiones y como hemos dicho al principio, ver qué recursos o qué técnicas de trabajo se pueden realizar desde los servicios sociales generales a nivel de apoyo domiciliario, a nivel de acompañamiento, a nivel psicológico, necesidad de descarga familiar en determinados momentos, programas específicos para ellos que se pueden abordar a nivel de programas de inclusión, inclusión en actividades realizadas en el municipio, deportivas y culturales.

Entrevista 9. Profesional 9.

En contraposición con lo descrito anteriormente, para ciertos profesionales la figura del trabajador social aparecería como la de un tramitador de recursos de los que se pueda beneficiar la persona con TEA. Esto colocaría la figura del trabajador social como un mero gestor, dejando de lado la figura de agente promotor de cambio.

(...) Aquí trabajamos a lo bruto como en todos los sitios con más o menos mala sangre en determinados momentos y buscamos recursos. Y somos materialista en cuanto buscamos recursos y nuestro trabajo es buscar recursos y conseguir prestaciones y demás.

Entrevista 7. Profesional 7.

(...) Nosotros en servicios sociales base, ahora es atención primaria, la intervención con una problemática así se limita a gestionar el certificado de discapacidad que le da una serie de derechos de beneficios fiscales y si corresponde alguna ayuda concreta porque lleva alguna problemática asociada ese niño o de desarrollo personal o físico o lo que sea, se gestiona ese tipo de recursos.

Entrevista 8. Profesional 8.

b) Materiales o apoyos para trabajar con TEA

En opinión de los profesionales con experiencia en TEA, existe una especial dificultad en el procesamiento de la información que se recibe por el canal auditivo. La mayoría de las personas con TEA poseen un modo de aprendizaje preferentemente visual, por lo que es esencial apoyar los aprendizajes a través de recursos visuales.

Pues, la información visual, los pictogramas. Y luego, que la información, sea, en general. También dependerá de cada uno. La información más concreta, más directa, más visuales.

Entrevista 1. Profesional 1.

Yo siempre lo que aconsejo a las familias es lo visual. Es decir, ellos lo que mejor distinguen son las imágenes porque a ellos lo que más le cuesta es generalizar, si tú lo que quieres es que utilicen el jabón y se sequen las manos, pictogramas.

Entrevista 5. Profesional 5.

Los profesionales opinan que no se debe olvidar que, aunque los TEAS tienen una serie de características comunes, el espectro del autismo es muy amplio lo cual hace que cada persona con autismo sea única y tenga sus propios intereses. Por ello, el profesional debe de buscar los gustos e intereses específicos como forma de poder acceder y conectar.

Si te quieres acercar, por ejemplo, es más fácil con cosas que le interesen, pero como a cada persona le interesa algo distinto...

Entrevista 2. Profesional 2.

Creo que con cada uno nos entenderemos de una forma diferente, pero es lo que nos pasa con los adolescentes, yo con todos los adolescentes no contacto de la misma forma, busco cuál es su característica especial y a partir de ahí me relaciono con ellos

Entrevista 4. Profesional 4.

Los entrevistados consideran que la intervención con personas con TEA no recae única y exclusivamente en los profesionales del trabajo social, por ello se puede y se debe recurrir a otros profesionales implicados con la finalidad de abordar de forma conjunta y ofrecer el máximo apoyo a las familias.

(...) Están las auxiliares de ayuda a domicilio porque muchas veces en estos casos, no solamente porque tengan este problema sino porque además hay más niños o la madre está ya saturada y ahí está el Servicio de Ayuda a Domicilio para por las mañanas hacer un pequeño acompañamiento o “desaturar” un poco la casa. Y las auxiliares también necesitan muy mucho que hay que hacer porque claro la formación suya, si la nuestra es escasa, la suya es menor.

Entrevista 3. Profesional 3.

Apoyo domiciliario, las educadoras, integradores sociales, terapeutas ocupacionales, eso sería a nivel de personal. Luego, sería ver la posibilidad de programas específicos, de inclusión en distintas actividades que se puedan hacer en el municipio, con el apoyo a nivel profesional que se requiera

Entrevista 9. Profesional 9.

En opinión de los participantes, los trabajadores sociales en muchas ocasiones son buscadores y hacedores de recursos, por ello una buena herramienta consistiría en ser metódico y organizado con el propio trabajo.

Yo trabajo con informes sociales de todo tipo, pero luego están informes sanitarios, pero bueno los aúno todos con informes sociales o informes de los recursos de los que provienen, las fichas sociales, luego el sociograma, por ejemplo, el genograma.... Pues los ficheros de recursos también son fundamentales y luego imprescindible, yo lo que hago es un repertorio de leyes sobre las ayudas, la ley de la dependencia y todo eso... como un fichero de recursos, pero de becas, ayudas, subvenciones y demás.

Entrevista 6. Profesional 6.

4.5.2.4. Preguntas sobre el curso piloto

a) Oferta sobre formación especializada

Debido a la escasa formación especializada que se recibe en los estudios universitarios, los profesionales entrevistados manifiestan que no tienen nociones sobre las características más básicas del trastorno y, por ello, debería brindarse conocimiento sobre la propia casuística del trastorno, así como su diagnóstico e intervención.

Yo lo veo muy importante, todo conocimiento de una determinada problemática, se tiene que profundizar sobre ella, sobre todo para trabajar sobre conocimientos y no generar prejuicios. El conocimiento y la formación es importante en esta materia. Contenido, primero. Contenido son los diagnósticos, la diversidad de patología que puede haber, sus variantes y su forma de conocerla y para hay que formarse. Cada persona y cada problemática es muy individual, entonces hay que conocer las características generales y específicas que se pueden dar en este tipo de casuística.

Entrevista 9. Profesional 9.

A mí me parece fenomenal, claro. Nosotros tratamos a toda la población en general y después de esa población pues hay muchísimas personas que pertenecerán con unas características a un ámbito de actuación y otros a otra y para poderlos tratar hay que saber.

Entrevista 3. Profesional 3.

b) Características o contenidos de la formación especializada

Otro tema en el cual han coincidido los participantes es que todos los profesionales deben estar formados en todo lo relacionado con sus áreas de trabajo. Respecto al trabajo social, las características de la formación recibida deberían estar dirigida a la detección de necesidades, intervención con la familia, acceso a recursos, vida independiente, conocimiento en materia de legislación, coordinación con otros profesionales, entre otras áreas mucho más necesarias e imprescindibles para llevar a cabo una buena intervención.

Uno de los contenidos es formación específica sobre las características del autismo, es decir, desde dónde va hasta qué va, no ahondar en cuáles son las causas... pero sí saber un poco en qué consiste, qué tipo de perfiles nos podemos encontrar, qué tipo de conductas se pueden llevar a cabo(...) La atención temprana sería fundamental también e igual saber coordinarse con recursos y servicio (...) El trabajo en red con otros profesionales... de diversos tanto orientadoras del equipo de orientación de un instituto o un colegio como servicios sociales especializados como una asociación. Y, por tanto, una de la formación sería trabajo en equipo, aprender a trabajar en equipo.

Entrevista 6. Profesional 6.

Cualquier profesional que trabaje en el ámbito de servicios sociales lo que necesitamos es, sobre todo, son destrezas o esas habilidades o competencias para que aseguremos que el trato sea lo más igual posible, que podamos garantizar que tengan el mayor número de oportunidades y luego a nivel comunitario, si se pudiera trabajar, poder hacer que la visión de este tipo de problema, hacerlo llegar que la sociedad se involucrara y se pudiese hacer más fácil.

Entrevista 5. Profesional 5.

Yo creo que una cosa es conocer (qué es el TEA) y qué problemáticas sociales a día de hoy ha podido relacionarse, no solamente con la persona TEA sino con el ámbito familiar y con el entorno que son esenciales. Y cómo intervenir tanto con la persona que tiene TEA como con el resto de familia, como con el Cole, con los compañeros. (...)

Yo creo que esa función podría ser nuestra, intentar sensibilizar a los nanos, al profesorado, a la comunidad educativa.

Entrevista 4. Profesional 4.

Además de todas las leyes y programas que pudieran ayudar a sus usuarios. Tener el conocimiento de los recursos que pueda tener el ayuntamiento de casa sitio para poder trabajar con estos usuarios. Pero sí que necesitamos tener mucho conocimiento sobre este tipo de trastorno para calar cuanto antes las necesidades de los usuarios. (...) Por eso, digo no solo satisfacerlas sino calarlas en seguida. Detectarlas en seguida.

Entrevista 2. Profesional 2.

c) Utilidad o necesidad del curso para trabajadores sociales

Entre las opiniones brindadas por los participantes, se observa que cuando un profesional recibe una formación específica y adecuada, se pueden poner en marcha las herramientas apropiadas para acceder a más canales y hacer de la inclusión una realidad.

Mucho porque es que además yo creo que muchas de las cosas que se plantean se plantean desde la inclusión por lo cual nos sirve para los TEAS, pero nos sirve para otros muchos más colectivos, ¿sabes? Porque si esto lo hago con el TEA por qué no lo voy a hacer con otro menor.

Entrevista 4. Profesional 4.

d) Horas para la impartición del curso

Uno de los últimos aspectos sobre los que se ahondó con los entrevistados fue la duración que considerarían apropiada para un curso de formación en TEA dirigido a trabajadores sociales para que fuera útil en la adquisición de conocimientos. A continuación, se puede observar la divergencia de opiniones brindada por los participantes en las entrevistas.

Igual unos 3 o 4 meses.

Entrevista 1. Profesional 1.

Alrededor de 200, entre 150 y 250 horas, lo vería bien. Porque son muchos temas, muy importantes, mucho contenido a impartir.

Entrevista 2. Profesional 2.

No te puedo decir cuántas, pero menos 80 horas imposible, yo creo que más de 100

Entrevista 3. Profesional 3.

Entre 50 o 70 horas, entre 10 horas por módulo porque así me permites hacer actividades, me permites poner casos, me permite hablar mucho del tema de la ética

Entrevista 4. Profesional 4.

Yo no creo que un curso de menos de 50 horas sirva para mucho. A partir de 75 empiezas a ver realmente lo que estás haciendo.

Entrevista 5. Profesional 5.

Yo podría 120 o 140 horas.

Entrevista 6. Profesional 6.

15 horas por módulo, entonces sería mucho más.

Entrevista 8. Profesional 8.

Se podrían hacer cursos igual de 200 horas.

Entrevista 9. Profesional 9.

e) Medio o formato del curso

Otro tema que se surgió en las entrevistas realizadas, es que debido al alto volumen de trabajo que sufren los servicios sociales, los cursos a los que acuden los trabajadores sociales deben ser flexibles en cuanto a presencialidad. Una parte del curso, sobre todo el temario teórico puede ser impartido en modalidad online pero cuando se tratan de contenidos prácticos.

*No te voy a negar alguna que otra cosa se podría dar online, pero 75% presencial y
25% online*

Entrevista 2. Profesional 2.

*Semipresencial, e-learning y semipresencial. Mixto y enfocado sobre todo a personas que
igual están trabajando.*

Entrevista 6. Profesional 6.

Semipresencial, todo presencial, cansa y sobre todo porque son muchas horas.

Entrevista 5. Profesional 5.

*En realidad, semipresencial mejor, a mi es que lo cursos online no me convencen
mucho.*

Entrevista 8. Profesional 8.

Por otra parte, los entrevistados han valorado de forma especialmente positiva la modalidad presencial como metodología para la adquisición de conocimientos debido al carácter social y humano que envuelve a esa profesión.

Aunque sea esa prespecialidad virtual, sé que es el futuro que está ahí... pero la prespecialidad, el tocarnos, el indagar, el preguntar a mí siempre.

Entrevista 3. Profesional 3.

Yo quiero presencial que alguien venga y que me aclare todas mis dudas que tengo en mi cabeza que está efervescente y no quiero una jornada

Entrevista 4. Profesional 4.

4.5.2.5. Preguntas sobre divulgación de contenido y satisfacción con la entidad en la que se desarrolla la actividad laboral

a) Implicación de la institución o entidad

Según las opiniones de los profesionales entrevistados, el reconocimiento y el apoyo por parte de la entidad o institución en la que se trabaja en la mayoría de las veces puede marcar la diferencia en el sentimiento de hacer un buen trabajo. Pero, en ocasiones, las propias entidades son conscientes de la importancia de la formación de la disposición de recursos para que las personas con cualquier tipo de trastorno tengan una buena calidad de vida.

Sí que le daban y sobre todo se agradecía mucho la información. Yo cuando recibía correos. La entidad era yo. Esto parte realmente del trabajo social

Entrevista 3. Profesional 3.

Sí, por lo que te comentaba. Tenemos el programa de los pequeños, de la prevención de 0 a 3 años para detectar cualquier problema antes de entrar en el cole. Luego hay un gabinete municipal (...) Yo creo que cualquier cosa que le planteáramos estarían interesados.

Entrevista 4. Profesional 4.

Digamos que tampoco lo obstaculizarían.

Entrevista 5. Profesional 5.

Sí, mucha.

Entrevista 6. Profesional 6.

Pues sí pero no especificando el TEA sino en cualquier discapacidad.

Entrevista 7. Profesional 7.

Según los entrevistados, en ocasiones, esas mismas instituciones no les dan importancia, ya sea por poca implicación o por propio desconocimiento de la misma.

Pues específicamente, no.

Entrevista 1. Profesional 1.

No, ni de lejos.

Entrevista 2. Profesional 2.

No, ninguna.

Entrevista 8. Profesional 8.

Yo creo que no, sobre todo un poco por el desconocimiento y por el tipo de servicio que nosotros damos a toda la población.

Entrevista 9. Profesional 9.

b) Satisfacción con el conocimiento existente y con el trabajo realizado

Este código está estrechamente vinculado y se retroalimenta con el código anterior. Los profesionales creen que los trabajadores estarán en mayor o en menor medida satisfechos con el trabajo realizado debido al conocimiento brindado y disponible dependiendo de si la institución en la que se trabaja dispone de herramientas y facilita y promueve la formación. Pero, según sus opiniones, debido a la gran saturación de trabajo y del poco tiempo disponible para realizar las intervenciones de forma correcta, los profesionales en gran medida no se sienten satisfechos ni con el conocimiento existente ni con el trabajo realizado.

No. Aunque sí que me gustaría tener más conocimientos y más herramientas.

Entrevista 1. Profesional 1.

No, no mucho. Me harían falta muchas más tablas.

Entrevista 2. Profesional 2.

Yo creo que nunca tienes que estar satisfecha. Cuando empiezas a estar satisfecha y piensas que ya no tienes nada que aprender, mal, porque algo está fallando

Entrevista 5. Profesional 5.

Pues no, no estoy satisfecho porque no tengo ningún conocimiento ni ninguna formación, pero como soy trabajador social y sé hacer milagros pues hago lo que puedo.

Entrevista 8. Profesional 8.

(El conocimiento) Es muy escaso. El trabajo que he realizado es muy de pasada, es más de derivación que otras cosas, entonces, el material no dispongo de material, ni tampoco dispongo de formación para atender.

Entrevista 9. Profesional 9.

Sin embargo, los participantes consideran que cuando se trabaja para una entidad sensibilizada con el tema que se aborda, la satisfacción tanto con los recursos como con el conocimiento cambia de forma drástica.

Sí, mucho y creo que es una asociación el que se traba muy bien y muy concienzudamente.

Entrevista 6. Profesional 6.

Yo estoy muy contenta con mi trabajo creo que se ha podido ver a lo largo de toda la entrevista, pero eso no quiere decir que no necesite formación.

Entrevista 4. Profesional 4.

Yo sí. Yo que me monté un centro especial de empleo, el taller de discapacitados (madre mía sí ha sido mi vida), y siempre había personas con discapacidad.

Entrevista 3. Profesional 3.

c) *Divulgación de formación en tea del colegio de trabadores sociales de Valencia*

El Colegio profesional es el lugar dónde los profesionales pueden recibir formación y protegerse legalmente frente a cualquier situación conflictiva. En opinión de los profesionales, es importante que, si el Colegio facilita formación profesional, esta debería ser oficial y en colaboración con las universidades.

Que yo sepa no, yo diría que no. Porque que yo sepa no he visto nunca ni en la web ni de todos los años que llevo colegiada tampoco ha salido nunca ningún cursillo específico para trabajar con TEA ni nada.

Entrevista 2. Profesional 2.

Sí que ofertan, pero de estos específicamente, no creo, eh. (...) Considero que a la hora de hacer algo por el Colegio, el Colegio debería y tiene la obligación de ponerse en contacto con la Universidad y a ser posible que esa formación tenga ese puntito más.

Darle un peso conjunto entre un curso que la universidad y el colegio lo están impartiendo.

Entrevista 3. Profesional 3.

No. Como en otras cosas sí. La universidad también debería lanzar alguna oferta.

Entrevista 5. Profesional 5.

No tengo conocimiento, pero sí que sé que el colegio se ha preocupado por las distintas y por fomentar a nivel general todo tipo de formación que no tengo yo un conocimiento porque tampoco ha habido una preocupación por este tema por mi parte.

Entrevista 9. Profesional 9.

Capítulo 5: Discusión y Conclusiones

“El/la profesional del trabajo social promueve el intercambio de conocimientos, experiencias e ideas con los/las colegas y profesionales de otras disciplinas a fin de enriquecerse mutuamente y mejorar la intervención social”

Código Deontológico de Trabajo Social (Artículo 26)

Desde los años 90, la prevalencia del autismo ha aumentado considerablemente, ya que según estudios actuales llevados a cabo por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (2018) destacan que 1 de cada 59 niños tiene autismo. Igualmente, según las últimas investigaciones llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), se calcula que 1/160 niños está diagnosticado de autismo. No obstante, esta divergencia en las cifras de prevalencia podría ser consecuencia de la variación de los datos existentes en los distintos estudios epidemiológicos realizados. Sin embargo, los resultados actuales muestran que desde los últimos 50 años existe una prevalencia del autismo a nivel mundial, la cual continúa en aumento, debido a factores como las mejoras realizadas en los procesos de detección temprana; cambios, ampliaciones y consenso de los criterios diagnósticos; mayor conciencia del trastorno entre la población; mayor reconocimiento por parte de los médicos; el desarrollo de instrumentos de detección más eficaces; factores culturales (ej. retraso en la edad de tener hijos) y medioambientales (Hansen, Schendel y Parner, 2015; Newschaffer et al., 2007; Shattuck, 2006; Fortea, Escandell y Castro, 2013a). A lo largo de este estudio, se han expuesto las principales características y necesidades del autismo, pero debido a la variedad y complejidad del espectro de las personas con autismo, a menudo se enfrentan a muchas barreras para beneficiarse de la plena inclusión social en diferentes ámbitos, como son el educativo, el sanitario o el laboral (González-Navarro et al., 2014). Por lo tanto, el acceso a servicios de salud, así como a una educación de calidad ha sido durante mucho tiempo algo problemático para los jóvenes y adultos con TEA, así como sus familias; debido, entre muchos factores, a que la mayoría de los profesionales carecen de una adecuada formación y habilidades para interactuar eficazmente con ellos (Warfield et al., 2015).

Varios estudios han puesto de relieve la falta de conocimiento y la formación insuficiente basadas en la evidencia, entre los profesionales de diversos ámbitos (educación, salud e investigación) que trabajan en el campo de los TEA (Brock et al., 2014; Rakap et al., 2015; Wainer y Ingersoll, 2013; Warfield et al., 2015; Zerbo et al., 2015). Debido a ello, es necesario crear programas educativos capaces de formar a profesionales para que puedan intervenir y dar respuestas a las necesidades tanto a las personas con TEA como a sus familiares, en los diferentes contextos durante todas las etapas del ciclo vital (infancia, adolescencia, adultez y senectud).

Para dar respuesta a todo lo anteriormente descrito, el objetivo general de este estudio fue doble. Por una parte, se pretendió detectar las necesidades formativas de profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos (sanidad, educación, servicios sociales, etc.) que intervienen a lo largo del ciclo vital de una persona con autismo. Y, por otra parte, conocer el papel de los profesionales del Trabajo Social y los recursos (formativos, económicos o servicios) de los que puede disponer para atender las necesidades de las personas con TEA. Para alcanzar dichos objetivos, se estudiaron las necesidades formativas que tenían los diferentes profesionales que trabajan en el ámbito del autismo a través de una revisión de la literatura y de grupos focales. Finalmente, se diseñó e implementó un curso piloto con la finalidad de abordar las carencias curriculares básicas y específicas que presentan los profesionales que trabajan en el ámbito del autismo de acuerdo al estudio de necesidades realizado previamente. El modelo que se empleó para evaluar el curso piloto fue el Modelo Kirkpatrick (1998), el cual es idóneo para la evaluación de acciones formativas tradicionales, así como para la adaptación y uso en la enseñanza online *-e-learning-*, con el objetivo de monitorizar la calidad del proceso formativo y, al mismo tiempo, medir los resultados de aprendizaje e impacto en relación a las competencias profesionales de los participantes (Belanger y Jordan, 2000; Mantyla, 2000; Rosenberg, 2001). De igual manera, y con el fin de conocer específicamente las necesidades formativas y de recursos en la práctica de los profesionales del trabajo social, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, con el objetivo de analizar si las necesidades de estos profesionales, en relación al abordaje del TEA, eran las mismas o diferían de las de profesionales de otros ámbitos.

A continuación, se detallan los resultados más relevantes que se han obtenido a lo largo del presente estudio de acuerdo a los distintos objetivos específicos que se plantearon en

su inicio. Asimismo, con los hallazgos obtenidos se validarán o refutarán las hipótesis inicialmente planteadas.

1. Discusión del objetivo 1

El primer objetivo específico que se propuso fue *detectar las necesidades curriculares y formativas de profesionales multidisciplinares que trabajan en el ámbito de los TEA*. Con este objetivo, se plantearon dos hipótesis principales: *a) no existe una formación especializada dirigida sobre TEA a profesionales y no abordan sus necesidades reales a la hora de desempeñar su profesión; y b) los estudios actuales sobre formación en profesionales del ámbito de los TEA son escasos.*

Con el fin de respuesta este objetivo y comprobar las hipótesis planteadas, se llevaron a cabo diferentes actuaciones. Para ello, se realizó una revisión de la literatura con la finalidad de identificar y sintetizar la evidencia publicada procedente de otras investigaciones con respecto a las necesidades de formación de profesionales de diferentes disciplinas en el campo del autismo. Esta revisión se complementó con la realización de unos grupos focales formados por profesionales, a nivel internacional, con experiencia en el ámbito del autismo, para así poder establecer similitudes y diferencias entre los hallazgos encontrados.

Tras un análisis sistemático y minucioso de la literatura existente, la revisión reveló un total de 29 artículos que cumplían los requisitos de inclusión establecidos y que respondían a la pregunta de investigación planteada. Uno de los principales hallazgos encontrados, fue que el conocimiento existente sobre habilidades y formación en los profesionales que trabajan con personas con autismo es escaso. Tanto los resultados de la revisión de literatura como los obtenidos a través de los grupos focales, revelaron que los profesionales que trabajan en el campo de los TEA tienen conocimientos insuficientes e inadecuados para el desempeño de su trabajo. La evidencia sugiere que los programas universitarios de formación para educadores especiales deben enfocarse en desarrollar las habilidades necesarias para un uso sostenido de estrategias basadas en evidencia (Hall, 2015). Estos resultados son similares a otros que, siguiendo la misma tendencia, resaltan una falta de preparación académica ofrecida en el marco de los programas de formación oficiales (como en la educación superior) y evidencian la necesidad urgente de participar y continuar en el desarrollo profesional y el *coaching* (Bertuccio, Runion, Culler, Moeller

y Hall, 2019), además, de incrementar el número de cursos universitarios y programas curriculares en este campo (Vlachou, 2016; Warfield et al., 2015). Estos cursos deberían desarrollar la colaboración interprofesional e integrarse en el currículo formativo desde las primeras etapas universitarias para favorecer una posterior comunicación profesional (Werner, 2011), involucrando a profesionales de diferentes campos, como la educación, la salud, el voluntariado, el trabajo social, la enfermería y la logopedia (Vlachou, 2016; Warfield et al., 2015; Werner, 2011). Este tema también fue destacado por los participantes de los grupos focales, ya que la cooperación interdisciplinar y las sinergias creadas entre diferentes perfiles profesionales es fundamental para una comprensión más profunda de los TEA y un enfoque más integral sobre las necesidades de la persona (y las de su familia), así como sus preferencias (Newsome, 2001; Stoner, Angell, House y Bock, 2007).

La mayoría de investigaciones y programas formativos existentes sobre autismo se han centrado tradicional y principalmente en la infancia y en la esfera de la educación, lo cual se alinea con los resultados hallados en los diferentes artículos analizados en la revisión de la literatura, puesto que muchos de ellos se centraban en la formación de habilidades y competencias de profesionales que trabajan con niños autistas en escuelas o en el ámbito educativo. Sin embargo, sólo unos pocos estudios se centraron en la edad adulta (Hendricks, 2011; Nosik et al., 2013; Warfield et al., 2015; Zerbo et al., 2015) o en otros ámbitos, como es el sanitario (Bordini et al., 2015; Warfield et al., 2015; Werner, 2011; Zerbo et al., 2015). Por lo tanto, este vacío en la literatura existente sugiere la necesidad de realizar más investigación durante todo ciclo vital de una persona con TEA (Milton y Bracher, 2013; Murphy et al., 2016; Pellicano, Dinsmore y Charman, 2014) y, especialmente, de disponer de más programas de formación que aborden las necesidades y características de personas con TEA en periodos como la adultez y senectud (Quiban, Brooks y Armstrong, 2020; Wright, Wright, D'Astous y Wadsworth, 2016).

En relación con los grupos focales, uno de los principales resultados fue la necesidad de crear programas de formación para el desarrollo profesional para reducir los niveles de estrés y agotamiento entre los profesionales. Estos resultados son similares a los obtenidos por Poon y Tay (2018) donde, tras entrevistar a 36 profesionales, concluyeron que los programas de desarrollo profesional deberían ser más sostenibles para aumentar así la eficacia del trabajo de los profesionales y las estrategias para comprender y apoyar

a los estudiantes con TEA. Siguiendo la línea de la formación profesional, hallazgos similares fueron encontrados tanto en la revisión de la literatura como en las entrevistas de los grupos focales. Entre los temas hallados destacan: el conocimiento general sobre autismo; los criterios diagnósticos; autismo y comorbilidades; sexualidad en la adolescencia y la edad adulta; erradicación de mitos y estereotipos sobre los TEA; la intervención profesional con TEA y sus familias; mejora de la calidad de vida de las personas con TEA; la cooperación entre profesionales; y el desarrollo de una formación profesional basada en la evidencia científica.

Otro de los hallazgos obtenidos tanto en los grupos focales como la revisión de la literatura fue la existencia de diferentes metodologías de formación en la implementación de cursos formativos sobre TEA entre profesionales de diferentes ámbitos. La revisión de la literatura reveló tres formatos metodológicos importantes, como son el formato *cara a cara* (presencial), *online* y *mixto*. Los estudios que emplean metodologías presenciales destacan la importancia del contacto directo entre los estudiantes y los profesionales (o formadores), así como el estudio de casos reales para aprender y desarrollar nuevas habilidades en el trabajo diario con personas con TEA (Hedin y Conderman, 2015). Sin embargo, los participantes de los grupos focales evaluaron positivamente los cursos de formato mixto (Hilliard, 2015; Wideman, Owston y Sinitskaya, 2007), combinando así sesiones presenciales y actividades online. Este tipo de formación debe estar supervisada por un profesional especialista en el formato metodológico impartido y, organizado en grupos reducidos para aprovechar al máximo las actividades, las explicaciones y los debates. De manera análoga, se demostró que iniciativas como los programas que emplean el *eLearning* son herramientas eficaces en la formación de nuevos profesionales empleando métodos como el modelo *ABA* (*Applied Behavior Analysis*) (Granpeesheh et al., 2010; McCulloch y Noonan, 2013), cuyos hallazgos sugieren que la instrucción autodirigida puede ser un método eficaz para aumentar el conocimiento en la intervención de los profesionales. En este sentido, Suhrheinrich (2015) afirma que utilizar la formación *online* puede ser una metodología idónea para llegar a un mayor número educadores tanto futuros como actuales, debido a que la formación online proporciona asistencia inmediata.

Es por ello, que, dado al análisis de la revisión de la literatura como de la realización de grupos focales, se ha hallado la necesidad generalizada de formación en TEA de calidad, dirigida tanto a profesionales que trabajan actualmente como a futuros profesionales de diferentes ámbitos que trabajen con personas con autismo. Estos resultados validarían tanto el primer objetivo, así como las dos hipótesis antes planteadas: hipótesis 1 (*no existe una formación especializada dirigida sobre TEA a profesionales y no abordan sus necesidades reales a la hora de desempeñar su profesión*) como la hipótesis 2 (*los estudios actuales sobre formación en profesionales del ámbito de los TEA son escasos*).

2. Discusión del objetivo 2 y 3

El segundo objetivo específico planteado fue *diseñar y validar un programa formativo basado en competencias curriculares para profesionales que trabajen con personas con TEA*. Como tercer objetivo, se propuso *implementar y valorar el impacto del programa formativo*. La hipótesis propuesta a estos objetivos fue que *el programa formativo diseñado e implementado en el marco de esta investigación mejorará las competencias teórico-prácticas sobre TEA de aquellos profesionales que participen en el curso*.

Para dar respuesta tanto al segundo objetivo como a la hipótesis planteada, se diseñó un currículo formativo a partir de los resultados obtenidos mediante de la revisión de literatura y los grupos focales. Para ello, se consultó a un panel de expertos empleando el método Delphi, a través del cual se facilita la comunicación entre el panel y, mediante la cual, en ocasiones, se puede proporcionar soluciones válidas a problemas complejos (Landeta, Barrutia y Lertxundib, 2011).

Un total de total de 28 expertos participaron en dos rondas del estudio Delphi a través de la cumplimentación de dos cuestionarios con el objetivo de analizar las respuestas facilitadas, las cuales, posteriormente, servirían como marco de referencia para el diseño del programa formativo. Los profesionales participantes tuvieron que cumplir algunos de los criterios de inclusión establecidos. Por una parte, debían tener al menos 5 años de experiencia, o ser profesionales junior con experiencia en el campo del TEA. También, se aceptaron como parte de la muestra, familiares de personas con TEA y personas con TEA. A través de la primera ronda se validó la composición de los cuestionarios que se entregarían posteriormente: a) módulos del curso; b) metodología relevante; y c) peso de los módulos que debían formar parte del curso curricular. En el apartado de módulos del

curso, se validaron tanto los dos niveles que lo formarían (nivel I dirigido a profesionales con poco o ninguna sin experiencia previa en TEA y nivel II a profesionales con experiencia en el ámbito del TEA), así como del número de módulos que debía estar formado.

Entre los hallazgos más significativos obtenidos en las dos rondas del Delphi, los participantes destacaron la necesidad de implementar una formación en TEA a través de una metodología esencialmente práctica, declinándose por actividades llevadas a cabo a través de seminarios, conferencias, talleres y ejercicios prácticos, así como la discusión de casos reales. Dichos resultados están relacionados con los módulos a los que los participantes seleccionaron mayoritariamente, ya que dichos módulos abordaron principalmente temáticas sobre estrategias de intervención, conocimiento específico sobre las características de los TEA, así como el diseño y evaluación de Planes de Desarrollo Personal dirigido a personas con autismo. Estos resultados guardarían relación a los encontrados en el estudio de Gómez, Muñoz y Barbero (2010), en el cual emplearon, también, la metodología Delphi con el objetivo de analizar una serie de indicadores para abordar la calidad de vida de una persona con autismo. Entre dichos indicadores se destacó la formación de los profesionales que trabajan con personas con TEA, enfatizando, especialmente, la necesidad de disponer de un conocimiento previo sobre qué es el autismo, y la actuación profesional realizada adaptada al proceso de elaboración de los Planes de Desarrollo Personal, el cual está diseñado específicamente en relación a las características y necesidades de las personas con TEA.

Gracias a la retroalimentación aportada por el panel expertos participantes a través del estudio del Delphi, se diseñaron dos programas formativos para profesionales que trabajan (o puedan trabajar en el futuro) en el ámbito del autismo. A nivel empírico, los programas pilotos se implementaron a través de cursos en 3 países europeos (España, Serbia y Portugal) con una muestra inicial de 127 participantes. Con el objetivo de valorar el impacto de esta formación de metodología mixta (formato *cara a cara* y *online*) se tomaron como referencia los cuatro niveles de la evaluación formativa del Modelo Kirkpatrick (1998). Así pues, en cada piloto se realizaron cuatro evaluaciones diferentes para evaluar el impacto de la formación: una previa al inicio del programa (pre-curso); una durante la formación (evaluación post-módulos); tras concluir la formación (post-

curso); y finalmente una evaluación de la formación tres meses después de su finalización (evaluación de seguimiento).

Los resultados de la primera evaluación (pre-curso) mostraron que la participación de los profesionales en el programa formativo estuvo motivada por la necesidad de una actualización o mejora del conocimiento sobre TEA, para la obtención de nuevos conocimientos científicos teóricos y prácticos, para la adquisición de competencias y, finalmente, para aprender a promover la comunicación entre profesionales y las familias. Este tipo de respuestas siguen la misma línea de los hallazgos obtenidos en la revisión de literatura y entrevistas a profesionales previamente analizadas. Por ende, una vez más, los hallazgos muestran, la falta de conocimiento y la necesidad de los profesionales de la adquisición de disponer de habilidades y formación específica para poder intervenir correctamente con personas con autismo (así como con sus familiares), sin importar el ámbito de actuación profesional.

Las evaluaciones llevadas a cabo durante el desarrollo del curso y a su finalización, mostraron que los cursos de ambos niveles fueron evaluados positivamente por sus participantes. Los resultados de la evaluación del Nivel I demostraron que este nivel tuvo una buena acogida entre los participantes, ya que ellos mismos expresaron que tras el desarrollo del curso se sentían más cualificados puesto que disponían de más conocimiento y herramientas para intervenir con personas con TEA. Resultados similares se hallaron en el estudio de Eray y Murat (2017), en el cual entrevistaron a 75 médicos de cabecera al inicio del curso y a la finalización del mismo y analizaron ítems en relación al conocimiento existente sobre los TEA, prevalencia, etiología, síntomas, tratamientos y mitos. Los hallazgos de las dos evaluaciones demostraron que después que tras el curso de formación profesional el conocimiento sobre los TEA aumentó de un 34,7% a 88%.

Uno de los aspectos del curso que más gustó a los participantes, fue que las actividades y el contenido propuesto fue variado e instructivo. Lo que menos gustó y se sugirió como recomendación de mejora del curso fue en relación a su organización, dado que las fechas límite establecidas fueron consideradas como muy ajustadas. Finalmente, los participantes destacaron que gracias a la realización del curso de formación adquirieron conocimiento sobre programas de intervención, así como sobre las características de las personas con TEA (niños, adolescentes y personas mayores). Estos resultados guardarían

relación a los encontrados en el estudio de Christiansen, Minich y Clark (2021), en el cual encuestaron a 51 agentes de policía para analizar su experiencia previa con personas con TEA, la comodidad que tenían a la hora de trabajar con ellos, así como el conocimiento y la capacidad que tenían para identificar a las personas autistas. Los hallazgos de este estudio demostraron que tanto los policías con formación previa en TEA, así como aquellos que tenían experiencia personal con ellos, obtuvieron mayores puntuaciones en ítems relacionados con la comodidad y el conocimiento existente sobre TEA. Además, este grupo poseía una capacidad mayor para identificar las características de los TEA no verbales, en comparación con oficiales sin formación previa o sin experiencia personal con personas con autismo.

Por otra parte, el Nivel II (dirigido a profesionales con un bagaje previo en TEA) obtuvo una valoración global mucho más divergente debido a la discrepancia existente entre las opiniones de los participantes. No obstante, y en líneas generales, el curso piloto fue valorado de forma positiva, puesto que según los resultados, después de la realización del curso los participantes mejoraron la calidad de su intervención, así como la cooperación con los padres. De igual manera, otro de los aspectos que más gustó del curso fue la actualización de la información (literatura) y el conocimiento; además, las actividades y el contenido fueron variados e instructivos. Al igual que en el Nivel I, como recomendaciones para la mejora del curso, los participantes resaltaron la necesidad de ampliar la fecha límite de las entregas. Finalmente, cabe destacar que, a través de la realización del curso, los participantes reportaron que habían ampliado nociones sobre los planes de intervención individualizados y la intervención temprana.

Finalmente, en la evaluación realizada tres meses después de la finalización del curso, los resultados reportaron que, gracias a su realización, los participantes del grupo con experiencia previa habían consolidado y validado conocimientos técnicos y básicos sobre TEA, y habían adquirido conocimientos nuevos sobre las diversas técnicas y estrategias de intervención. Asimismo, continuaron ejerciendo en su trabajo y buscaron nuevas oportunidades de trabajo en el campo de los TEA. Del mismo modo, los resultados del grupo de profesionales sin experiencia previa mostraron que la realización del curso les otorgó más conocimientos técnicos y básicos, así como técnicas y estrategias de intervención con personas con TEA.

En conclusión, los resultados obtenidos en la evaluación de seguimiento validarían tanto el segundo como el tercer objetivo de esta tesis, pues a través del estudio Delphi se ha podido *diseñar y validar un programa formativo basado en competencias curriculares para profesionales que trabajen con personas con TEA*. Igualmente, gracias a la puesta en marcha del curso se ha podido *implementar y valorar el impacto de los contenidos curriculares incluidos en el programa formativo*. De la misma manera, la hipótesis planteada quedaría totalmente corroborada puesto que los hallazgos han demostrado que *el programa formativo diseñado e implementado en el marco de esta investigación mejorará las competencias teórico-prácticas sobre TEA de aquellos profesionales que participen en el curso*.

3. Discusión de objetivo 4

El cuarto y último objetivo planteado fue *analizar las necesidades formativas y de recursos en el ámbito del TEA de profesionales del Trabajo Social*. Las hipótesis propuestas fueron dos: *a) los trabajadores sociales tienen un escaso conocimiento de las características y necesidades de las personas con TEA y de cómo intervenir desde su ámbito profesional, debido a la escasez de conocimiento y herramientas ofertadas académicamente; b) las necesidades formativas de los trabajadores sociales son diferentes a las de otros profesionales con atención directa a personas con TEA*.

Para dar respuesta a este objetivo se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas (n=9) a profesionales del trabajo social, los cuales debían tener experiencia en el ámbito de los servicios sociales. Los principales hallazgos encontrados mostraron la gran necesidad de conocimiento sobre el trastorno del espectro autista, así como falta de herramientas y recursos disponibles para llevar a cabo una adecuada intervención profesional desde el ámbito del trabajo social y los servicios sociales. Por una parte, en relación a la falta de conocimiento existente, los hallazgos revelan la necesidad que dichas nociones estén dirigidas a una información específica sobre la propia casuística del trastorno (características específicas nucleares, diferentes grados del espectro, etc.). Del mismo modo, otro tema significativo es la necesidad de una adecuada detección temprana de los menores con TEA, ya que a esas edades el desarrollo del cerebro tiene una mayor plasticidad (Hervás-Zúñiga y Maraver-García, 2020) y puede adaptarse mejor siendo un momento óptimo para poner en marcha programas educacionales específicos (Eray y

Murat, 2017). Otro de los temas relevantes en las entrevistas fue la necesidad de apoyar a las familias, así como proveer el acceso a una educación y un tratamiento adecuado y específico a sus características y necesidades (Dawson et al., 2010; Green et al., 2017; Levy et al., 2020).

Igualmente, otro hallazgo fue la frecuencia de las visitas de las personas con TEA a los servicios sociales. En algunos casos, esa frecuencia de visita podría llegar a considerarse una cronificación en los servicios sociales, pudiendo ser consecuencia de un incorrecto o inadecuado diagnóstico, así como tratamiento del propio trastorno. Por otro lado, otro de los datos relevantes fueron que durante toda la etapa de la infancia los menores con TEA están protegidos por el sistema, el cual les ofrece una gama amplia de recursos. No obstante, una vez finalizan su etapa educativa se encuentran, en muchas ocasiones, con recursos limitados o sin recursos adecuados para ellos. Este vacío existente destaca la necesidad de tener recursos integrales para las personas con autismo, y además, deben estar orientados a etapas futuras (como la adultez y la senectud) con el fin de satisfacer las necesidades formativas, sanitarias, de ocio, de inclusión y relaciones sociales, de empleo así como de vivienda (Cuesta, Sánchez, Orozco, Valenti y Cottini, 2016).

Otro tema clave destacado en las entrevistas, y que se ha repetido en todas las etapas anteriores de este estudio (revisión de la literatura, grupos focales y estudio piloto), ha sido la comunicación, la intervención y la coordinación de los profesionales con las familias de los TEA. Es fundamental garantizar la calidad de vida tanto de las personas con TEA como la de sus familiares, siendo el eje de trabajo para las instituciones y profesionales implicados, cuya finalidad debe estar dirigida a la creación de servicios que faciliten su inclusión y desarrollo dentro de sus propios entornos comunitarios (Gómez, 2020).

Por otra parte, en relación a la falta de herramientas y recursos disponibles, otro de los temas relevantes ha sido la necesidad de elaborar planes de formación específicos para los profesionales del trabajo social, con los que poder abordar conceptos como la detección de necesidades, el acceso a los recursos disponibles, fomentar la vida independiente y que aborden la legislación existente, con el fin de poder llevar a cabo una buena intervención. Dicha formación específica debería ser impartida durante el periodo de formación universitario, la cual se vio en la revisión de la literatura, la cual evidenció

la falta de preparación académica y la necesidad de incrementar el número de cursos universitarios y programas curriculares (Vlachou, 2016; Warfield et al., 2015), así como la necesidad de continuar en el desarrollo profesional y el *coaching* (Bertuccio et al., 2019).

Otro ítem que cobra especial relevancia en las entrevistas a profesionales del trabajo social es la idea de la colaboración profesional. Pero, este tema no es algo nuevo, ya que también fue mencionado en la revisión de la literatura, pues varios estudios abogaban por un trabajo conjunto involucrando a profesionales de diferentes campos y sectores, como la educación, la salud, el voluntariado, el trabajo social, la enfermería o la logopedia (Vlachou, 2016; Warfield et al., 2015; Werner, 2011). De igual manera, este tema surgió de nuevo en los grupos focales, dónde se hizo especial hincapié a que la cooperación entre los diferentes perfiles profesionales es fundamental para una comprensión más profunda de los TEA y un enfoque más integral sobre las necesidades de la persona (y las de su familia) y sus preferencias (Newsome, 2001; Stoner et al., 2007). En este sentido, autores como Alonso y Cuesta (2014) evidencian la necesidad que exista coordinación entre los diferentes profesionales de la salud que atienden a personas con TEA, desde una vertiente cooperativa y transdisciplinar, para poder llevar a cabo una intervención integral (sanidad, educación, psicología y servicios sociales) tanto con personas con TEA, así como con sus familiares.

Todas estas propuestas han sido tratadas previamente en la evidencia científica actual, estudios como el de Gómez (2020) se destaca la vital importancia de los familiares como uno de los agentes promotores más importantes para la visibilización de las personas con autismo. Las organizaciones familiares promueven el desarrollo de servicios específicos, los cuales están diseñados explícitamente para cubrir las diferentes necesidades que les pueda surgir a las personas TEA a lo largo de sus diferentes etapas del ciclo vital (infancia, adolescencia, adultez y senectud).

Como se puede observar en los párrafos anteriores, los trabajadores sociales de atención primaria al no disponer de una preparación académica previa sobre TEA deben trabajar e improvisar en su día a día, haciendo frente a las distintas situaciones y desafíos que se les puedan presentar. Es por ello, que tanto los resultados hallados en el curso piloto como en las entrevistas a trabajadores sociales, revelaron que los profesionales, indistintamente

del ámbito de pertenencia, se sienten poco preparados para trabajar con personas con TEA y con falta de competencias debido a la escasa o nula formación recibida y conocimiento existente en este ámbito. Igualmente, los profesionales del trabajo social, en muchas ocasiones no pueden intervenir correctamente al verse diariamente sometidos a grandes cargas de trabajo debido al gran número de usuarios que atienden. Estudios como el de Ostadhashemi, Arshi, Khalvati, Eghlima y Khankeh (2019) visibilizan que la falta de competencia profesional en los trabajadores sociales y abordan conceptos como la falta de conocimientos y habilidades, baja autoestima profesional y, en ocasiones, la incapacidad de separar el trabajo de la vida personal, llegando a provocar altos niveles de estrés y agotamiento en los profesionales. Del mismo modo, autores como Muskat, Craig y Mathai (2017) afirman que tanto la duración como el tipo de intervenciones que llevan a cabo los trabajadores sociales en su trabajo con personas con TEA y sus familiares están relacionadas con factores sociales de la salud (inclusión social, educación, alojamiento y seguridad alimentaria), duración de la intervención (dependerá del tiempo que se haya establecido un diagnóstico específico y de la problemática asociada a intervenir), problemas biopsicosociales y percepción de la complejidad del caso. Por ende, la duración de dichas intervenciones se extendería en el tiempo dependiendo de las necesidades específicas tanto por parte de la persona con TEA como las de sus familiares.

Por otra parte, en relación a los métodos e intervenciones del Trabajo Social empleados con personas con TEA, los resultados de las entrevistas han revelado la importancia de promover la implicación de todos los miembros de la familia, así como incluir a la persona con TEA en su propio entorno comunitario, empleándolo como herramienta de sensibilización, normalización y visibilidad del trastorno. Asimismo, los hallazgos revelan que utilizar las visitas a domicilio como acercamiento al entorno de la persona con TEA podría visibilizar el lado más humano del propio profesional. Autores como Morris, Muskat y Greenblatt (2018), exponen que a través de formación adicional y con prácticas e intervenciones basadas en la evidencia, los trabajadores sociales podrían aumentar su confianza y sus habilidades a la hora de trabajar con personas con TEA y sus familias. De igual modo, Muskat et al. (2017) abogan por poner en marcha intervenciones prácticas y desde una vertiente psicosocial como la mejor opción para la intervención con personas con TEA y sus familiares. A grandes rasgos y sin excepción del ámbito de trabajo al que se preste servicio (sanitario, educativo, servicios sociales generales, etc.),

los autores muestran en su estudio que los trabajadores sociales prestan servicios como asesoramiento (44%), terapias psicológicas (15%), educación (11%), apoyo financiero (9%), diagnóstico (7%), provisión de recursos (6%), apoyo legal (5%), traslados (1%) y planificación (1%). Sin embargo, cabe destacar que, según los datos del estudio, el 44% del tiempo de las intervenciones de los trabajadores sociales que ejercen en hospitales, fue destinado al asesoramiento y al apoyo familiar. Siguiendo esta misma línea, este estudio muestra otras técnicas más específicas que se pueden emplear en las intervenciones como pueden ser el parafraseo, resumir, replanteamiento y la escucha activa, también son empleadas por los profesionales del trabajo social.

Otro tema relevante hallado en las entrevistas ha sido que, en ocasiones, los profesionales del trabajo social no conocen la existencia de recursos disponibles en su propio entorno comunitario. Este resultado concuerda con los resultados del estudio de Morris et al. (2018), en el que se resalta la falta de conocimiento de los trabajadores sociales sobre los servicios comunitarios disponibles que se pueden ofrecer a personas con TEA. Es importante hacer hincapié en este tema, ya que los familiares de las personas con TEA se enfrentan a grandes cargas económicas durante prolongados periodos de tiempo, debido a los gastos de medicación, equipamiento y transporte derivados por las necesidades y/o patologías de los niños con TEA (Muskat et al., 2017). Debido a ello, se hace vital que dichas familias puedan acceder a recursos y liberarles así de esa carga económica, los cuales podrían ser cubiertos a través de servicios y subvenciones (Muskat, *op. cit.*).

Afortunadamente, en países como España, se fomentan políticas que favorezcan la seguridad de las personas con discapacidad, y el bienestar de la persona se convierte en un derecho, el cual las administraciones públicas son las responsables en protegerlo y velarlo. Esto se hace claramente visible en el estudio de Gómez (2020), en el que expone que según el artículo 26 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 (ONU 2006), es competencia de las administraciones públicas promover tanto el buen mantenimiento, como una atención adecuada, a través de la coordinación y aplicación de programas y recursos existentes en las diferentes áreas del bienestar social como son la de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales.

Finalmente, analizando los hallazgos obtenidos en las entrevistas con trabajadores sociales corroborarían una de las hipótesis propuestas, puesto que se ha hecho visible que *los trabajadores sociales tienen un escaso conocimiento de las características y necesidades de las personas con TEA y de cómo intervenir desde su ámbito profesional, debido a la escasez de conocimiento y herramientas ofertadas académicamente*. No obstante, la segunda hipótesis no se podría corroborar, pues no ha habido indicios suficientes que demuestren que *los trabajadores sociales tienen necesidades formativas diferentes a las de otros profesionales con atención directa a personas con TEA*.

No obstante, el presente trabajo presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, y en relación con la revisión de la literatura, la *literatura gris* (libros e informes) no fue incluida en la búsqueda bibliográfica, de manera que el resultado de la misma puede carecer de cierta información relevante. Sin embargo, se primó enfocar la búsqueda a estudios publicados en revistas de impacto y con revisión por pares. Otra limitación a destacar fue la exclusión de estudios publicados en idiomas distintos al inglés o al español.

En segundo lugar, en relación a los grupos focales, los hallazgos de los mismos podrían estar limitados debido al reducido tamaño muestral y la representatividad de los participantes. Aunque, cabe destacar que la homogeneidad de los resultados obtenidos se ve respaldada por las características de los entrevistados -profesionales con un mínimo de 5 años de experiencia de contacto directo con personas con TEA- y por la diversidad geográfica. Igualmente, de acuerdo con los resultados obtenidos en la revisión de la literatura, es probable que los hallazgos de este estudio puedan generalizarse a un perfil más amplio de profesionales en el campo de los TEA independientemente de su contexto geográfico.

En tercer lugar, y en relación al estudio Delphi, una de las limitaciones fue el número de rondas realizadas (dos rondas). No obstante, debido a que se partía de un conocimiento previo recabado a través de la revisión de literatura y de los grupos focales, dos rondas fueron suficientes para poder reunir información necesaria para poder validar con el panel de expertos el programa formativo (Howell, et al., 2020).

Por último, la muestra de participantes de profesionales del trabajo social fue reducida (n=9), a pesar del esfuerzo realizado para captar trabajadores sociales, puesto que, actualmente, no existen muchos profesionales del trabajo social con experiencia en ese

ámbito de actuación. No obstante, y al igual que el presente trabajo, estudios como el de Morris et al. (2018) emplearon un tamaño muestral similar (n=14), además de utilizar metodología cualitativa mediante entrevistas y aplicando el cuestionario como herramienta de recogida de la información sociodemográfica de los participantes. Igualmente, las respuestas brindadas por los trabajadores sociales entrevistados siguieron la misma tendencia, por lo tanto, el tamaño de esta muestra fue suficiente para alcanzar el desarrollo y comprensión del objeto de estudio, debido a la saturación de datos y repetición de contenido temático obtenido (Guest, Bunce y Johnson, 2006).

Por otro lado, y como futuras líneas de investigación, en la última década se ha producido un aumento en la prevalencia del autismo, pudiendo ser el resultado de las mejoras en el desarrollo de instrumentos de detección temprana y en la evolución en el consenso de los criterios diagnósticos del trastorno. Uno de los principales hallazgos de la presente investigación reveló el escaso o inadecuado conocimiento disponible que poseen los profesionales que trabajan con personas con autismo en diferentes ámbitos, así como altos niveles de estrés y agotamiento entre los profesionales como consecuencia de su escasa formación. Es por ello, que futuros estudios podrían abordar la creación de programas de formación específicos para poder manejar este tipo de emociones y sobrecarga laboral.

Otra propuesta que se enlazaría con la planteada anteriormente, sería el fomento de estudios científicos sobre las necesidades y características específicas durante todas las etapas del ciclo vital de una persona con TEA, poniendo especial énfasis en periodos como la adultez y senectud de las personas con autismo. Igualmente, sería interesante abordar el desarrollo de una serie de recursos integrales para garantizar su calidad de vida y que puedan satisfacer sus necesidades sanitarias, de ocio, formativas, de inclusión/relaciones sociales, de empleo, así como de vivienda de las personas con TEA a lo largo de todo su ciclo vital, pues a día de hoy, siguen siendo áreas pendientes de investigación. Por todo ello, estudios futuros podrían elaborar propuestas de trabajo enfocadas a áreas relacionadas con el bienestar social –como son la sanidad, la educación, el empleo y los servicios sociales- con la finalidad de establecer líneas de actuación integrales y trabajar conjuntamente, atendiendo tanto las necesidades específicas de las personas con TEA, como las de sus familias.

Otra línea de investigación futura podría poner el foco en la creación de una formación en autismo a través de una metodología esencialmente práctica, basados en la evidencia científica más actual, en aquellos modelos de actuación y conocimientos que se ha obtenido evidencia, a través de actividades como seminarios, conferencias, talleres y ejercicios prácticos, así como la discusión de casos reales. Por lo que, uno de los objetivos que la investigación empírica podría abordar en un futuro próximo es la expansión y la accesibilidad a *paquetes formativos* centrados en la formación competencias (habilidades y conocimientos) de alta calidad y específica sobre el trastorno del espectro autista (características nucleares, diferentes grados del espectro, etc.) dirigida a profesionales (o futuros profesionales) de diferentes ámbitos de trabajo (educación, psicología, sanidad, servicios sociales, etc.).

En el caso específico de los profesionales del trabajo social, la investigación futura podría estudiar el desarrollo de planes de formación específicos que aborden conceptos como la detección de necesidades, el acceso a los recursos disponibles, el fomento la vida independiente, además de explorar la legislación existente en materia de autismo, con el fin de ampliar el conocimiento de los profesionales y llevar a cabo una intervención adecuada. Igualmente, estudios futuros podrían abordar la importancia del aumento de recursos de calidad en el sector público para que fuesen accesibles para toda la sociedad. Del mismo modo, sería conveniente estudiar sobre la búsqueda del equilibrio entre los recursos pertenecientes al ámbito público y al ámbito privado, con la finalidad que grupos más desfavorecidos, sin importar de su capacidad económica, tuviesen la oportunidad de acceder al sector privado, estableciendo éste criterios más justos y equitativos para no agrandar aún más la brecha entre los grupos más vulnerables.

Por otro lado, se podría fomentar la investigación en el ámbito del trabajo social y autismo desde las universidades y con la colaboración de los Colegios profesionales, ya que la evidencia ha demostrado la existencia de escasos o ausencia de estudios sobre la formación especializada de los profesionales del trabajo social en materia de autismo. Debido al vacío en la literatura sobre este perfil profesional, en muchos casos, se desconoce y se llega a infravalorar su trabajo, puesto que no se contempla el potencial que podría llegar a tener esta figura en la intervención y en el trabajo en equipos interdisciplinarios. En definitiva, como característica específica, este estudio ha querido abordar la formación desde un enfoque interdisciplinar, con el objetivo de poder formar

a diferentes profesionales, a través de enseñanzas de calidad y con el fin de llevar a cabo intervenciones integrales a lo largo de todo el ciclo vital de una persona con autismo. El presente estudio contribuiría a un intento de colaboración para avanzar en esta dirección.

Por último, y no menos importante, como valor añadido, la presente investigación cree conveniente aportar un pequeño, pero significativo, granito de arena y visibilizar el papel fundamental que los profesionales del Trabajo Social llevan a cabo en la atención e intervención con personas con necesidades especiales y sus familiares. En el año 2020, y debido a la pandemia mundial del Covid-19, que dejó a muchas familias en situaciones de exclusión y vulnerabilidad, el gobierno español publicó la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptaban medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales, los cuales fueron declarados como servicios esenciales y con el fin de adoptar de una serie medidas dirigidas a proteger el bienestar, la salud y seguridad de los colectivos más vulnerables. Asimismo, con la publicación de la *Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat València*, se conseguiría un reconocimiento a las personas con diversidad funcional, pues en su preámbulo III recoge que

Los servicios sociales tienen que enfocarse hacia la atención a las personas en situaciones de dependencia y de diversidad funcional o discapacidad, de desprotección, de fragilidad de las trayectorias, de conflictos familiares y convivenciales en el territorio, así como de vulnerabilidades personales y sociales (*Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat València*, p.23259).

En suma, la visibilización e inclusión del autismo en nuestra sociedad requiere de una intervención interdisciplinar y de carácter social –como la expuesta en el presente estudio– dirigidas a promover la calidad de vida y el bienestar de las personas con autismo en cada etapa de su ciclo vital. Un equipo interdisciplinar con formación específica en autismo e integrado por profesionales pertenecientes al área social (trabajadores sociales, educadores sociales, personal de servicio de ayuda a domicilio, integradores sociales, etc.), al de la salud (psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales de la salud, etc.), al ámbito educativo (profesores, orientadores, logopedas, pedagogos, etc.), así como a otros ámbitos de actuación (técnicos de empleo, asesores jurídicos, etc.) sería la pieza

clave para lograr llevar a cabo intervenciones de calidad, las cuales podrían cubrir de forma eficaz, tanto las demandas como las necesidades de una sociedad diversa e inclusiva como es la española.

Referencias Bibliográficas

- Alcantud, F., Rico, D. y Lozano, L. (2012). *Trastornos del Espectro Autista: Guía para padres y profesionales*. València: Universitat de València. Recuperado de <https://roderic.uv.es/handle/10550/25487> (Consultado el 02/05/2020)
- Alcantud, F. (2013). *Trastornos del espectro autista*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Alcantud Marín, F., Alonso Esteban, Y. y Mata Iturralde, S. (2016). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual* 47(4), 7-26. doi: 10.14201/scero2016474726
- Alonso, J. y Cuesta, J. L. (2014). Necesidad de planes de formación interdisciplinar. Atención sanitaria en personas con trastorno de espectro autista. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 547-554. Recuperado de <http://dehesa.unex.es/handle/10662/1915>
- Álvarez-Gayou, J. L. (2005). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.^a ed. revisada). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.^a ed., text revisión). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-R Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado. Barcelona: Masson (or. ingl., 2001).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association

- Arberas, C., y Ruggieri, V. (2019). Autismo. aspectos genéticos y biológicos. Buenos Aires. *Medicina*, 79(1), 16-21. Recuperado de <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/30776274.pdf>
- Arksey, H., y O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Arnáiz, J. y Zamora, M. (2012). Detección y Evaluación Diagnóstica en TEA. En Martínez, M. A., y Cuesta, J. L. (Eds.). *Todo sobre el Autismo: los trastornos del espectro autista (TEA)* (pp.91-126). Tarragona: Altaria.
- Artigas, J. (1999). El lenguaje en los trastornos autistas. *Revista de neurología*, 28(2), 118-123. doi: 10.33588/rn.28S2.99046
- Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) (1948). *Carta Internacional de los Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet2Rev.1en.pdf> (Consultado el 01/08/2021)
- AGNU (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (Consultado el 01/08/2021)
- AGNU (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx> (Consultado el 01/08/2021)
- AGNU (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (Consultado el 01/08/2021)
- AGNU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx> (Consultado el 01/08/2021)

- AGNU (2007). *Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo*. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/RES/62/139> (Consultado el 01/08/2021)
- AGNU (2012). *Atención de las necesidades socioeconómicas de las personas, las familias y las sociedades afectadas por los trastornos del espectro autístico, los trastornos del desarrollo y las discapacidades conexas*. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/RES/67/82> (Consultado el 01/08/2021)
- Asperger, H. (1944). Die autistischen Psychopathen im kindersalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76–136. doi: 10.1007/BF01837709
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46. doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: The empathizing-systemizing (E-S) theory. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1156(1), 68-80. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x
- del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>
- Becerra-Culqui, T. A., Lynch, F. L., Owen-Smith, A. A., Spitzer, J., y Croen, L. A. (2018). Parental first concerns and timing of Autism Spectrum Disorder diagnosis. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(10), 3367-3376. doi: 10.1007/s10803-018-3598-6
- Belanger, F. y Jordan, D. H. (2000). *Evaluation and Implementation of Distance Learning: technologies, tools and techniques*. Londres: Idea Group Publishing.
- Belinchón, M. (coord) (2001). *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Ediciones Martín & Macias.
- Bettelheim, B. (1967). *The Empty fortress: infantile autism and the birth of the self*. Nueva York: The Free Press.

- Bleuler, E. (1960). *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé.
- Bertuccio, R. F., Runion, M. C., Culler, E. D., Moeller, J. D., y Hall, C. M. (2019). A comparison of autism-specific training outcomes for teachers and paraeducators. *Teacher Education and Special Education*, 42(4), 338-354. doi: 10.1177/0888406419839771
- Brock, M. E., Huber, H. B., Carter, E. W., Juarez, A. P., y Warren, Z. E. (2014). Statewide assessment of professional development needs related to educating students with autism spectrum disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 29(2), 67-79. doi: 10.1177/1088357614522290
- Bordini, D., Lowenthal, R., Gadelha, A., Araujo-Filho, G. M., Mari, J. J., y Paula, C. S. (2015). Impact of training in autism for primary care providers: a pilot study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1), 63-66. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1367
- Carrington, S. J., Uljarević, M., Roberts, A., White, L. J., Morgan, L., Wimpory, D., y Leekam, S. R. (2016). Knowledge acquisition and research evidence in autism: Researcher and practitioner perspectives and engagement. *Research in Developmental Disabilities*, 51, 126-134. doi: 10.1016/j.ridd.2016.01.011
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (United States) (2016): "*Estimates 1 in 68 school-aged children have autism; no change from previous estimate*". Recuperado de <https://www.cdc.gov/media/releases/2016/p0331-children-autism.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (United States) (2018). *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.html>
- Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) (2020): *Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista: posibles "signos de alarma"*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>

- Chmiel, A. S., Shaha, M., y Schneider, D. K. (2017). Introduction of blended learning in a master program: Developing an integrative mixed method evaluation framework. *Nurse Education Today*, 48, 172-179. doi: 10.1016/j.nedt.2016.10.008
- Christiansen, A., Minich, N. M. y Clark, M. (2021). Pilot Survey: Police Understanding of Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-8. doi: 10.1007/s10803-021-04968-z
- Clark, A., Browne, S., Boardman, L., Hewitt, L., y Light, S. (2014). Implementing UK Autism policy & national institute for health and care excellence guidance—assessing the impact of Autism training for frontline staff in community learning disabilities teams. *British Journal of Learning Disabilities*, 44(2), 103-110. doi: 10.1111/bld.12116
- Comisión Europea (CE) (2017). *Pilar Europeo de Derechos Sociales*. Recuperado de <https://bit.ly/37avE6P> (Consultado el 01/08/2021)
- Corkum, P., Bryson, S. E., Smith, I. M., Giffin, C., Hume, K., y Power, A. (2014). Professional development needs for educators working with children with autism spectrum disorders in inclusive school environments. *Exceptionality Education International*, 24(1), 33-47. doi: 10.5206/eei.v24i1.7709
- Cortesi, F., Gianotti, F., Ivanenko, A., y Johnson, K. (2010). Sleep in children with autistic spectrum disorder. *Sleep Medicine* 11(7), 659–664. doi: 10.1016/j.sleep.2010.01.010
- Cuesta, J. L., Sánchez, S., Orozco, M. L., Valenti, A., y Cottini, L. (2016). Trastorno del espectro del autismo: Intervención educativa y formación a lo largo de la vida. *Psychology, Society and Education*, 8(2), 157–172. doi: 10.25115/psyse.v8i2.556
- Cuxart, F. (2000). *Autismo aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Aljibe.
- Dalkey, N. C. (1972). *Studies in the quality of Life: Delphi and decision-making*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A. y Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers

- with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125 (1) e17-e23. doi: 10.1542/peds.2009-0958
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J.A, Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Aletxa, M.A., Ferrari-Arroyo, J.... y Posada-De la Paz, M. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41(5), 299-310. Recuperado de <https://bit.ly/3z9xcul>
- Dziuban, C., y Moskal, P. (2011). A course is a course is a course: Factor invariance in student evaluation of online, blended and face-to-face learning environments. *The Internet and Higher Education*, 14(4) 236-241. doi: 10.1016/j.iheduc.2011.05.003
- Ergül, C., Baydik, B., y Demir, S. (2013). Opinions of In-Service and Pre-Service Special Education Teachers on the Competencies of the Undergraduate Special Education Programs. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 13(1), 518-522. Recuperado de <https://bit.ly/2SPZ9rd>
- Eray, S., y Murat, D. (2017). Effectiveness of autism training programme: An example from Van, Turkey. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(11), 1708-1713. doi: 10.1016/j.ijdr.2017.05.026
- Escobar, J., y Bonilla-Jiménez, F. I. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67. Recuperado de <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/957>
- Feinstein, A. (2016). *Historia del Autismo: conversaciones con los pioneros*. Ávila: Autismo Ávila.
- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiología de los trastornos generalizados del desarrollo. En: Martos, J., González, P., M., Llorente, M., Nieto, C., (eds). *Nuevos desarrollos en autismo: el futuro es hoy*, 21-43. Madrid: APNA-IMSERSO.
- Fombonne, E., Quirke, S., y Hagen, A. (Eds.) (2011). *Epidemiology of pervasive development disorders* (Vol. 90–111). New York: Oxford University Press

- Fortea, M., Escandell, M., y Castro, J., (2013a). Aumento de la prevalencia de los trastornos del espectro autista: una revisión teórica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 747-764. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852058061.pdf>
- Fortea, M., Escandell, M. y Castro, J. (2013b). Estimación de la prevalencia de los trastornos del espectro autista en Canarias. *Anales de Pediatría*, 79(6), 352-359. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.04.022
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, J., Boada-Muñoz, L., Touriño Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., Muñoz-Yunta... y Posada-De la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista neurología*, 43(7), 425-38. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2118454>
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell.
- Frith, U. (1991). *Autismo: Hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza Editorial.
- Franco, A. L., Chaguay, K. P., y Vela, D. (2018). Estrategias metodológicas para docentes que trabajen con niños que tienen síndrome de Asperger. *Journal of Research, Education and Society*, 1 (3), 35-40.
- Garrison, D. R., y Vaughan, N. D. (2008). *Blended learning in higher education: Framework, principles, and guidelines*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gianturco, G. (2005). *L'intervista cualitativa: dal discorso al testo scritto*. Milano: Guerini Scientifica.
- Goldman, S.E., Surdyka, K., Cuevas, R., Adkins, K., Wang, L., y Malow, B.A. (2009). Defining the sleep phenotype in children with autism. *Developmental Neuropsychology*, 34(5), 560–573. doi: 10.1080/87565640903133509
- Gómez, J. L. C., Muñoz, R. C., y Barbero, F. L. (2010). Evaluación de la calidad de vida en personas con Trastornos del Espectro Autista. *V Xer*, 90(21), 117-125. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex90.pdf#page=38>

- Gómez, J. L. C. (2020) Spain and Autism. In: Volkmar F. (eds) Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders. Springer, New York, NY. doi: 10.1007/978-1-4614-6435-8_102033-2
- González-Navarro, A., Freire-Prudencio, S., Gil, D., Martos-Pérez, J., Jordanova, V., Cerga-Pashoja, A... y Evans, R. (2014). FIRST: a tool for facilitating reading comprehension in high-functioning autism spectrum disorder. *Rev Neurol*. Feb 24;58 Suppl 1: S129-35. Spanish.
- Guest, G., Bunce, A., y Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. doi: 10.1177/1525822X05279903
- Gutiérrez, Á., y Maz, A. (2004). Cimentando un proyecto de investigación: la revisión de literatura. *Revista EMA*, 9(1), 20-37. Recuperado de <https://www.uv.es/gutierrez/archivos1/textospdf/GutMaz04.pdf>
- Granpeesheh, D., Tarbox, J., Dixon, D. R., Peters, C. A., Thompson, K., y Kenzer, A. (2010). Evaluation of an eLearning tool for training behavioral therapists in academic knowledge of applied behavior analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(1), 11-17. doi: 10.1016/j.rasd.2009.07.004
- Green, J., Pickles, A., Pasco, G., Bedford, R., Wan, M.W., Elsabbagh, M.... y Johnson, M. (2017). Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high risk for autism: longitudinal outcomes to age 3 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(12), 1330-1340. doi: 10.1111/jcpp.12728
- Grohmann, A., y Kauffeld, S. (2013). Evaluating training programs: Development and correlates of the questionnaire for professional training evaluation. *International Journal of Training and Development*, 17(2), 135-155. doi: 10.1111/ijtd.12005
- Hall, L. J. (2015). Sustaining evidence-based practices by graduated special educators of students with ASD: Creating a community of practice. *Teacher Education and Special Education*, 38(1), 28-43. doi: 10.1177/0888406414558883
- Hamad, C. D., Serna, R. W., Morrison, L., y Fleming, R. (2010). Extending the reach of early intervention training for practitioners: A preliminary investigation of an

- online curriculum for teaching behavioral intervention knowledge in autism to families and service providers. *Infants and Young Children*, 23(3), 195-208. doi: 10.1097/IYC.0b013e3181e32d5e
- Hamui-Sutton, A., y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2(5), 55-60. doi: 10.1016/S2007-5057(13)72683-8
- Hansen, S. N., Schendel, D. E., y Parner, E. T. (2015). Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: The proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA Pediatrics*, 169(1), 56-62. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.1893
- Happé, F. (2007). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hedin, L. y Conderman, G. (2015). Shared promises and challenges of coteaching: General-special education and mentor preservice partnerships. *Action in Teacher Education*, 37(4), 397-417. doi: 10.1080/01626620.2015.1078756
- Hendricks, D. (2011). Special education teachers serving students with autism: A descriptive study of the characteristics and self-reported knowledge and practices employed. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(1), 37-50. doi: doi.org/10.25772/CXC7-XE22
- Hervás-Zúñiga, A., y Rueda-Bárcena, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 66(S01), 31-38. doi: 10.33588/rn.66s01.2018031
- Hervás-Zúñiga, A., Maraver-García, N. (2020). Los trastornos del espectro autista. *Pediatr Integral* 24(6), 325.e1-325.e21. Recuperado de <https://bit.ly/3iWkjOQ>
- Hilliard, A. T. (2015). Global Blended Learning Practices for Teaching and Learning, Leadership and Professional Development. *Journal of International Education Research*, 11(3), 179-188. doi: 10.19030/jier.v11i3.9369
- Hobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Howell, M., Bradshaw, J., y Langdon, P. E. (2020). Asking the teachers: A Delphi study on the selection of skills and behaviours for an assessment of barriers to learning

- for pupils on the autism spectrum with intellectual disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 1-10. doi: 10.1111/bld.12350
- Jiménez, P. (2012). Desarrollo evolutivo en los Trastornos del Espectro del Autismo. En Martínez, M. A., y Cuesta, J. L. (Eds.). *Todo sobre el Autismo* (pp.67-86). Tarragona: Altaria.
- Johnson, K. P., y Malow, B. A. (2008). Sleep in children with autism spectrum disorders. *Current Treatment Options in Neurology*, 10, 350-359. doi: 10.1007/s11940-008-0038-5
- Juniper, E. F., y Guyatt, G. H. (1991). Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in rhinoconjunctivitis. *Clinical & Experimental Allergy*, 21(1), 77-83. doi: 10.1111/j.1365-2222.1991.tb00807.x
- Kalsner, L., Twachtman-Bassett, J., Tokarski, K., Stanley, C., Dumont-Mathieu, T., Cotney, J., y Chamberlain, S. (2018). Genetic testing including targeted gene panel in a diverse clinical population of children with autism spectrum disorder: Findings and implications. *Molecular genetics & genomic medicine*, 6(2), 171-185. doi: 10.1002/mgg3.354
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217-250. Recuperado de http://mail.neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf
- Kelly, A., y Barnes-Holmes, D. (2013). Implicit attitudes towards children with autism versus normally developing children as predictors of professional burnout and psychopathology. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 17-28. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.018
- Klin, A. (2009). Subtyping the autism spectrum disorders: Theoretical, research and clinical considerations. En S. Goldstein, J. A. Naglieri, y S. Ozonoff (Eds.), *Assessment of autism spectrum disorders* (pp. 91–116). New York, NY: Guilford.
- Kirkpatrick, D.L. (1998). *Evaluating training programs. The four levels*. Philadelphia, PA: Berrett-Koehler.
- Kirkpatrick, D. L., y Kirkpatrick, J. D. (2006), *Evaluating training programs: The four levels*, 3rd edn. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. doi: 10.1136/bmj.311.7000.299
- Kraepelin, E. (1899). *Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 6 ed. Barth: Leipzig.
- Landeta, J. (1999). *El Método Delphi; una técnica de previsión para la incertidumbre*. Barcelona: Ariel.
- Landeta, J., Barrutia, J., y Lertxundib, A. (2011). Hybrid Delphi: A methodology to facilitate contribution from experts in professional contexts. *Technological Forecasting and Social Change*, UK. Elsevier. Pp. 1630. doi: 10.1016/j.techfore.2011.03.009
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J.... y Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(7), 849-861. doi: 10.1007/s10803-006-0123-0
- Levy, S. E., Mandell, D.S. y Schultz, R.T. (2009). Autism. *Lancet*, 374 (9701), 1627-38. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61376-3
- Levy, S., Giarelli, E., Lee, L.C.; Schieve, L., Kirby, R., Cunniff, C... y Rice, C. (2010) Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 31(4): 267–275. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181d5d03b
- Levy, S.E., Wolfe, A., Coury, D., Duby, J., Farmer, J., Schor, E. y Warren, Z. S. (2020). Screening tools for autism spectrum disorders in primary care: a systematic evidence review. *Pediatrics*, 145(1), S47-S59. doi: 10.1542/peds.2019-1895H
- Lim, D. H., y Morris, M. L. (2006). Influence of trainee characteristics, instructional satisfaction, and organizational climate on perceived learning and training transfer. *Human Resource Development Quarterly*, 17(1), 85-115. doi: 10.1002/hrdq.1162
- Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children. *Social Psychiatry*, 1, 124-135. doi: 10.1007/BF00584048

- Major, N. E., Peacock, G., Ruben, W., Thomas, J., y Weitzman, C. C. (2013). Autism training in pediatric residency: evaluation of a case-based curriculum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5), 1171-1177. doi: 10.1007/s10803-012-1662-1
- Mantyla, K. (2000). Evaluating Program Success. En K. Mantyla, *Distance Learning Yearbook* (pp. 259-287). New York. McGraw-Hill.
- Martin, C. A., Drasgow, E., y Halle, J. W. (2015). Training teachers to enhance the play skills of young children with developmental disabilities during outdoor time by embedding instructional interactions. *Journal of Early Intervention*, 37(4), 247-269. doi: 10.1177/1053815115620209
- Martín, M. Á. M., Gómez, J. L. C., Heras, N. E., Barbero, F. L., Casado, R., Muñoz, J. A. S., y de la Varga, L. P. (2010). Historia y situación actual del movimiento asociativo para las personas con trastornos del espectro autista en castilla y león. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(236), 78-96. 32. Recuperado de <https://bit.ly/3scB9vP>
- Morant, G. (2016). El alumno con Síndrome de Asperger en la ESO. Obtenido de Aspali (Asociación Asperger Alicante). Recuperado de <https://bit.ly/35L3VZH>
- Martos-Pérez, J., y Paula-Pérez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52(1), 147-153. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/33383>
- McCulloch, E. B., y Noonan, M. J. (2013). Impact of online training videos on the implementation of mand training by three elementary school paraprofessionals. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 48(1), 132-141. Recuperado de <https://bit.ly/2UII0pN>
- Miles, M. y Huberman, A. (1994). *An expanded sourcebook: Qualitative data analysis*. Beverly Hills: CA, Sage.
- Milton, D., y Bracher, M. (2013). Autistics speak but are they heard? *Medical Sociology Online*, 7(2), 61-69. Recuperado de <https://kar.kent.ac.uk/62635/>

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España (2015). *Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo*. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/estrategiaEspanolaAutismo.htm> (Consultado el 01/08/2021)
- Morales-Hidalgo, P., Roigé-Castellví, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N. y Canals, J. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among Spanish school-age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 3176-3190. doi: 10.1007/s10803-018-3581-2
- Morris, R., Muskat, B. y Greenblatt, A. (2018). Working with children with autism and their families: pediatric hospital social worker perceptions of family needs and the role of social work, *Social Work in Health Care*, 57:7, 483501. doi: 10.1080/00981389.2018.1461730
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., y Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84. Recuperado de <https://bit.ly/2SFa2w3>
- Murillo, E. (2012). Actualización conceptual de los Trastornos del Espectro de Autismo. En Martínez, M. A., y Cuesta, J. L. (Eds.). *Todo sobre el Autismo* (pp.25-50). Tarragona: Altaria.
- Murphy, C. M., Wilson, C. E., Robertson, D. M., Ecker, C., Daly, E. M., Hammond, N., ... y McAlonan, G. M. (2016). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1669-1686. doi: 10.2147/NDT.S65455
- Muskat, B., Craig, S. L., y Mathai, B. (2017). Complex families, the social determinants of health and psychosocial interventions: Deconstruction of a day in the life of hospital social workers. *Social work in health care*, 56(8), 765-778. doi:10.1080/00981389.2017.1339761
- Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., Levy, S. E., ... y Windham, G. C (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu. Rev. Public Health*, 28, 235-258. doi: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007

- Newsome, W. S. (2001). Parental perceptions during periods of transition: Implications for social workers serving families coping with autism. *Journal of Family Social Work*, 5(2), 17-31. doi: 10.1300/J039v05n02_03
- Nosik, M. R., Williams, W. L., Garrido, N., y Lee, S. (2013). Comparison of computer based instruction to behavior skills training for teaching staff implementation of discrete-trial instruction with an adult with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 461-468. doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.011
- Odom, S. L., Cox, A. W., y Brock, M. E. (2013). Implementation science, professional development, and autism spectrum disorders. *Exceptional Children*, 79(2), 233-251. doi: 10.1177/001440291307900207
- OMS (1992): *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). *Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, 10.ª edición (CIE-10)*. Washington, DC: OPS.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006). Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> (Consultado el 01/08/2021).
- ONU (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo*. Recuperado de <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf> (Consultado el 01/08/2021).
- ONU (2006). *Observación General 9ª, Los derechos de los niños con discapacidad*. Recuperado de <https://bit.ly/3ykLyrj> (Consultado el 01/08/2021).
- OMS (2018). *Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, 11ª revisión (CIE-11)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- OMS (2018). *Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: informe del Director General* (Nº EB144/22). Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327465/B144_22-sp.pdf
- OMS (2021). *Trastornos del espectro autista*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://cutt.ly/4n1KnTm> (Consultado el 1/06/2021)
- OMS (2021). *Desarrollo en la adolescencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2SPYru3> (Consultado el 5/05/2021)
- Ostadhashemi, L., Arshi, M., Khalvati, M., Eghlima, M., y Khankeh, H. R. (2019). Social Workers in Pediatric Oncology: A Qualitative Study in Iranian Context. *Asian Pacific journal of cancer prevention (APJCP)*, 20(6), 1871–1877. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.6.1871
- Ozonoff, S., Pennington, B. F., y Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105. doi: 10.1111/j.1469-7610.1991.tb00351.x
- Tirapú-Ustárroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. y Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44(8), 479-489. doi: 10.33588/rn.4408.2006295
- Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526. doi: 10.1017/S0140525X00076512
- Palomo, R. (2017). *Autismo. Teorías explicativas actuales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Patton, M. Q. (2002) *Qualitative research & evaluation methods* (3a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pellicano, E., Dinsmore, A., y Charman, T. (2014). What should autism research focus upon? Community views and priorities from the United Kingdom. *Autism*, 18(7), 756-770. doi: 10.1177/1362361314529627

- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). *Executive functions and developmental psychopathology*. *Journal of Child Psychology*, 37(1), 51-87. doi: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x
- Poon, K., y Tay, F. (2018). *The Outcomes of a Training Programme to Support Youth with Autism Spectrum Disorders in Mainstream Schools*. Research Brief Series, 18-002. Singapore: National Institute of Education.
- Potter, B. A. (2011). *Effects of online training on aircrew monitoring behaviors: A field study* (Tesis doctoral). Embry-Riddle Aeronautical University, Daytona Beach. Recuperado de <https://commons.erau.edu/edt/117>
- Prior, M., y Hoffmann, W. (1990). Brief report: Neuropsychological testing of autistic children through an exploration with frontal lobe tests. *Journal of autism and developmental disorders*, 20(4), 581-590. doi: 10.1007/BF02216063
- Quiban, C., Brooks, R., y Armstrong, D. (2020). Caring for Adult Patients with Autism in the Critical Care Setting. *Critical care nursing quarterly*, 43(1), 58-67. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000291
- Rae, D. (2004). Entrepreneurial learning: A practical model from the creative industries. *Education and Training*, 46(8-9), 492-500. doi: 10.1108/00400910410569614
- Rakap, S., Jones, H. A., y Emery, A. K. (2015). Evaluation of a web-based professional development program (Project ACE) for teachers of children with autism spectrum disorders. *Teacher Education and Special Education*, 38(3), 221-239. doi: 10.1177/0888406414535821
- Rapin, I., y Tuchman, R. F. (2008). Autism: Definition, Neurobiology, Screening, Diagnosis. *Pediatric Clinics North America*, 55 (5), 1129–1146. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.005
- Ravet, J. (2012). From interprofessional education to interprofessional practice: exploring the implementation gap. *Professional Development in Education*, 38(1), 49-64. doi: 10.1080/19415257.2011.576263

- Remedios, R., y Lieberman, D. A. (2008). I liked your course because you taught me well: The influence of grades, workload, expectations and goals on students' evaluations of teaching. *British Educational Research Journal*, 34(1), 91-115. doi: 10.1080/01411920701492043
- Rispoli, M., Neely, L., Lang, R., y Ganz, J. (2011). Training paraprofessionals to implement interventions for people autism spectrum disorders: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 14(6), 378-388. doi: 10.3109/17518423.2011.620577
- Rivière, A. (1997a). *El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios generales*. En Rivière, A. y Martos, J. (Eds.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: IMSERSO- APNA.
- Rivière, A. (1997b). *Tratamiento y definición del espectro autista I: Relación social y comunicación*. En Rivière, A. y Martos, J. (Eds.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: IMSERSO- APNA.
- Roll-Pettersson, L., y Ala'I-Rosales, S. (2009). Using blended and guided technologies in a university course for scientist-practitioners: Teaching Applied Behaviour Analysis to autism professionals. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(2), 113-142. doi: 10.1177/1744629509340179
- Rosenberg, M. J. (2001). *E-learning: Estrategias para transmitir conocimiento en la era digital*. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana.
- Rubin, H. J. y Rubin, I. S. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ruggieri, V. y Cuesta Gómez, J. L. (Comps.). (2017). *Autismo. Cómo intervenir desde la infancia a la vida adulta*. Buenos Aires: Paidós.
- Ruggieri, V., y Cuesta Gómez, J. L. (2018). Envejecimiento en Personas con Trastorno del Espectro Autista. *Revista Medicina*, 78(2), 69-74. Recuperado de <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/30199369.pdf>
- Ruíz Olabuénaga, J., e Ispizua, M. A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Rumsey, J. M., y Hamburger, S. D. (1988). Neuropsychological findings in high-functioning men with infantile autism, residual state. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10(2), 201-221. doi: 10.1080/01688638808408236
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of autism and childhood schizophrenia*, 8(2), 139-161. doi: 10.1007/BF01537863
- Sautú, R. (2003). *Todo es teoría, objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial
- Schwartz, H., y Jacobs, J. (1979). *Qualitative Sociology: A Method to the Madness* (2ªed.). New York: Free Press.
- Shattuck, P. T. (2006). The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US special education. *Pediatrics*, 117(4), 1028-1037. doi: 10.1542/peds.2005-1516
- Silver, W.G., y Rapin, I. (2012). Neurobiological Basis of Autism. *Pediatric Clinics of North America* 2012, 59(1), 45– 61. doi: 10.1016/j.pcl.2011.10.010
- Skulmoski, G. J., Hartman, F. T. y Krahn, J. (2007). The Delphi method for graduate research. *Journal of Information Technology Education: Research*, 6(1), 1–21. doi: 10.28945/199
- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 345-352. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00692.x
- Simarro, L. (2013). *Calidad de vida y educación en personas con autismo*. Madrid: Síntesis.
- So, H. J., y Brush, T. A. (2008). Student perceptions of collaborative learning, social presence and satisfaction in a blended learning environment: Relationships and

- critical factors. *Computers & Education*, 51(1), 318-336. doi: 10.1016/j.compedu.2007.05.009
- Suhrheinrich, J. (2015). A sustainable model for training teachers to use pivotal response training. *Autism*, 19(6), 713-723. doi: 10.1177/1362361314552200
- Stallman, R. (1985). *Free Software Foundation* (versión 10.2). Windows. Boston: GNU
- Stoner, J. B., Angell, M. E., House, J. J., y Bock, S. J. (2007). Transitions: Perspectives from parents of young children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(1), 23-39. doi: 10.1007/s10882-007-9034-z
- Strauss, A. (1997). Introduction. En T. Muhr (Ed.), *Atlas.ti Short User's Manual* (p. 1). Berlin: Scientific Software Development
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods: The search for meaning* (2ªed.). New York: John Wiley
- Todd, T. A., Beamer, J., y Goodreau, J. (2014). Bridging the gap: Teacher-Parent Partnerships for Students with Autism Spectrum Disorder. *LEARNing Landscapes*, 8(1), 287-304. doi: 10.36510/learnland.v8i1.686
- Uhl, N.P. (1991). Delphi Technique, En Lewy, A. (Ed.), *The International Encyclopedia of curriculum* (pp. 453-454). Beverly Hills, Ca.:Sage.
- Vagias, W. M. (2006). *Likert-type scale response anchors*. Clemson, SC: Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management: Clemson University.
- Vlachou, A., Stavroussi, P., y Didaskalou, E. (2016). Special Teachers' Educational Responses in Supporting Students with Special Educational Needs (SEN) in the Domain of Social Skills Development. *International Journal of Disability, Development and Education*, 63(1), 79-97. doi: 10.1080/1034912X.2015.1111305

- Volkmar, F. R. y Klin, A. (2005). Issues in the Classification of Autism and Related Conditions. En Volkmar R. Paul, A. Klin (eds.): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Hoboken: Wile.
- Wainer, A. L., y Ingersoll, B. R. (2013). Disseminating ASD interventions: A pilot study of a distance learning program for parents and professionals. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 11-24. doi: 10.1007/s10803-012-1538-4
- Warfield, M. E., Crossman, M. K., Delahaye, J., Der Weerd, E., y Kuhlthau, K. A. (2015). Physician perspectives on providing primary medical care to adults with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 2209-2217. doi: 10.1007/s10803-015-2386-9
- Weinkauff, S. M., Zeug, N. M., Anderson, C. T., y Ala'i-Rosales, S. (2011). Evaluating the effectiveness of a comprehensive staff training package for behavioral interventions for children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(2), 864-871. doi: 10.1016/j.rasd.2010.10.001
- Werner, S. (2011). Assessing female students' attitudes in various health and social professions toward working with people with autism: A preliminary study. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 131-137. doi: 10.3109/13561820.2010.515043
- Wideman, H., Owston, R., y Sinitskaya, N. (2007). Transforming teacher practice through blended professional development: Lessons learned from three initiatives. In *Society for Information Technology & Teacher Education International Conference* (pp. 2148-2154). Association for the Advancement of Computing in Education (AACE).
- Wing, L., y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), 11-29. doi: 10.1007/BF01531288
- Wing, L. (1988). The continuum of autistic characteristics. En Schopler, E. y Mesibov, G. B. (Eds.), *Diagnosis and assessment in autism* (pp. 91-110). New York: Plenum Press.

- Wing, L. (1997). The history of ideas on autism: legends myths and reality. *Autism*, 1(1) 13-23. doi: 10.1177/1362361397011004
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos*. Barcelona: Paidós
- Wright, S. D., Wright, C. A., D'Astous, V., y Wadsworth, A. M. (2019). Autism aging. *Gerontology & geriatrics education*, 40(3), 322-338. doi: 10.1080/02701960.2016.1247073
- Yanqing, G. (2006). Training parents and professionals to help children with autism in China: The contribution of behaviour analysis. *International Journal of Psychology*, 41(6), 523-526. doi: 10.1080/00207590500492575
- Zerbo, O., Massolo, M. L., Qian, Y., y Croen, L. A. (2015). A study of physician knowledge and experience with autism in adults in a large integrated healthcare system. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 4002-4014. doi: 10.1007/s10803-015-2579-2

LEGISLACIÓN JURÍDICA

Normativa Europea

- Declaración sobre los Derechos de las Personas con Autismo. *Diario Oficial de la Unión Europea*, C152, de 9 de mayo de 1996, 87 a 88. Recuperada de <https://bit.ly/3lhJrRk>
- Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre de 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 303, de 2 de diciembre de 2000, 16 a 22. Recuperada de <https://www.boe.es/doue/2000/303/L00016-00022.pdf>
- Carta de Derechos Fundamentales. *Diario Oficial de la Unión Europea*, C364, de 18 de diciembre de 2000, 1 a 22. Recuperado de https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf

Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. *Diario Oficial de la Unión Europea*, C83, de 13 de diciembre de 2007, 47 a 360. Recuperado de <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00047-00199.pdf>

Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barrera. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 636, de 15 de noviembre de 2010, 1 a 13. Recuperada de <https://bit.ly/3C3rlc0>

Normativa Comunitaria

Ley 191/1964, de 24 de diciembre, de Asociaciones. *Boletín oficial del Estado*, 311, de 28 de diciembre de 1964, 17334 a 17336. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1964/12/28/pdfs/A17334-17336.pdf>

Ley 40/2003, de 18 de noviembre, Protección a las Familias Numerosas. *Boletín oficial del Estado*, 277, de 19 noviembre de 2003, 1 a 14. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21052-consolidado.pdf>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín oficial del Estado*, 299, de 15 de octubre de 2006, 44142 a 44156. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Boletín oficial del Estado*, 184, sec. I, de 2 de agosto de 2011, 87478 a 87494. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2011/08/02/pdfs/BOE-A-2011-13241.pdf>

Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital. *Boletín oficial del Estado*, 154, de 1 de junio de 2020, 1 a 52. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-5493-consolidado.pdf>

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín oficial del Estado*, 289, de 3 de diciembre de 2013, 1 a 44. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>

Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, por el que se desarrolla en materia de pensiones no contributivas la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas. *Boletín oficial del Estado*, 69, de 21 de marzo de 1991, 8958 a 8963. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1991/03/21/pdfs/A08958-08963.pdf>

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. *Boletín oficial del Estado*, 69, de 26 de enero de 2000, 1 a 145. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-1546-consolidado.pdf>

Real Decreto 1335/2005, de 11 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones familiares de la Seguridad Social. *Boletín oficial del Estado*, 279, sec. I, de 22 de noviembre de 2005, 38056 a 38064. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2005/11/22/pdfs/A38056-38064.pdf>

Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Boletín oficial del Estado*, 224, sec. I, de 17 de septiembre de 2011, 98872 a 98879. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/09/16/1276/dof/spa/pdf>

Decreto 239/2015, de 29 de diciembre, del Consell, por el que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones al colectivo de personas con diversidad funcional, destinadas a compensar gastos relacionados con la protección de la salud, durante el ejercicio presupuestario de 2016. *Diario Oficial de la Comunitat Valenciana*, 7688, de 30 de diciembre de 2015, 33328 a 33338. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/152919/4242695/Decreto+239-2015>

Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas. *Diario Oficial de la Generalidad Valenciana*, 8061, de 13 de junio de 2017, 20619 a 20646. Recuperado de https://dogv.gva.es/datos/2017/06/13/pdf/2017_5227.pdf

- Decreto 19/2018, de 9 de marzo, del Consell, por el que se regula el reconocimiento de la condición de familia monoparental en la Comunitat Valenciana. *Diario Oficial de la Generalidad Valenciana*, 8260, de 23 de marzo de 2018, 12075 a 12084. Recuperado de https://dogv.gva.es/datos/2018/03/23/pdf/2018_2973.pdf
- Orden 3/2010, de 6 de abril, de la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas, por la que se regulan y convocan ayudas para la adquisición de equipos y tecnología de la información y la comunicación específicos para el acceso a la Sociedad de la Información de personas con discapacidad, favoreciendo su inclusión digital, dentro del marco del planeamiento estratégico AVANTIC para el ejercicio 2010 (ACCESTIC). *Diario Oficial de la Generalidad Valenciana*, 6248, de 19 de abril de 2010, 14858 a 14876. Recuperado de https://dogv.gva.es/datos/2010/04/19/pdf/2010_4175.pdf
- Orden 3/2010, de 26 de marzo, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se crea la Tarjeta acreditativa de la condición de persona con discapacidad. *Diario Oficial de la Comunitat Valenciana*, 6247, de 16 de abril de 2010, 14502 a 14506. Recuperado de https://dogv.gva.es/datos/2010/04/16/pdf/2010_3699.pdf
- Orden 1/2016, de 20 de enero, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de ayudas y subvenciones en materia de atención a personas con diversidad funcional, promoción de la autonomía personal y de la accesibilidad. *Diario Oficial de la Generalidad Valenciana*, 7705, de 26 de enero de 2016, 1668 a 1691. Recuperado de https://dogv.gva.es/datos/2016/01/26/pdf/2016_390.pdf
- Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19. *Boletín oficial del Estado*, 86, sec. I, 27562 a 27565. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/26/snd295/dof/spa/pdf>

Normativa Autonómica

Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad. *Diario Oficial de la Generalidad Valenciana*, 4479, de 11 de abril de abril de 2003, 10681 a 10705. Recuperado de https://dogv.gva.es/datos/2003/04/11/pdf/2003_4345.pdf

Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valencia. *Boletín oficial del Estado*, 61, sec. I, 23249 a 23349. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2019/03/12/pdfs/BOE-A-2019-3489.pdf>

Anexos

Anexo 1

CARTA DE INVITACIÓN A LOS SOCIOS

(CITY), (DAY MONTH), 2017

Dear (NAME OF THE PARTICIPANT),

I am contacting you on behalf of the consortium of the **project “IPA+ –Inclusion of people with autism in Europe. Towards specialized training model for professionals”**, funded under the Erasmus + Programme of the European Commission (ref.: 2016-1-ES01-KA204-025061). The project aims to strengthening skills of professionals working with people with autism through the development, at European level, of a course that will be based on basic and specific real curricular needs.

The following institutions participate in the partnership:

1. Polibienestar Research Institute – University of Valencia (Spain)
2. Autismo Burgos (Spain)
3. Autisme-Europe (Belgium)
4. Portuguese Federation for Autism (Portugal)
5. Serbian Society of Autism (Serbia)

In a previous stage of the project, we have carried out a complete analysis of the curricular needs and requirements of professionals working in the field of autism through a literature review and several focus groups in the participating countries. With these inputs we have drawn up a first proposal of curricular contents that we now want to validate with external stakeholders. So, for this purpose we invite you to join a Delphi study to provide your opinion on the basis of your personal and/or professional experience in this field. Your answers will be very useful for designing the curriculum contents and methods within the course.

In case you do not know the Delphi technique, it is a method for gathering data from a group of respondents and for consensus-building by using a series of questionnaires delivered using multiple iterations from a panel of selected subjects. It means a group communication process aimed to achieve a convergence of opinion on a specific real-world issue within respondents' domain of expertise.

If you decide to accept this invitation you will participate in a two-round' Delphi study with the purposes stated above. Every round will entail a questionnaire you will complete, with an estimated duration of 20 minutes. Your contribution will mean an added value to the project as thanks to your feedback the outputs of IPA+ will be validated by relevant stakeholders from of autism sphere at European level.

Please, reply as soon as possible but not later than 15th January to (CONTACT PERSON OF EVERY COUNTRY) by e-mail (EMAIL) or telephone (PHONE).

Thanks in advance and I look forward to your participation.

Yours sincerely,

IPA+ team

Anexo 2

DELPHI RONDA 1



DELPHI STUDY – ROUND 1

Thank you for accepting to participate as an expert in this Delphi study framed in the project “**IPA+ – Inclusion of people with autism in Europe. Towards specialized training model for professionals**”, funded under the Erasmus + Programme of the European Commission (ref.: 2016-1-ES01-KA204-025061). The aim of this study is to collect relevant and useful information for the design of a training curriculum, as well as to develop and implement a course for professionals who work currently or could work in a near future with people with ASD.

These modules and contents have been identified through two main methodologies: a literature review and an analysis of professionals’ opinions working in the field of ASD through focus groups carried out in the countries involved in the IPA+ project (Spain, Belgium, Portugal and Serbia). The proposed contents and modules are divided into two levels of training: **initial and updating**.

This **Delphi first round** – which is the first of two rounds – requests that you report your expert opinion regarding the content and format of the curriculum and the constituent modules. This first questionnaire is made up of three parts. In these parts we need you to give us your opinion and details about: a) the contents of the modules; b) how to offer such contents in terms of format and methodology; and c) the weight that each module should have.

In the first part of this questionnaire, we ask you from your expert opinion on the contents that should be taken into consideration in each module. In the second part, we need you to select 3 methodologies to offer the related contents of each module and list them by level of importance. And, in the last part, we ask you to set for each level of training, a percentage to each module in relation to the importance and duration that each one should have.

If you have any doubt or question, do not hesitate to **contact the person who invited you** to be a panelist in your national context, or the coordinator of this study within the project: **Ascensión Doñate** ascension.donate@uv.es

A. Modules of the course

*In order to know which specific contents you consider relevant to include in the course, please **point out 3 key words** describing the contents for each module.*

LEVEL I. INITIATION		
Module	Subjects	Keywords
1. Introduction	to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity. Value of diversity. Situation of autism in the specific context.	
2. Definition and conceptualization of ASD	Characteristics	
	Diversity and heterogeneity of the group	
	Misconception on autism	
	Psychological processes in people with ASD	
	Diagnosis characterization. Initiation to the diagnostic criteria	
	Conditions usually associated to autism	
3. Basic principles and strategies of intervention	The role of families and/or carers	
4. Intervention models of reference	TEACCH	
	Positive Behavioural Support:	
	Alternative and Augmentative Communication Systems	
	Quality of life	
	Developmental approaches	
5. Specific knowledge of the concrete characteristics of the clients that students will work with	Approach based on the strengths personal development and promotion of capabilities	
6. Characteristics and needs in different contexts and stages of life	--	
7. Competences and professional profile	New professional roles	
	Emotional regulation	

	Coordination with families	
	Practice based on rights, values and ethics	

LEVEL II. UPDATING		
Module	Subjects	Keywords
1. Introduction	Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity, value of diversity	
	Definition and conceptualization of ASD	
	Results of current research related to neurobiology and genetics	
	People with ASD with intellectual disability associated	
	Importance of mental health. Initiation in ASD comorbidities	
2. Specific programmes of support and intervention	Intervention of problematic behaviours	
	Intervention in the emotional-sexual sphere	
	Health and nutrition	
	Personal autonomy	
	Models of interventions centred on the family	
	Organization of spaces and times	
	New technologies applied to intervention	
	Diagnosis	
	Early care	
	Development of social-communication skills	
	Supports for adult life	
3. Strategies to design and evaluate the Personal Development Plans	Programming and formulation of educative objectives	
	Types of supports	
	Processes of planning	

	Design and evaluation of goals and personal result	
	Good practices	
	Rights, empowerment, monitoring of the rights of people with ASD	

B. Relevant methodology

Each module will include both a **transversal** and a **specific** methodology in order to offer the training and support students during the learning process. The **transversal methodology** will consist of a video with a presentation of the course and of each module, a forum and the support by a tutor. The **specific methodology** could entail the following means:

<i>List of specific methods</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Articles (scientific papers) and books - Practical exercises - Seminars/conferences and workshops - Internships with people with ASD - Discussion of cases - Classroom training - Online tutorials - Study visits - Good practices handbooks - Access to specialized websites / platforms - Audio-visual resources (such as films) - Blended format (classroom and online training)

Please, **select 3 types of methodology** – from the table above – to offer the contents of each module **and prioritize them**. The method ranked in the first place (1) would mean the main one you consider useful for the learning process.

LEVEL I. INITIATION		
Module	Specific methodologies	Prioritization (from 1 to 3)
1. Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity. Value of diversity. Situation of autism in the specific context		
2. Definition and conceptualization of ASD		
3. Basic principles and strategies of intervention		
4. Intervention models of reference		
5. Specific knowledge of the concrete characteristics of the clients that students will work with		
6. Characteristics and needs in different contexts and stages of life		
7. Competences and professional profile		

LEVEL II. UPDATING		
Module	Selection of specific methodologies	Prioritization (from 1 to 3)
1. Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity. Value of diversity. Situation of autism in the specific context		
2. Specific programmes of support and intervention		

3. Strategies to design and evaluate the Personal Development Plans		
---	--	--

C. Weight of the modules in the course

This section is aimed to assess the weight and relevance (in terms of time allocation) that each module should have. Please, in both levels of training, **rate each module with a percentage** in accordance with the duration and the importance you consider it should have. Take into account that responses in each level should makes 100%. For example: 10% for the Module 1; 35% for the Module 2; and 55% for the Module 3.

LEVEL I. INITIATION	
<i>Modules</i>	<i>Percentage</i>
Module 1. Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity, value of diversity	
Module 2. Definition and conceptualization of ASD	
Module 3. Basic principles and strategies of intervention	
Module 4. Intervention models of reference	
Module 5. Specific knowledge of the concrete characteristics of the clients that students will work with	
Module 6. Characteristics and needs in different contexts and stages of life	
Module 7. Competences and professional profile	
Total	100%
LEVEL II. UPDATING	
Module 1. Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity and value of diversity	
Module 2. Specific programmes of support and intervention	
Module 3. Strategies to design and evaluate the Personal Development Plans	
Total	100%

Anexo 3

DELPHI RONDA 2



DELPHI STUDY – ROUND 2

Thank you for participating in **Round 2 of this Delphi study** which aims to collect relevant and useful information for the design of a training curriculum, as well as to develop and implement a course for professionals who work currently or could work in a near future with people with ASD.

Following the receipt of your data from Round 1, we conducted qualitative and quantitative analysis in order to see respondents' preferences regarding the content of the modules, the potential methodology to employ in the training as well as the weight of each module within the whole course.

As you will see below in the **questionnaire**, we have maintained the three items in which the questionnaire is divided. However, in this second round we have changed the ranking system: in the three items you are requested to report your degree of agreement with the statements following a 5-point Likert scale where 1 means you strongly disagree and 5 means you strongly agree. As you go forward in the questionnaire you will find specific instructions to reply every group of statements.

This Delphi round is the final round. We would like to express our sincere gratitude for agreeing to participate in IPA+ project; your contribution will be very useful for the next scheduled activities.

Remember, if you have any doubt or question, do not hesitate to **contact the person who invited you** to participate in the study in your national context, or the coordinator of this study within the project: **Ascensión Doñate** ascension.donate@uv.es

A. Modules of the course

On the basis of the answers from all participants involved in the first round, for this second round we have listed the main contents all of you highlighted to be included in each of the subjects that compose each module.

*Please, **point from 1 to 5 the selected contents to be included in each subject**, so if you point with "1" would mean that you are totally disagree and if you point with "5" that you are totally agree with these contents. Moreover, in the column 'contents', please, **highlight in red** (or through another colour or system) the **three contents** you consider as the most important. In the last column you have also de opportunity to explain/comment/justify your answer.*

LEVEL I. INITIATION				
Module	Subjects	Contents	Your rating from 1 to 5 (1 → strongly disagree; 5 → strongly agree)	Comment / justify your answer (if needed)
1. Introduction	Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity. Value of diversity. Situation of autism in the specific context.	Brief introduction to ASD; Objectives of the entity; Difficulties presented by people with ASD; Prevalence of ASD; Necessity of this course	1 2 3 4 5	
2. Definition and conceptualization of ASD	Characteristics	Qualities of people with ASD; Routines; Heterogeneity; Definition of autism; Neurodevelopmental disorder; Sensory differences; Learning styles; Need of a lifelong approach	1 2 3 4 5	
	Diversity and heterogeneity of the group	Diversity of supports; Sex differences; Importance of accepting differences; Diversity in verbal/non-verbal communication skills; Similarities; Individuality; High-functioning autism; low-functioning autism; Diversity along life cycle	1 2 3 4 5	
	Misconception on autism	Emotional overwhelming; Myths and misconceptions (e.g. world apart, isolation, aggressiveness, etc.); MMR vaccine; Stereotypes; Disability	1 2 3 4 5	
	Psychological processes in people with ASD	Anxiety; Problems in understanding of abstract concepts; Difficulty in long-term planning; advantage of planning very short term; manifestations through	1 2 3 4 5	

		life-span		
	Diagnosis characterization. Initiation to the diagnostic criteria	DSM-5 and ICD-11 classifications; early signs; Diagnostic criteria; differential diagnostic	1 2 3 4 5	
	Conditions usually associated to autism	Anxiety; depression; Hypersensitivity; ADHD and hyperactivity; Aggression; difficulty in communication; Intellectual disabilities; Epilepsy; Emotional disorders; Learning disorders	1 2 3 4 5	
3. Basic principles and strategies of intervention	The role of families and/or carers	Love; stimulation; support; Education; siblings; Partnership; Parental training	1 2 3 4 5	
4. Intervention models of reference	TEACCH	Structured and scheduled teaching; Organization; Images; support; TEACCH principles; Definition; Environment; Individualization	1 2 3 4 5	
	Positive Behavioural Support	Reinforcement; Food; Types of challenging behaviour; functional behavioural assessment; Behavioural techniques; Improvement of language skills life skills learning	1 2 3 4 5	
	Alternative and Augmentative Communication Systems	PECS; Symbolic; electronic communicators; Makaton; Individualized; Communication; Audiovisual objects; AAC systems (types, misconception, criteria for selection, etc.); Definition	1 2 3 4 5	
	Quality of life	Quality of life; Self Esteem; Independence; employment; Socialization and social interaction;	1 2 3 4 5	

		Individualization; Education; Role of the family		
	Developmental approaches	Characteristics of developmental approaches; Multidisciplinary approach; Speech and language development	1 2 3 4 5	
5. Specific knowledge of the concrete characteristics of the clients that students will work with	Approach based on the strengths personal development and promotion of capabilities	Assessment of personal capabilities; Ability to observe; development of individualized plans; weaknesses; Empathy; Motivation; Strengthening strengths; Memory	1 2 3 4 5	
6. Characteristics and needs in different contexts and stages of life	--	Different periods of life (e.g. education, leisure, physical changes, social integration, labour sphere, health issues, etc.); Independence; Multidisciplinary support; Social skills; Transitions between life periods; Health care; Ecological Model	1 2 3 4 5	
7. Competences and professional profile	New professional roles	Skills; Tutor; Assessment in different periods of life and various contexts; Continuous education; Multidisciplinary approach	1 2 3 4 5	
	Emotional regulation	Teaching techniques and strategies for emotional regulation; Burnout syndrome; Recognition; Calm; Behavioural; Acceptance and understanding; Emotional well-being; Self-efficacy and self-control	1 2 3 4 5	
	Coordination with families	Psychoeducational supports; Teamwork; Support Tools; Primary care; Dialogue	1 2 3 4 5	

		and communication		
	Practice based on rights, values and ethics	Policies; Ethics and deontology; Rights of people with autism; Respect; Equality	1 2 3 4 5	

LEVEL II. UPDATING				
Module	Subjects	Contents	Your rating from 1 to 5 (1 → strongly disagree; 5 → strongly agree)	Comment / justify your answer (if needed)
1. Introduction	Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity, value of diversity	Objectives of the entity; Necessity of this course; Lifelong follow-up	1 2 3 4 5	
	Definition and conceptualization of ASD	DSM V; Communication; Diagnostic criteria; Contextualization; Characteristics; Dysfunction; Comorbidities	1 2 3 4 5	
	Results of current research related to neurobiology and genetics	Neurological Theories; Genetics; twins; Etiology; Future Challenges; Heredity; risk factors; Causes of autism; Working memory and executive functions	1 2 3 4 5	
	People with ASD with intellectual disability associated	Prevalence of intellectual disabilities and intellectual functioning in ASD; Extensive support needs; Adaptive skills; Challenges	1 2 3 4 5	
	Importance of mental health. Initiation in	Epilepsy; Comorbidities; Aggression; Depression; sleep problems; Anxiety;	1 2 3 4 5	

	ASD comorbidities	ASD with intellectual disability vs. ASD without disability intellectual; Medication; Mental Disorders; Tools evaluation needs support; Positive Behavioral Support		
2. Specific programmes of support and intervention	Intervention of problematic behaviours	Physical Behavior Control Techniques; Reinforcement; Prevention; Positive behavioral support; Management of behaviours (e.g. ABA, TEACCH, modelling, etc); relaxation techniques; Aggressiveness as a form of communication and types of challenging behaviours; functional behaviour assessment; Social stories	1 2 3 4 5	
	Intervention in the emotional-sexual sphere	Sexuality; Bullying protection; Training and education; Promoting self-esteem and emotional competence	1 2 3 4 5	
	Health and nutrition	Healthy nutrition (e.g. diets, weight control); Sport and physiotherapy; Feeding problems; prevention of health issues; Monitoring	1 2 3 4 5	
	Personal autonomy	empowerment of the autonomy and ADLs (e.g. hygiene, dressing, feeding) of persons with ASD; Support Programs; Dignity	1 2 3 4 5	
	Models of interventions centred on the family	Supporting families in a positive way; Family intervention plans; Social Support; siblings support; Psychotherapy; Co-participation of parents, education and interventions	1 2 3 4 5	

	Organization of spaces and times	Schedules; TEACCH; Pictogram; Routines and structure; Self-regulation; ICTs (information and communication technologies); Predictability	1 2 3 4 5	
	New technologies applied to intervention	Devices of communication; Robotics; pictogramagenda; Alternative and augmentative communication	1 2 3 4 5	
	Diagnosis	Early diagnostic evaluation; ADIR-ADOS; differential diagnosis; Screening; DSM 5, ICD11 criteria (towards new classification)	1 2 3 4 5	
	Early care	Denver; Hanen; Toilet training; Hygiene; models of support directed to families; Early intervention, cooperation with the family	1 2 3 4 5	
	Development of social-communication skills	Language; Specificity of the social-communication skills; alternative communication; Empathy; Vocalization; Circle of friends	1 2 3 4 5	
	Supports for adult life	Employment; Housing; Supported housing; Community Involvement; Independent life; Skills development; Accompaniment and guardianships	1 2 3 4 5	
3. Strategies to design and evaluate the Personal Development Plans	Programming and formulation of educative objectives	Individual education plans and guidelines; Social skills development; Techniques and procedures of functional assessment	1 2 3 4 5	
	Types of supports	Verbal; Academic (ordinary,	1 2 3 4 5	

		specialized, VET, etc.); Work; Supports within health system; Physical; Visual; Individual-centered; Direct support in home		
	Processes of planning	Evaluation; team work; Person-centred planning; Realistic expectations	1 2 3 4 5	
	Design and evaluation of goals and personal result	Periodic monitoring; support needs; Validated Evaluations	1 2 3 4 5	
	Good practices	Evidence-based practice, interventions directed to persons with ASD; interventions directed to families of persons with ASD; Innovative; Coherence; inclusion of persons with ASD into community leaving; Cooperation	1 2 3 4 5	
	Rights, empowerment, monitoring of the rights of people with ASD	Charter of rights of people with ASD; Awareness; Legislation; inclusion (social, educative, at labour market); Coordination with social services	1 2 3 4 5	

B. Relevant methodology

On the basis of the answers about specific methodologies from all participants involved in the first round, for this second round we have listed the main methodologies you highlighted as the most relevant to offer each module during the course.

Please, point to from 1 to 5 the selected methodologies to be used for each module, so if you point with "1" would mean that you totally disagree and if you point with "5" that you totally agree with those methodologies. In the last column you have also de opportunity to explain/comment/justify your answer.

LEVEL I. INITIATION			
Module	Methodologies to be used for training each module	Your rating from 1 to 5 (1 → strongly disagree; 5 → strongly agree)	Comment / justify your answer (if needed)
1. Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity. Value of diversity. Situation of autism in the specific context	Articles (scientific papers) and books Seminars/conferences and workshops Classroom training Online tutorials Access to specialized websites / platforms	1 2 3 4 5	
2. Definition and conceptualization of ASD	Articles (scientific papers) and books Seminars/conferences and workshops Classroom training	1 2 3 4 5	
3. Basic principles and strategies of intervention	Articles (scientific papers) and books Seminars/conferences and workshops Internships with people with ASD	1 2 3 4 5	
4. Intervention models of reference	Seminars/conferences and workshops Practical exercises	1 2 3 4 5	
5. Specific knowledge of the concrete characteristics of the clients that students will work with	Internships with people with ASD Discussion of cases Classroom training	1 2 3 4 5	

6. Characteristics and needs in different contexts and stages of life	Seminars/conferences and workshops Discussion of cases Study visits	1 2 3 4 5	
7. Competences and professional profile	Practical exercises Seminars/conferences and workshops Discussion of cases Online tutorials	1 2 3 4 5	

LEVEL II. UPDATING			
Module	Methodologies to be used for training each module	Your rating from 1 to 5 (1 → strongly disagree; 5 → strongly agree)	Comment / justify your answer (if needed)
1. Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity. Value of diversity. Situation of autism in the specific context	Seminars/conferences and workshops Access to specialized websites / platforms	1 2 3 4 5	
2. Specific programmes of support and intervention	Practical exercises Internships with people with ASD Discussion of cases	1 2 3 4 5	

3. Strategies to design and evaluate the Personal Development Plans	Practical exercises Seminars/conferences and workshops Internships with people with ASD	1 2 3 4 5	
---	---	-----------	--

C. Weight of the modules in the course

On the basis of the answers about the weight of each module from all participants involved in the first round, for this second round we have distributed the modules by hours.

The duration of the course we have considered is 3 months with a weekly dedication of approximate 8 hours; which means 96 hours in total per course.

Please, point to from 1 to 5 the duration in hours for each module that we have set. So if you point with "1" would mean that you totally disagree and if you point with "5" that you totally agree with that duration. In the last column you have also de opportunity to explain/comment/justify your answer.

LEVEL I. INITIATION			
<i>Modules</i>	<i>Duration in hours</i>	Your rating from 1 to 5 (1 → strongly disagree; 5 → strongly agree)	Comment / justify your answer (if needed)
Module 1. Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity, value of diversity	7	1 2 3 4 5	
Module 2. Definition and conceptualization of ASD	10	1 2 3 4 5	
Module 3. Basic principles and strategies of intervention	20	1 2 3 4 5	
Module 4. Intervention models of reference	15	1 2 3 4 5	

Module 5. Specific knowledge of the concrete characteristics of the clients that students will work with	18	1 2 3 4 5	
Module 6. Characteristics and needs in different contexts and stages of life	14	1 2 3 4 5	
Module 7. Competences and professional profile	10	1 2 3 4 5	

LEVEL II. UPDATING			
	<i>Duration in hours</i>	Your rating from 1 to 5 (1 → strongly disagree; 5 → strongly agree)	Comment / justify your answer (if needed)
Module 1. Introduction to the project. Presentation of the entity: mission, objectives, services, target group, principles defining its identity and value of diversity	12	1 2 3 4 5	
Module 2. Specific programmes of support and intervention	45	1 2 3 4 5	
Module 3. Strategies to design and evaluate the Personal Development Plans	39	1 2 3 4 5	

Anexo 4

TABLA CONTENIDO DEL CURSO PILOTO (NIVELES I Y II)

NIVEL I										
			1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6 - Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios
MÓDULO 1 Introducción	Introducción al proyecto. Presentación de la entidad: misión, objetivos, servicios, a quién va dirigida, principios que definen su identidad. El valor de la diversidad. Situación del autismo en un contexto específico.	Dificultades que pueden presentar las personas con TEA								
		Breve introducción al autismo								
		Por qué es necesario este curso								
		Prevalencia de los TEA;								
		Objetivos de la entidad.								

NIVEL 1									
		1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6- Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios
MÓDULO 2 Definición y conceptualización del TEA	1. Características	Rutinas							
		Heterogeneidad							
		Definición de autismo							
		Trastorno del neurodesarrollo							
		Diferencias sensoriales							
		Estilos de aprendizaje							
		Necesidad de un enfoque de por vida							
	2. Diversidad y heterogeneidad del grupo	Diversidad de apoyos;							
		Diferencias de sexo							

		Importancia de aceptar las diferencias								
		Diversidad en las habilidades de comunicación verbal / no verbal								
		Similitudes								
		Individualidad								
		Autismo de alto funcionamiento								
		Autismo de bajo funcionamiento								
		Diversidad a lo largo del ciclo de vida								
	3. Falsas ideas sobre Autismo	Emocionalidad abrumadora								
		Mitos y conceptos erróneos (por ejemplo, mundo aparte, aislamiento, agresividad, etc.)								

		Vacuna SPR								
		Estereotipos								
		Discapacidad								
	4. Proceso psicológico sobre personas con TEA	Ansiedad								
		Problemas en la comprensión de conceptos abstractos								
		Dificultad en la planificación a largo plazo								
		Ventaja de planificar a muy corto plazo								
		Manifestaciones a través de ciclos de la vida								
	5. Diagnóstico y características. Iniciación a los criterios de diagnóstico	Clasificaciones DSM-5 e ICD-11								
		Signos tempranos								

		Criterios de diagnóstico								
		Diagnóstico diferencial								
	6. Condiciones asociadas al autismo	Ansiedad								
		Depresión								
		Hipersensibilidad								
		TDAH e hiperactividad								
		Agresión								
		Dificultad en la comunicación								
		Discapacidades intelectuales								
		Epilepsia								
Trastornos emocionales										

		NIVEL 1							
		1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6- Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios
MODULO 3	El papel de las familias y / o cuidadores								
Principios básicos y estrategias de intervención									

NIVEL 1											
			1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6- Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios	
MÓDULO 4 Principales modelos de intervención	1. TEACCH	La enseñanza estructurada y programada									
		Principios del TEACCH									
		Factores ambientales									
	2. Apoyo conductual positivo Apoyo conductual positivo	Mejora de las habilidades lingüísticas y de aprendizaje									
		Análisis funcional de la conducta									
		Refuerzo									
		Técnicas de intervención conductual.									
	3. Sistemas de comunicación alternativa/ aumentativa	PECS									
		Sistemas AAC (tipos, ideas erróneas, criterios de selección, etc.)									
	4. Calidad de vida	Socialización e interacción social									
		Independencia									
		Calidad de vida									

	5. Enfoques de desarrollo	Características de los enfoques de desarrollo								
		Enfoque multidisciplinar								
		Desarrollo del habla y el lenguaje.								

NIVEL 1									
		1 - Nada importante (Contenido útil/ relevante para tu trabajo como TS)	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadament e importante	6- Importante	7 - Muy importa nte	Sugerencias o comentarios
MÓDULO 5 Conocimiento de las características específicas de cada persona con la que se va a trabajar	1. Enfoque basado en los puntos fuertes, el desarrollo individual y la promoción de las capacidades	Desarrollo de planes individualizados de intervención							
		Evaluación de las capacidades personales.							

NIVEL 1										
			1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6- Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios
MÓDULO 6	---	Transiciones entre periodos vitales								
		Diferentes etapas vitales (por ejemplo, educación, ocio, cambios físicos, integración social, ámbito laboral, problemas de salud, etc.)								
		Habilidades sociales								

NIVEL 1										
			1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6- Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios
MÓDULO 7 Competencias y perfil profesional	1. Nuevos roles profesionales	Formación continuada;								
		enfoque multidisciplinar								
	2. Regulación emocional	Auto-eficacia y autocontrol								
		Técnicas de educación y estrategias de regulación emocional								
		Síndrome de Burnout								
		Bienestar emocional								
	3. Coordinación con las familias	Diálogo y comunicación								
		Apoyos psicoeducativos								
	4. Prácticas basadas en derechos, valores y ética	Derechos de las personas con autismo								
		Ética y deontología								
		Respeto								

NIVEL 2										
			1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6- Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios
MÓDULO 1 Introducción	1. Introducción al proyecto. Presentación de la entidad: misión, objetivos, servicios, a quién va dirigido, principios que definen su identidad, el valor de la diversidad	Seguimiento a lo largo del ciclo vital								
		Necesidad de este curso								
	2. Definición y conceptualización de los TEA	Comorbilidad								
		Características								
		Criterios diagnósticos								
	3. Resultados en la investigación actual sobre neurobiología y genética	Genética								
		Teorías neurológicas								
		Causas del autismo								
		Factores de riesgo								
	4. Personas con autismo con discapacidad intelectual asociada	Amplias necesidades de apoyo								
		Habilidades adaptativas								
		Prevalencia de discapacidad intelectual y funcionamiento intelectual en								

		personas con autismo								
		Nuevos retos								
	5. Importancia de la salud mental. Iniciación en comorbilidad con TEA	Comorbilidad								
		TEA con discapacidad intelectual vs. TEA sin discapacidad intelectual								
		Herramientas para la evaluación de necesidades de apoyos específicas								
		Apoyo conductual positivo								

			NIVEL 2							
			1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6- Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios
MÓDULO 2 Programas específicos de apoyo e intervención	Intervención en conductas desafiantes	Gestión de la conducta (p. ej. ABA, TEACCH, modelado, etc.)								
		Técnicas de control del comportamiento físico								
		Agresividad como forma de comunicación y tipos de conductas desafiantes								
	2. Intervención en el ámbito emocional-sexual	Sexualidad								
		Promover la autoestima y las competencias emocionales								
		Formación y educación								
		Protección contra el bullying								
	3. Salud y nutrición	Prevención de problemas de salud								
		Problemas de alimentación								
		Nutrición saludable (por ejemplo, dietas, control de peso)								
		Deporte y fisioterapia								

	4. Autonomía personal	Promoción de la autonomía y AVDs (por ejemplo, higiene, vestido, alimentación) de las personas con autismo								
		Programas de apoyo								
		Dignidad								
	5. Modelos de intervención centrados en la familia	Apoyo a las familias desde un enfoque positivo								
		Planes de intervención familiar								
		Participación de los padres, educación e intervenciones								
		Apoyo de los hermanos								
6. Organización de espacios y tiempo	TEACCH									
	Horarios									
	Rutinas y estructura									
7. Nuevas tecnologías aplicadas a la intervención	Dispositivos de comunicación									
	Comunicación alternativa y aumentativa									
	Agenda de pictogramas									
	Robótica									

	8. Diagnóstico	Evaluación diagnóstica temprana								
		Diagnóstico diferencial								
		Screening								
		DSM 5, criterios ICD11 (hacia una nueva clasificación)								
	9. Atención temprana	Intervención temprana, cooperación con la familia								
		Control de esfínteres								
	10. Desarrollo de habilidades de comunicación social	Especificidad de las habilidades de comunicación social								
		Comunicación alternativa								
		Lenguaje								
		Círculo social								
	11. Apoyos para la vida adulta	Empleo								
		Participación en el entorno comunitario								
		Vida independiente								
		Acompañamiento y tutela								
		Desarrollo de habilidades (n=10).								

NIVEL 2										
			1 - Nada importante	2 - Poca importancia	3 - Ligeramente importante	4 - Neutral	5 - Moderadamente importante	6- Importante	7 - Muy importante	Sugerencias o comentarios
MÓDULO 3 Estrategias para diseñar y evaluar los planes de desarrollo personal	1. Programación y formulación de objetivos educativos	Planes y pautas individuales de educación								
		Desarrollo de habilidades sociales								
		Técnicas y procedimientos de evaluación funcional								
	2. Tipos de apoyos	Académico (ordinario, especializado, orientación vocacional, etc.)								
		Apoyo directo en casa (n=12).								
	3. Procesos de planificación	Plan centrado en la persona (PCP)								
		Evaluación								
		Expectativas realistas								
		Trabajo en equipo								
	4. Diseño y evaluación de metas personales	Necesidades de apoyo								
		Supervisión periódica								

		Evaluaciones validadas								
	5. Buenas prácticas	Práctica basada en la evidencia, intervenciones dirigidas a personas con autismo								
		Inclusión de las personas con autismo en el entorno comunitario								
		Intervenciones dirigidas a familias de personas con autismo								
	6. Derechos, empoderamiento, garantía de los derechos de las personas con autismo	Inclusión (social, educativa, laboral)								
		Sensibilización								
		Coordinación con los servicios sociales								
		Carta de derechos de las personas con autismo								
		Legislación								

Anexo 5

Cuestionario Pre-training



PRE-TRAINING CUESTIONARIO

Código estudiante:

País:

¿Cuántos años tienes?

¿Cuál es tu sexo?

¿Cuál es tu profesión?

¿Tienes alguna experiencia con personas con TEA?

SÍ NO

- Si has respondido SÍ, ¿cuántos años de experiencia tienes?

- Si has respondido SÍ, por favor, explica brevemente su experiencia.

¿Cuál es el motivo principal por el que participas en este curso de formación?

¿Qué tipo de contenido te gustaría encontrar en este curso?

¿Qué habilidades o destrezas esperas desarrollar/ mejorar durante este curso?

Por favor, explica brevemente la importancia que tiene para ti recibir una formación sobre autismo en relación con su futura carrera profesional.

¿A qué nivel esperas que este curso de formación marque una diferencia en la forma en que realizas tu trabajo?

Anexo 6
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE MÓDULOS



(CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE MÓDULOS) MODULE EVALUATION ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

Código estudiante (Trainee Code):
País (Country):

*Por favor, si puntúas con "1" significará que estás totalmente en desacuerdo y si puntúas con "5" significará que estás totalmente de acuerdo con esos contenidos.
Please, select so if you point with "1" would mean that you are totally disagree and if you point with "5" that you are totally agree with these statements.*

SATISFACCÓN	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)	Comenta / Justifica tu respuesta (Si es necesario)
1. The overall organization of the module was suitable. 1. La organización general del módulo fue apropiada.						
2. The texts and learning materials used in the module were valuable. 2. Los textos (lecturas) y el material de aprendizaje empleados en el módulo fueron útiles.						
3. The course content was excellent. 3. El contenido del curso fue excelente.						
4. The time allocated for this module was sufficient. 4. El tiempo asignado para este						

módulo fue suficiente.						
5. The level of effort this module required was sufficient. 5. El nivel de esfuerzo requerido para este módulo fue suficiente.						
6. The coherence and clarity of delivery was satisfying. 6. La coherencia y la claridad de los módulos fue satisfactoria.						
7. The content that was delivered matches what I was promised when I registered. 7. El contenido impartido coincide con lo que me prometieron cuando me registré.						
8. As a result of the training course, my educational needs were satisfied. 8. Como resultado del curso de formación, mis necesidades educacionales fueron satisfechas.						

*Por favor, explica brevemente tu opinión sobre estas frases en relación con el curso de formación.
Please, explain briefly your opinion about those sentences in relation with the training course.*

1. Were there any specific content areas you did not understand?
¿Ha habido algún área de contenido específico que no hayas entendido?

2. There were specific content areas too easy for you?
¿Ha habido algún contenido específico demasiado fácil para ti?

3. Please provide any suggestions or recommendations to improve this training module.
Por favor, proporciona (o facilita) algunas sugerencias o recomendaciones para mejorar este módulo de formación.

Anexo 7

POST- FORMACIÓN



POST- ENTRENAMIENTO (POST-TRAINING)

Código estudiante (Trainee Code):

País (Country):

Por favor, si puntúas con "1" significará que estás totalmente en desacuerdo y si puntúas con "5" significará que estás totalmente de acuerdo con esos contenidos. Please, select so if you point with "1" would mean that you are totally disagree and if you point with "5" that you are totally agree with these statements

SATISFACCÓN	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)	Comenta / Justifica tu respuesta (Si es necesario)
1. The training course met my learning expectations. 1. El curso de entrenamiento cumplió con mis expectativas de aprendizaje.						

<p>2. The teacher/s for this course met my learning expectations.</p> <p>2. Los profesores de este curso cumplieron con mis expectativas de aprendizaje.</p>						
<p>3. I found the training interesting.</p> <p>3. Encontré interesante este curso de formación.</p>						
<p>4. I received a constructive feedback on my work.</p> <p>4. Recibí una valoración constructiva sobre mi trabajo.</p>						
<p>5. After the training, I know substantially more about the ASD.</p> <p>5. Después de la formación, se mucho más sobre el TEA.</p>						
<p>6. Participation in this training course is very useful for my job/ future job.</p> <p>6. La participación en este curso de formación es muy útil para mi trabajo/ futuro trabajo.</p>						

<p>7. As a result of this training, I feel more confident in my capacity to interact with individuals with autism.</p> <p>7. Como resultado de este curso, me siento más seguro en relación a mi capacidad de interactuar con personas con TEA.</p>						
<p>8. Outside the classroom, the amount of time required to studying was sufficient.</p> <p>8. Fuera del aula, la cantidad de tiempo requerida para estudiar fue apropiada</p>						

Por favor, explica brevemente tu opinión sobre esas oraciones en relación con el curso de formación.

Please briefly explain your opinion on these sentences in relation to the training course.

1. What will you do **differently** in your practice as a result of this training course?
1. ¿Qué harás de manera diferente en tu trabajo diario como resultado de este curso de formación?

2. What did you **like the most** about this training course?
2. ¿Qué es lo que más te gustó de este curso de formación?

3. What did you **like the least** about this course?
¿Qué es lo que menos te gustó de este curso?

4. If you could suggest changes to this training course what would you suggest?

Si pudieras sugerir cambios en este curso de formación, ¿qué recomendarías?

5. What are the most important things [or topics] you learned from this training course? Please list up to three items.

¿Cuáles son las cosas más importantes (o temas) que has aprendido en este curso de formación? Por favor enumera hasta tres temas.

Anexo 8 EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO PARA PERSONAS CON EXPERIENCIA PREVIA EN TEA



FOLLOW-UP ASSESSMENT (Evaluación de seguimiento) (Para personas con experiencia previa en TEA)

Código estudiante (Trainee Code):

País (Country):

Por favor, si puntúas con "1" significará que estás totalmente en desacuerdo y si puntúas con "5" significará que estás totalmente de acuerdo con esos contenidos. Please, select so if you point with "1" would mean that you are totally disagree and if you point with "5" that you are totally agree with these statements.

SATISFACCÓN	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)	Comenta / Justifica tu respuesta (Si es necesario)
1. Este curso de entrenamiento me ayudó a crecer profesionalmente. 1.This training course helped me to grown professionally.						
2. Desde el entrenamiento, me siento más seguro a la hora de trabajar con personas con TEA. 2. Since the training, I feel that I am more confident of working with individuals with ASD.						
3. En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que adquiriré en el curso. 3.In my everyday work, I use the knowledge I gained in the training.						

4. Desde el curso, me he sentido más satisfecho con mi trabajo. 4. Since the training, I have been more content with my work.						
5. Mi rendimiento laboral ha mejorado mediante la aplicación del contenido del curso de formación. 5. My job performance has improved through the application of the training content.						
6. Me beneficiaría de una sesión de repaso. 6. I would benefit from a refresher session.						

Por favor, explica brevemente tu opinión sobre estas frases en relación con el curso de formación. Please briefly explain your opinion on these sentences in relation to the training course.

1. To what extent do you feel you have learned from the course? Please explain your answer.
¿En qué medida crees que has aprendido del curso? Por favor, explica tu respuesta.

2. Were any your personal objectives not achieved, and why?
¿No lograste conseguir alguno de tus objetivos personales? Si es así, por favor explica por qué.

3. Have you identified any gaps in your knowledge or skills since attending the training course? If YES, please specify.
¿Has identificado alguna laguna en tus conocimientos o habilidades desde que asististe al curso de entrenamiento? En caso afirmativo, por favor explícalo.

4. Please give at least one example of when you feel you have used the knowledge and/or skills gained during the course.
Por favor, por algún ejemplo si sientes (o crees) que has utilizado los conocimientos y/o habilidades adquiridas durante el curso de formación.

Anexo 9
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO PARA PERSONAS SIN EXPERIENCIA PREVIA EN TEA



FOLLOW-UP ASSESSMENT (Evaluación de seguimiento)
(Para personas sin experiencia previa en TEA)

Código estudiante (Trainee Code):
País (Country):

*Please, select so if you point with "1" would mean that you are totally disagree and if you point with "5" that you are totally agree with these statements.
 Por favor, si puntúas con "1" significará que estás totalmente en desacuerdo y si puntúas con "5" significará que estás totalmente de acuerdo con esos contenidos.*

SATISFACCÓN	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)	Comenta / Justifica tu respuesta (Si es necesario)
1. This training course helped me to grown professionally. 1. Este curso de entrenamiento me ayudó a crecer profesionalmente						
2. As a result of the course, I feel that I gained confidence working with individuals with ASD. 2. Como resultado del curso, sentí que gané confianza trabajando con personas con TEA						
3. <i>If you are working with people with ASD.</i> In my everyday work, I use the knowledge I gained in the						

training. 3. Si estás trabajando con personas con TEA. En mi trabajo diario, empleo el conocimiento que obtuve en el curso.						
4. I am willing to obtain a position where I can utilize my skills and knowledge to work with individuals with ASD. 4. Estoy dispuesto a obtener/conseguir una posición donde pueda utilizar mis destrezas y conocimiento para trabajar con personas con TEA						
5. I would benefit from a refresher session. Me beneficiaría de una sesión de actualización (para refrescar conocimientos)						

*Please, explain briefly your opinion about those sentences in relation with the training course.
Por favor, explica brevemente su opinión sobre estas sentencias en relación con el curso de formación.*

1. To what extent do you feel you have learned from the course? Please explain your answer.
¿En qué medida sientes que has aprendido del curso? Por favor explica tu respuesta.

2. Were any your personal objectives not achieved, and why?
¿No lograste conseguir alguno de tus objetivos personales? Si es así, por favor explica por qué.

3. During the past 3 months, did you have any experience with individuals with ASD after the training course? If YES, please explain briefly.
Durante los últimos 3 meses, ¿tuviste alguna experiencia con personas con TEA después del curso de formación? Si la respuesta es SÍ, por favor explícala brevemente.

4. During the past 3 months, have you looked for any job opportunity with individuals with ASD? If YES, please explain briefly.
Durante los últimos 3 meses, ¿has buscado alguna oportunidad de trabajo con personas con TEA? Si la respuesta es Sí, por favor explícala brevemente.

Anexo 10

PROPUESTA PARA LA ELABORACIÓN DE UN GRUPO FOCAL

1. Presentación del Proyecto

La presente tesis se enmarca dentro del proyecto Europeo, “IPA+ “**Inclusion of people with autism in Europe**”- **Towards specialized training model for professional**–Inclusión de personas con autismo en Europa. Hacia un modelo especializado para el entrenamiento de profesionales. Financiado bajo el programa Erasmus + de la Comisión Europea (ref.: 2016-1-ES01-KA204-025061) –Dirección web: <http://www.polibienestar.org/proyectos/proyectos-europeos/>-. Dicho proyecto tiene como objetivo reforzar las destrezas de profesionales que trabajen o puedan trabajar con personas diagnosticadas de autismo a través del desarrollo, a nivel Europeo, de un curso que esté basado en necesidades curriculares reales y específicas.

Dicho proyecto está coordinado por el Instituto de Investigación Polibienestar (Universidad de Valencia) y cuyo IP del proyecto es el Dr. Jorge Garcés Ferrer, director de la presente tesis doctoral. Y en el cuál van a colaborar las siguientes instituciones Autismo Burgos (España); Autisme-Europe Aisbl (Bélgica); Autizam Srbija (Serbia); y FPDA-Federação Portuguesa de Autismo (Portugal).

Se debe resaltar la importancia del presente proyecto, ya que a nivel público no existe ningún centro exclusivo que esté especializado y atienda únicamente a personas con trastorno del espectro autista, lo cual hace que los profesionales que tengan que atender a estas personas tengan que formarse en centros privados. Del mismo modo, las personas diagnosticadas de TEA deben asistir a centros privados para ser informados, atendidos, para recibir intervenciones específicas, para participar en talleres especializados o para realizar cualquier tipo de actividades que faciliten su visibilidad e inclusión en nuestra sociedad.

Es necesario que nuestros profesionales tengan una educación pública, especializada y de calidad para poder atender diligentemente a las personas diagnosticadas de TEA. Y dicha formación e intervención debe estar presente en los 4 pilares básicos del bienestar social: sanidad, educación, trabajo y servicios sociales. Siendo este último pilar, los servicios sociales, pilar importante e indispensable, la puerta de entrada para toda la población, que ofrecen información general y los cuales se encargan de tramitar los recursos sociales más adecuados para cada usuario.

Con la presente tesis se pretende conocer las necesidades curriculares de los trabajadores sociales que trabajen o puedan atender en un determinado momento a personas con TEA, para poder desarrollar un programa formativo que los entrenen y orienten en el proceso de intervención.

2. Preparación del Grupo focal

Se pretende llevar a cabo un grupo focal de trabajadores y trabajadoras sociales que pertenezcan al Colegio Oficial de Trabajo Social de Valencia.

2.1. Población objetivo y muestra

Con el fin de recopilar los datos más relevantes para las actividades posteriores del proyecto, la población objetivo para recolectar participantes tendrá las siguientes características:

- Personas con amplio conocimiento sobre las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA).
- Con al menos 5 años de experiencia / interacción con personas con TEA.
- Con diferentes antecedentes académicos (por ejemplo, psicología, trabajo social, educación, enfermería, etc.).
- Trabajar con personas con TEA de diferentes edades (no sólo centrado en la infancia).
- Pertenecer a diferentes servicios de apoyo (por ejemplo, escuelas, centros para adultos, servicios de vivienda, diagnóstico, etc.).

- Se aceptarán tanto los gerentes de servicio como el personal de primera línea con un contacto directo con personas con TEA.

El **número de participantes** sería aproximadamente de **10** pero estaría determinado por el número de colegiados/as que trabajen o hayan trabajado con TEA. También se incluirían familiares de personas con TEA.

2.2. Lugar y fecha de desarrollo

Se realizará la sesión del grupo focal la segunda quincena de septiembre. El lugar de desarrollo será en las instalaciones del Colegio (si es posible).

2.3. Organización de la sesión en el lugar

Cada sesión tendrá una duración máxima de unos 90 minutos, que deberá distribuirse de la siguiente manera:

▪ Bienvenida - 5 minutos

El moderador y observador de la sesión se presentará brevemente a los participantes agradecer a los participantes por asistir.

▪ Introducción - 5 minutos

El moderador explicará brevemente el **proyecto IPA** +, los principales objetivos de su participación en la sesión.

▪ Calentamiento - 2/3 minutos

El moderador animará a los participantes a presentarse brevemente a todo el grupo (por ejemplo, nombre, profesión, experiencia previa con TEA, etc.).

▪ Proceso y reglas - 5 minutos

El moderador debe explicar a los participantes lo que se espera de ellos y cómo se desarrollará el GF; Este es también el momento de responder a cualquier pregunta potencial de los participantes. El moderador declarará que la sesión será grabada en audio, por lo que es necesario merecer unos minutos para que cada participante firme el consentimiento informado.

▪ Discusión - 45/60 minutos

Discusión entre participantes según la lista de preguntas preestablecidas. La discusión comenzará con una pregunta fácil que animará a los participantes a comenzar a hablar y luego dejará que los participantes discutan e introduzcan las preguntas planeadas cuando sea adecuado. Normalmente, las preguntas difíciles se colocan en el centro de la FG. El moderador debe usar un lenguaje neutral y evitar las preguntas / respuestas que podrían señalar las respuestas deseables o indeseables. También debe facilitar que todos tengan la oportunidad de contribuir a la discusión y que todas las opiniones sean escuchadas.

▪ Conclusiones y clausura de la sesión - 5/10 minutos

El moderador debe pedir comentarios finales y cerrar la actividad. Luego, resumirá las principales conclusiones alcanzadas por la discusión e informará a los participantes sobre cómo se compartirán los resultados con ellos.

Anexo 11

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituto Polibienestar de la Universidad de Valencia le invita a participar en una investigación sobre las necesidades de formación de los profesionales que trabajan en el ámbito del Trastorno del Espectro Autista en el marco del proyecto IPA + (Inclusión de las personas con autismo en Europa). Financiado por la Unión Europea en el marco del Programa Erasmus + (2016-1-ES01-KA204-025061).

La actividad a la que está invitado/a es un estudio que utiliza la metodología de Grupos Focales (GF) con profesionales en el campo del Trastorno del Espectro Autista (TEA). La información recogida se utilizará para diseñar un modelo de formación dirigido a profesionales y materiales asociados a él y para elaborar informes de proyectos.

Recolección de información

En el estudio se utilizarán grabadores de audio para grabar las conversaciones mantenidas entre los participantes en el GF. Debido a las regulaciones del programa de financiamiento, los datos recolectados serán almacenados por un período de 5 años. Después de ese período, se destruirá toda la documentación que contenga datos personales y/ o de identificación de los participantes.

Privacidad de datos

Todos los datos recopilados durante su participación se utilizarán internamente en el contexto del proyecto y no serán accesibles por terceros respetando la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Por otra parte, en cada informe desarrollado no será ninguna conexión con su identidad o datos de contacto.

Si tiene alguna pregunta sobre el tratamiento de sus datos, puede ponerse en contacto con la coordinadora del proyecto Ascensión Doñate, ascension.donate@uv.es.

Confidencialidad

Todas las ideas, conceptos y materiales presentados durante su participación en esta actividad serán tratados como estrictamente confidenciales. Los resultados del estudio se presentarán siempre de forma global y nunca individualmente.

Derecho a abandonar

Su participación en esta actividad es completamente voluntaria. Usted puede rechazar seguir participando en la actividad en cada momento sin incurrir en una penalización.

Yo, _____ acepto participar voluntariamente en este estudio utilizando la metodología Grupos Focales organizados por el Instituto Polibienestar de la Universidad de Valencia en el marco del proyecto europeo "Inclusión de las personas con autismo en Europa. Hacia un modelo de formación especializada para profesionales (IPA +)", llevado a cabo en la Sede del Colegio de Trabajo Social de Valencia, y confirmo haber leído y comprendido las condiciones y derechos descritos en este consentimiento informado y estoy de acuerdo con ellos.

Además, AUTORIZO

- Al almacenamiento de los datos recopilados por un período de 5 años de acuerdo con la normativa propia del programa de financiamiento.

Y, ENTIENDO, que

1. Debido a los requisitos de la investigación desarrollada por el organizador/a es necesario proporcionar la siguiente información de las personas que participan en el grupo focal:

A) Edad: _____

B) Sexo: _____

C) Profesión: _____

D) Años de experiencia en el ámbito de los TEA: _____

2. Todos los datos recogidos serán utilizados internamente en el contexto del proyecto y no serán accesibles por terceros.

Lugar y fecha:

Firma:

Anexo 12

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA



Presentación del Proyecto IPA+

El presente trabajo se ampara en un proyecto Europeo denominado “IPA+ “**Inclusion of people with autism in Europe**”- **Towards specialized training model for professional**–Inclusión de personas con autismo en Europa. Hacia un modelo especializado para el entrenamiento de profesionales. Financiado bajo el programa Erasmus + de la Comisión Europea (ref.: 2016-1-ES01-KA204-025061). El proyecto tiene como objetivo reforzar las destrezas de profesionales que trabajen o puedan trabajar con personas diagnosticadas de autismo a través del desarrollo, a nivel Europeo, de un curso que esté basado en necesidades curriculares reales y específicas.

Dicho proyecto está coordinado por el Instituto de Investigación Polibienestar (Universidad de Valencia) y cuyo IP del proyecto es el Dr. Jorge Garcés Ferrer, director de la presente tesis doctoral. Y en el cuál colaboran las siguientes instituciones: Autismo Burgos (España); Autisme-Europe Aisbl (Bélgica); Autizam Srbija (Serbia); y FPDA-Federação Portuguesa de Autismo (Portugal).

Prevalencia del autismo

Según un estudio de la OMS¹ Se calcula que 1 de cada 160 niños tiene TEA. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia de TEA en muchos países de ingresos bajos y medios es hasta ahora desconocida.

Según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos y mejores herramientas diagnósticas.

Preguntas personales (Experiencia profesional/ personal)

1. ¿Cuántos años tienes?
2. ¿Tienes algún familiar diagnosticado de trastorno del espectro autista?
3. ¿Trabajas en algún área de Servicios Sociales? Si es así, ¿Cuál?
4. En tu trabajo, ¿tratas o tienes contacto con personas con TEA? Si es así, ¿Cuántos años de experiencia tienes con este perfil de usuarios? ¿Cuántos usuarios con autismo has tratado?

¹ OMS, Abril (2017). Trastorno del Espectro autista. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>

5. ¿Piensas que no son usuarios habituales/frecuentes en servicios sociales? ¿Por qué?
6. ¿Crees que este tipo de usuarios y sus familias precisan recursos y ayuda por parte de profesionales de servicios sociales? ¿Qué se podría hacer para que acudieran con mayor frecuencia?

Formación profesional en materia de autismo (Objetivo: Conocer la formación recibida y la falta de ella)

7. ¿Has recibido formación sobre autismo dentro o fuera de la carrera? Si es así, por favor explica dónde fue, en qué consistía, quién lo impartía, duración, etc.
8. En relación con la pregunta anterior. Si recibiste formación específica en autismo, ¿te has sentido satisfecha con la formación recibida?, ¿consideras que ha sido útil en tu carrera profesional?
9. En relación con la formación recibida y según tu experiencia profesional, ¿Qué competencias/conocimientos/habilidades/ destrezas sobre autismo consideras que necesitaría saber un trabajador social para atender a una persona con autismo/familiares?

Técnicas y modelos de intervención

10. ¿Qué métodos o tipos de intervenciones propias del Trabajo Social podrían ser apropiados o eficaces en el trabajo de dichos profesionales con personas con TEA y sus familiares?
11. ¿Qué tipo de material o apoyos crees que sería útil en cada área/áreas (menores, juventud, dependencia, mujeres, etc.) a la hora de trabajar con personas con TEA?

Preguntas sobre el curso Piloto (objetivo: validar el contenido del IPA+)

12. En relación con el apartado de formación. (refrescar en relación si ha recibido o no formación profesional)
13. **En relación con la pregunta anterior**, ¿Qué es lo que opinas sobre ofrecer formación especializada sobre TEA entre profesionales de trabajo social?, ¿Piensas que es un recurso necesario en nuestra profesión?, ¿Qué características o contenidos consideras que debería tener para estar dirigida a trabajadores sociales?

Breve presentación del Proyecto IPA +

Dentro del proyecto IPA hemos desarrollado dos cursos formativos. El primero (nivel básico) va dirigido a estudiantes y a personas sin formación o escasa formación en materia de autismo. El objetivo principal de dicho nivel es entender y aprender sobre el autismo. Entre sus objetivos destacan:

- Introducción al autismo.
- Evaluación de las habilidades personales y autoeficacia para trabajar con personas con autismo o entrar en un primer contacto.
- Presentación de los diferentes perfiles profesionales necesarios según el tipo de tarea que se vaya a desempeñar en el contexto del trabajo con personas con autismo.

- Concienciar sobre ética y derechos en el ámbito en autismo (por ejemplo, inclusión, calidad de vida, etc.)
- Proporcionar una dimensión práctica para el trabajo en autismo.
- Adquisición de conocimientos y habilidades para trabajar y tratar con personas con autismo

El segundo nivel o Avanzado, está dirigido a profesionales con experiencia en materia de autismo y su principal objetivo es mejorar, ampliar y actualizar los conocimientos y habilidades necesarias para trabajar en el ámbito del autismo. Sus objetivos específicos son los que detallan a continuación:

- Completar o profundizar en los conocimientos ya adquiridos sobre el autismo.
- Ampliar dichos conocimientos en relación a los distintos enfoques, la intervención y la comunicación en el contexto del autismo.
- Desarrollar criterios para identificar buenas prácticas.
- Impulsar la tolerancia, la inclusión y el respeto desde un punto de vista libre de prejuicios.
- Mejorar la capacidad para transferir conocimientos a otros profesionales – promoción del intercambio de conocimientos con otros profesionales y grupos de interés.
- Habilidades de auto preservación como profesionales (por ejemplo, prevención de la ansiedad, agotamiento, etc.)

(A continuación, te voy a mostrar los contenidos curriculares de los dos niveles: Nivel Básico y Nivel Avanzado para validar contigo si serían apropiados o no para un trabajador social)

14. Después de haber visto los contenidos curriculares de dicho curso, ¿Crees que este curso sería útil/ necesario para el desempeño un trabajador/a social? (Analizar cada módulo)
15. Si es así, ¿quién crees que debería ofertar dicho curso?, ¿cuántas horas serían adecuadas para la impartición de dicho curso? ¿Qué medio/formato crees que sería adecuado para fomentar competencias, conocimientos y habilidades en autismo para trabajadores sociales?

Preguntas sobre formas en la divulgación de contenido y satisfacción con la entidad (Nivel de satisfacción con la profesión/ entidad)

16. ¿Crees que tu institución da importancia a disponer de herramientas o recursos a la hora de trabajar con personas con TEA y sus familiares?
17. ¿Estás satisfecha con el trabajo que llevas a cabo en tu puesto, así como del conocimiento y herramientas que dispones trabajando con personas con TEA?
18. ¿Tienes constancia de que el Colegio de TS de Valencia promueva herramientas o recursos en la formación para la intervención de personas con TEA?