

Estudio sociodemográfico de la población con TGD en la provincia de Ciudad Real



Ángel Cózar García

A U T R A D E

Asociación Regional de Afectados de
autismo y otros Trastornos del Desarrollo

Colabora con la impresión
DIPUTACIÓN DE CIUDAD REAL

Imprime: Imprenta Provincial, Ciudad Real
Depósito legal: CR-92-2012
ISBN: 978-84-615-8201-3

Estudio sociodemográfico de la población con TGD en la provincia de Ciudad Real

MATILDE DE LA BANDA AROCA
(Dirección proyecto AUTRADE)

ISABEL MARÍA FERRANDÍZ VINDEL
(Coordinadora UCLM)

JAIME GONZÁLEZ MOLA

FRANCISCO JAVIER MOYA ROMERA

COMITÉ INVESTIGACIÓN:

PATRICIA HERNÁNDEZ DEL MAZO
MARÍA DEL CARMEN CAÑIZARES RODRIGUEZ
ANA BELÉN GARCÍA CALZADO
LAURA VÁZQUEZ DE AGREDOS ALCÁZAR

Índice

1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	
1.1. Aproximación al concepto _____	9
1.2. Etiología _____	11
1.3. Diagnóstico _____	12
2. CASTILLA-LA MANCHA	
2.1. Territorio _____	19
2.2. Población _____	20
2.3. Economía _____	21
2.4. Comunicaciones _____	22
3. PROVINCIA DE CIUDAD REAL	
3.1. Territorio _____	23
3.2. Población _____	24
3.3. Comunicaciones _____	28
4. ESPECIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1. Justificación científica de la investigación _____	31
4.2. Objetivos del trabajo de investigación _____	33
4.3. Definición de términos de la investigación _____	34
4.4. Ámbito: Población y muestra _____	37
4.5. Instrumentos de medida _____	38
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
5.1. Marco normativo _____	43
5.2. Estudios de los recursos _____	53
5.3. Censo georeferenciado del alumnado con TGD _____	65
6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS _____	75
7. BIBLIOGRAFÍA _____	77

prólogo

Ser madre de un niño con autismo es todo un reto. Cuando, por fin, tras un largo periplo de aproximaciones diagnósticas y grandes dosis de inquietud, temor, ansiedad y sufrimiento te enfrentas a un juicio diagnóstico tan contundente como es el <<autismo>> de tu hijo, sientes que el mundo se derrumba a tus pies, pero precisamente es en ese momento cuando comienza una larga historia que es la historia de tu hijo y la de toda tu familia. Una historia que, a pesar del dolor, es plenitud de amor y de esperanza. Una historia que te exige energía inagotable, esfuerzo constante y grandes dosis de entusiasmo y dedicación, todos ellos elementos necesarios para el desarrollo de tu hijo.

Evidentemente, los padres nos enfrentamos a una tarea tan ardua como es abordar los déficits inherentes a esta discapacidad tan compleja, así como, todas las dificultades que, generalmente aparecen asociadas al trastorno: limitadas habilidades de autonomía personal, escasez de juego, alteraciones del sueño, graves problemas de comunicación, etc,... Para ello necesitamos la ayuda profesional de médicos, educadores, logopedas, psicólogos y terapeutas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de nuestros hijos y de nuestras familias. Precisamente, este es el objetivo de AUTRADE – Asociación Regional de Afectados de Autismo y otros Trastornos del Desarrollo – que cuenta con un importante capital humano que día a día nos facilitan tan difícil tarea y trabajan con entusiasmo y energía con nuestros hijos.

Esta obra que ahora prologo es el fruto del esfuerzo y la dedicación de un grupo de profesionales de AUTRADE y, con ella se pone una vez más de manifiesto que el <<autismo>> es una discapacidad que está presente en nuestra sociedad y que los individuos que la padecen no son invisibles, son nuestros hijos y necesitan que se otorgue cobertura de calidad a sus necesidades educativas, sanitarias, asistenciales y sociales y, todo ello, garantizando su bienestar y, en consecuencia, el de sus familias.

Gracias a todos los que con vuestro trabajo y colaboración habéis hecho posible que esta obra vea la luz.

No quisiera terminar este prólogo sin dedicar unas palabras a todas las familias que día a día se enfrentan con esperanza a la crianza y educación de su hijo afectado de autismo para que no desfallezcan en el intento.

María del Prado Montoya López

introducción

Según FEAPS el término asociación es una agrupación de personas unidas para alcanzar un objetivo común, es un conjunto de fuerzas individuales que, dirigen su acción hacia la consecución de un mismo fin. AUTRADE es una pequeña asociación formada por padres, profesionales, chicos y chicas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con TGD, creemos que “el mundo” puede cambiar, abrir los ojos, y despertar para ver la realidad desde otro punto de vista.

Nuestra inquietud nos llevo a plantearnos la necesidad de conocer cual era la población real con TGD y de que recursos disponen en nuestro ámbito de actuación.

Gracias a Fundación Once que a través de una concurrida competencia con otros proyectos obtuvimos una subvención económica que nos impulsó y facilitó nuestro proyecto. No sólo por facilitarnos el soporte económico, si no por creer en nosotros y apostar porque es necesaria la investigación y dar a conocer a nuestra sociedad cuál es la realidad a la que se enfrentan las personas con TGD.

Gracias también a la Universidad de Castilla la Mancha que ha colaborado con nosotros de forma incansable para el desarrollo del proyecto.

Este proyecto no tendría sentido si la población, instituciones o servicios no toman conciencia y asumen su parte de responsabilidad en dar respuestas ajustadas a nuestros chicos y chicas. Nuestro deseo tras este proyecto es informar, concienciar y sensibilizar a la población y reclamar los derechos robados o no ofrecidos de nuestros chicos. Una vez oí que “estaríamos locos si quisiéramos cambiar el mundo, pero más locos estaríamos si no lo intentáramos”

Ahí va mi dosis de locura.

Matilde de la Banda Aroca

Trastorno del espectro autista

1.1. Aproximación al concepto.

*No vivo en una "fortaleza vacía",
sí no en una llanura tan abierta que puede parecer inaccesible*

RIVIÈRE, A. 1996. ¿Qué nos pediría un autista?

El autismo ha evolucionado en cuanto a su conceptualización, pero esto no quiere decir que se trate de un trastorno nuevo, como vemos en la referencia de Francesca Happé, ya había interés acerca del extraño comportamiento que presentaban algunas personas. Happé también se refiere al hecho de que afecta por lo general a varones, algo que también ha deducido de estas leyendas antiguas, que; sin dejar de ser leyendas, constituyen al menos una base sobre la existencia del autismo antes de la definición de Kanner.

El término "autista" viene de Bleuler (1908), quien usó la palabra (del griego *autos*, que significa "uno mismo") para describir la retracción social observada en los adultos con esquizofrenia.

Para este autor, los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. En esta sección se incluyen los trastornos de espectro autista. Son problemas neuropsiquiátricos cuyas primeras manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y persisten por toda la vida. Se caracteriza por problemas en las áreas cognitiva, social y de comunicación, y se acompaña de conductas estereotipadas entre ellas autoagresión, ecolalia y el apego estricto a rutinas (Bleuler, 1908).

Probablemente, a causa del amplio espectro de conductas y trastornos asociados que trae consigo el Trastorno del Espectro Autista (a partir de ahora TEA), es por lo que se ha tardado tanto en darle un nombre y por lo que, a falta de algo más válido, se ha seguido manteniendo a lo largo de los años,

Leo Kanner (1943), describió en su artículo "Trastornos autistas del contacto afectivo" un conjunto de síntomas que caracterizaban a una población de 11 niños de un modo tan preciso que su definición de autismo es, en esencia, la que se sigue empleando en el momento actual:

- Incapacidad para relacionarse normalmente con otras personas.
- Retraso y alteraciones en la adquisición y uso del habla y del lenguaje.
- Insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, repitiendo actividades ritualizadas y sesiones de juego repetitivas y estereotipadas.
- Aparición en ocasiones de habilidades especiales, generalmente relacionadas con la memoria mecánica.
- Buen potencial cognitivo, aspecto físico normal y fisonomía inteligente y aparición de los primeros síntomas de la alteración desde el nacimiento.

Aunque se ha investigado acerca del autismo (Frith, Kanner, Coleman, Tomás, Gillberg) y el TEA en general, no se ha podido desmentir en exceso lo que ya dijo Kanner (1943), repetimos, no es a causa de que sea un trastorno nuevo, sino que es un trastorno complejo y multidimensional en el que no pueden concretarse matizaciones numerosas. Aún así, hoy día sabemos que por lo general, el autismo suele tener asociado un grado de retraso mental, por lo que el potencial cognitivo del que nos habla Kanner podría ponerse en entredicho a día de hoy.

Uta Frith (1991), defendió la existencia del autismo en tiempos anteriores a los de Kanner. Hacía alusión, a los “idiotas benditos” de la vieja Rusia, a quienes se reverenciaba por su falta de sentido mundano. La aparente insensibilidad al dolor, el comportamiento torpe, la inocencia y la falta de conciencia social que mostraban estos idiotas benditos hace pensar que podrían haber sido autistas.

Existe una paradoja en el ámbito del autismo: la validez de su descripción es una de las más sólidas que existen en el campo de la psiquiatría de la infancia y de la adolescencia, como han confirmado los estudios realizados durante la modificación y que han desembocado en el DSM IV-TR (2008); los límites entre sus diferentes formas clínicas son muy difíciles de determinar, y lo que las diferencia de los síndromes vecinos, retraso mental, trastornos deficitarios de la atención, fobias sociales, desórdenes obsesivo compulsivos y trastornos de afecto, están siempre en discusión.

Esto ha llevado a utilizar al lado de la nosología tradicional, que determina las categorías relativamente homogéneas diferenciables de las demás por criterios precisos, un acercamiento dimensional que permite tener en cuenta la gran diversidad de síndrome autista, de ahí la denominación de espectro autista. (Tomás, J., 2002)

1.2. Etiología.

Actualmente existen pruebas numerosas de que una serie de entidades patológicas bien definidas presentan un subgrupo con síndrome autista. Varios autores después de Kanner han defendido la distinción del autismo con y sin signos mayores asociados de "compromiso orgánico". El razonamiento de esta distinción ha sido el propósito de encontrar una etiología específica/ mecanismo patogénico en la variante clásica del autismo (Que corresponde al idiopático "Síndrome de Kanner"). No obstante, tal punto de vista parece obsoleto, en la actualidad, frente a la evidencia que se ha ido acumulando de que el autismo con y sin "trastornos neurológico" no difiere en relación a la sintomatología de la conducta. El autismo es un síndrome de la conducta y debe ser analizado desde esta perspectiva (Happé, F., 1998).

Hace más de veinte años, el autismo asociado con un deterioro orgánico claro parecía raro. Hoy, con los avances de la investigación epidemiológica y los nuevos métodos de exploración del sistema nervioso el autismo suele correr paralelo a la disfunción cerebral. La proporción de casos "no orgánicos" disminuye rápidamente a medida que se avanza en la investigación nerviosa de estos trastornos. Se llegará, con el tiempo, a una situación en la que todos o casi todos los casos de autismo vengan justificados por una causa biológica (Rivière, A., 1997).

Existen una serie de trastornos de índole genética que suelen ser asociados al autismo, siguiendo a Coleman, M y Gillberg, C (1989) los citaremos brevemente.

- Esclerosis tuberosa: Estudios como los desarrollados en la ciudad de Göteborg en 1990 o las investigaciones de Riikonen y Amnel en 1981 demuestran que aproximadamente uno de cada cuatro niños autistas que en la infancia había sufrido espasmos infantiles, padecía además esclerosis tuberosa. Por otra parte Hunt (1983) describió una situación con 75 niños mayores de dos años que padecían esclerosis tuberosa de los cuales el 61% presentaban una sintomatología que aunque no fue definida concretamente como autismo por parte del autor, si que presentan rasgos claramente similares a los de este trastorno.
- Neurofibromatosis: Aunque hay pocos estudios acerca de la correlación de estos trastornos, se estima que la aparición de un autismo en un caso de neurofibromatosis es 100 veces mayor que entre la población sin este trastorno genético. Asimismo, se ha demostrado que la asociación entre autismo y neurofibromatosis es de dos casos de autismo de cada 26 de fibromatosis, lo cual, en palabras de Coleman (1984) "Es más común de lo que podría ser atribuible al azar"

- Síndrome de X frágil: Los primeros estudios acerca de la correlación entre el síndrome de X frágil y el autismo no son muy fiables dado que fueron sesgados por la selección de los criterios de diagnóstico. No obstante, en 1984, Gillberg y Wahlström encontraron la anomalía del cromosoma X frágil en un 20% de niños autistas.
- Otras enfermedades: Bien de tipo infeccioso, metabólico o por traumatismo obstétrico también tienen cierta correlación con el autismo.

1.3. Diagnóstico.

1.3.1. Según CIE 10 (1993, p.159).

Autismo: No hay un periodo previo de desarrollo inequívocamente normal, pero, si es así, el periodo de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio-emocional. También son frecuentes las alteraciones cualitativas de la comunicación.

Síndrome de Rett: Se delimita inicialmente basándose en la ausencia de movimientos intencionales de las manos, retraso del crecimiento de la cabeza, ataxia, movimientos estereotipados de lavado de manos y ausencia de masticación adecuada. El curso de la enfermedad en el sentido del deterioro motor progresivo confirma el diagnóstico. Se acompaña de pérdida parcial o ausencia de desarrollo del lenguaje y hasta ahora sólo se ha diagnosticado en niñas.

Desintegrativo infantil: El diagnóstico se basa en la presencia de un desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años, seguido por una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas, la cual se acompaña de un comportamiento social cualitativamente anormal. Es frecuente que en estos casos tenga lugar una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, una regresión en las actividades lúdicas, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo. Con frecuencia se presenta además una pérdida de control de esfínteres y a veces con un mal control de los movimientos.

Síndrome de Asperger: Se basa en la combinación de ausencia de cualquier retraso de lenguaje o cognoscitivo clínicamente significativo y la presencia de déficits cualitativos en la interacción social (como en el autismo) y manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general. Puede haber o no retraso en el lenguaje, pero un retraso significativo del mismo, descarta el diagnóstico.

1.3.2. Según DSM-IV-TR (2008, p.69)

Trastorno Autista

Criterios para el diagnóstico

- A. Un total de seis (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):
1. Alteración cualitativa de la interacción social manifestada al menos por dos de las siguientes características.
 - a. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (Por ejemplo, no mostrar atraer o señalar objetos de interés)
 - d. Falta de reciprocidad social o emocional
 2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características.
 - a. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (No acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
 - b. En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
 - a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
 - c. Manierismos motores estereotipados o repetitivos (Por ejemplo, sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - d. Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas que aparecen antes de los tres años de edad: (1) Interacción social, (2) Lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o un trastorno desintegrativo infantil.

Trastorno de Rett:

Criterios para el diagnóstico

- A. Todas las características siguientes:
 1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente anormal.
 2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses después del nacimiento.
 3. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.
- B. Aparición de todas las características siguientes después del periodo de desarrollo normal.
 1. Desaceleración del crecimiento craneal entre los cinco y los 48 meses de edad.
 2. Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (Por ejemplo escribir o lavarse las manos)

3. Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (Aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente)
4. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Trastorno desintegrativo infantil:

Criterios para el diagnóstico

- A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros dos años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 1. lenguaje expresivo o receptivo
 2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
 3. control intestinal o vesical
 4. juego
 5. habilidades motoras
- C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
 2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
 3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos
- D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Trastorno de Asperger:

Criterios para el diagnóstico

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
 2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
 3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
 4. ausencia de reciprocidad social o emocional
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
 2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 4. preocupación persistente por partes de objetos.
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Esta categoría debe utilizarse cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación. Por ejemplo, esta categoría incluye el «autismo atípico»: casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o una sintomatología subliminal, o por todos estos hechos a la vez.

El estudio se centra en la Comunidad de Castilla- La Mancha, en concreto en la provincia de Ciudad Real, es por ello oportuno proceder a una contextualización y descripción de la Autonomía.



Imagen tomada de www.jccm.es

2.1. Territorio.

Castilla-La Mancha, es la comunidad autónoma española enclavada en el corazón de la Península Ibérica situada en la submeseta Sur de la península Ibérica. Limita al norte con las comunidades de Madrid y Castilla y León, al este con Aragón y la Comunidad Valenciana, al sureste con la Región de Murcia, al sur con Andalucía, y al oeste con Extremadura. Su nombre proviene del hecho que la mayor parte de su territorio se corresponde con la comarca de La Mancha, espacio reconquistado por el reino de Castilla a los musulmanes durante los siglos XI, XII y XIII. El topónimo Mancha deriva de la lengua árabe que denominó como al-Manchara (tierra llana) a esta gran llanura del sur de la región (www.jccm.es).

Es la tercera Región española más extensa, con una superficie de 79.409 km², lo que representa el 15,7% del territorio español. Es similar en extensión a países como los Emiratos Árabes Unidos, República Checa, Panamá y mayor que Irlanda, Holanda, Dinamarca o Suiza. (www.jccm.es)



- Templado Mediterráneo: Veranos cálidos, inviernos fríos
- Estepario
- Templado Mediterráneo: Veranos fresco, inviernos fríos
- Templado Mediterráneo de montaña
- Templado Mediterráneo: Veranos cálidos, inviernos suaves

2.2. Población.

Somos 2.095.855 castellano-manchegos según el avance del Padrón de 2010 y representamos el 4,46% de la población total de España. En Castilla-La Mancha, vivimos 361.594 personas más que en el año 2000, el inicio de la década y de siglo. En este período el crecimiento demográfico de nuestra Región ha alcanzado el 21%, superando en casi cinco puntos porcentuales al de la media española (www.castillalamancha.es/turismo).

Sin duda, la mejora en las condiciones de vida y trabajo no sólo ha detenido el proceso de emigración vivido en épocas pasadas, sino que ha permitido que Castilla-La Mancha incremente su población. La población extranjera (228.290)

representa el 10,9% de la población regional. Ha inducido un efecto rejuvenecedor adicional. La nacionalidad de origen mayoritaria es la rumana, seguida de la marroquí, ecuatoriana y colombiana (INE, 2011).

La población menor de 25 años representa en CLM un 27,1% del total y los mayores de 65 años cerca del 17,6%. El aumento de la esperanza de vida es relevante, situándose en 79 años para los hombres y 84 años para las mujeres. Además, Castilla-La Mancha cuenta con una de las menores tasas de mortalidad de España, especialmente en la población infantil, con 3,26 casos por cada 1.000 nacidos, una de las tasas más bajas de todas las comunidades autónomas (www.jccm.es)

La población está repartida en 919 municipios, de los que más de la mitad no superan los 500 habitantes.

La gran extensión de nuestra Comunidad y la dispersión de la población exigen un mayor esfuerzo inversor por parte del Gobierno Regional para abordar la demanda de infraestructuras, dotar de equipamientos y acercar los servicios públicos a los ciudadanos.

Castilla-La Mancha reúne las cualidades para satisfacer la calidad de vida que demandan sus ciudadanos y ofrece ventajas competitivas a las empresas que quieren iniciar su actividad económica en la Región. La cercanía a espacios naturales da especial valor, los equipamientos sanitarios, sociales, educativos y culturales y el tamaño habitable de nuestros núcleos de población favorecen la calidad de vida.

El clima de entendimiento entre los agentes sociales, junto con los incentivos del Gobierno Regional a la actividad empresarial, convierten a Castilla-La Mancha en un lugar atractivo para la instalación de empresas.

2.3. Economía.

En 1986, fecha de la integración de España en la Unión Europea, Castilla-La Mancha ha sido una de las regiones españolas que más se ha acercado al nivel medio de renta per cápita de las regiones europeas.

En el período 2000-2008, Castilla-La Mancha ha sido la quinta Comunidad Autónoma con mayor crecimiento medio económico en términos reales, con una tasa media anual del 3,21%, superior al 3,13% del conjunto nacional (Encarta, 2008).

En 2009, la población activa supera las 981.500 personas, el 40% mujeres, las verdaderas protagonistas del dinamismo del mercado de trabajo en la región. De cada 10 personas que se incorporaron al mundo laboral en los últimos años 8 han sido mujeres (www.jccm.es)

La estructura ocupacional ha evolucionado en sintonía con la modernización de la economía. Desde 2002, el sector productivo que más ha crecido sostenidamente en empleo es el de servicios. La población ocupada alcanza las 801.500 personas, el 64% se emplea en el sector servicios, el 17% en el sector industrial, el 13% en la construcción y casi un 6% se ocupa en el sector agrario (www.castillalamancha.es)

Sus principales líneas de actuación se dirigen al aumento de la competitividad en el tejido empresarial, incidiendo principalmente en factores como la calidad, la innovación, el desarrollo tecnológico y el comercio exterior.

Castilla-La Mancha es la primera en exportación de sables, espadas, bayonetas, lanzas y demás armas blancas; la segunda en quesos y requesón, jugos de frutas y hortalizas y vino de uvas; la tercera en aceite de oliva; la cuarta en calzado, huevos de ave, herramientas, cuchillería y cubiertos de mesa, corcho y sus manufacturas; la quinta en peletería, instrumentos de música, madera, carbón vegetal y manufacturas de madera y la sexta en manufacturas diversas (www.castillalamancha.es/turismo).

La provincia más exportadora continúa siendo Ciudad Real, que en 2008 alcanzó los 968 millones de euros. Las demás provincias, aumentaron sus ventas al exterior: el mayor crecimiento relativo es de Cuenca (21%), seguida de Guadalajara (8%), Albacete (6%) y Toledo (3,6%).

2.4. Comunicaciones.

Las líneas principales de comunicación, tanto férreas como por carretera, dada la atracción central de Madrid, se organizan de manera radial, de tal manera que cruzan toda la región confluyendo en un núcleo exterior al territorio de la comunidad; como consecuencia, las comunicaciones entre las principales capitales de provincia de la región son en algunos casos deficientes. Este hecho fue muy importante en el proceso de descongestión económico-industrial de la capital que privilegió zonas como Guadalajara (con la prolongación natural del corredor del Henares) y Toledo, por la proximidad a la capital.

Otros polígonos de desarrollo no pudieron cumplir la función para la que fueron programados, en parte por la situación de las comunicaciones (Manzanares y Alcázar de San Juan, por ejemplo).

Las líneas férreas van desde Madrid a Talavera de la Reina (dirección a Extremadura), Alcázar de San Juan (desde donde se divide en dos tramos: uno hacia Andalucía y otro hacia Valencia por Albacete) y por Ocaña en dirección a Cuenca. Por el norte, otra línea férrea conecta Guadalajara y Sigüenza en dirección a Aragón. Las carreteras principales siguen trazados similares (Encarta, 2008).

Provincia de Ciudad Real

La investigación se centra en toda la provincia de Ciudad Real, por lo que pasamos a explicar su contextualización y descripción.

3.1. Territorio.

Provincia de España en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. 529.453 habitantes (INE, 2011) y 19.813 km² de superficie con 98 municipios. Su capital provincial es Ciudad Real. Limita al norte con la provincia de Toledo, al noreste con la provincia de Cuenca, al este con la provincia de Albacete, al Sur con las provincias de Córdoba y Jaén y al Oeste con la provincia de Badajoz (www.jccm.es)

Situada en la submeseta Sur, la mayor parte de su territorio lo integran las tierras llanas manchegas, con algunas ondulaciones del terreno. Dos son las unidades morfológicas y geológicas que podemos distinguir: al oeste, la región accidentada de los montes de Toledo, en la zona más septentrional, con las sierras de Chorrito y del Pocito; y de sierra Morena, más al sur, con las sierras de Alcudía y Madrona; que se levantan sobre un basamento del paleozoico donde predominan las pizarras, cuarcitas, calizas, conglomerados y rocas volcánicas en la comarca del Campo de Calatrava; y al este se extiende La Mancha, una enorme cuenca rellena por materiales terciarios, algo levantada en el Campo de Montiel (altiplanicie situada a unos 850 m de altitud, donde alternan dolomías, calizas, margas y yesos), (Encarta, 2008).

La provincia de Ciudad Real ofrece un paisaje definido por la Meseta Central en su mitad meridional, un perfil llano con pequeños cerros normalmente de poca altitud. Ciudad Real sorprende por su historia, tierra de caballeros y de órdenes militares, tierra de las andanzas de don Quijote y tierra de molinos, por sus espacios naturales, ecosistemas protegidos tan importantes como el Parque Nacional de Cabañeros y el de las Tablas de Daimiel otros parques como el Parque Natural de las Lagunas de Ruidera, el Campo de Calatrava, que constituye una de las tres zonas de volcanismo reciente más importante de España o el Valle de Alcudía y Sierra Madrona. (www.turismodecastillalamancha.es)

- Ciudad Real
- Almagro
- Campo de Criptana
- Argamasilla de Alba
- Villanueva de los Infantes
- Valdepeñas
- Viso del Marqués
- Puerto Lápice
- Daimiel
- Horcajo de los Montes

3.2. Población

Según el INE (2011), el número de habitantes de los 98 municipios que tiene la provincia de Ciudad Real es la siguiente:

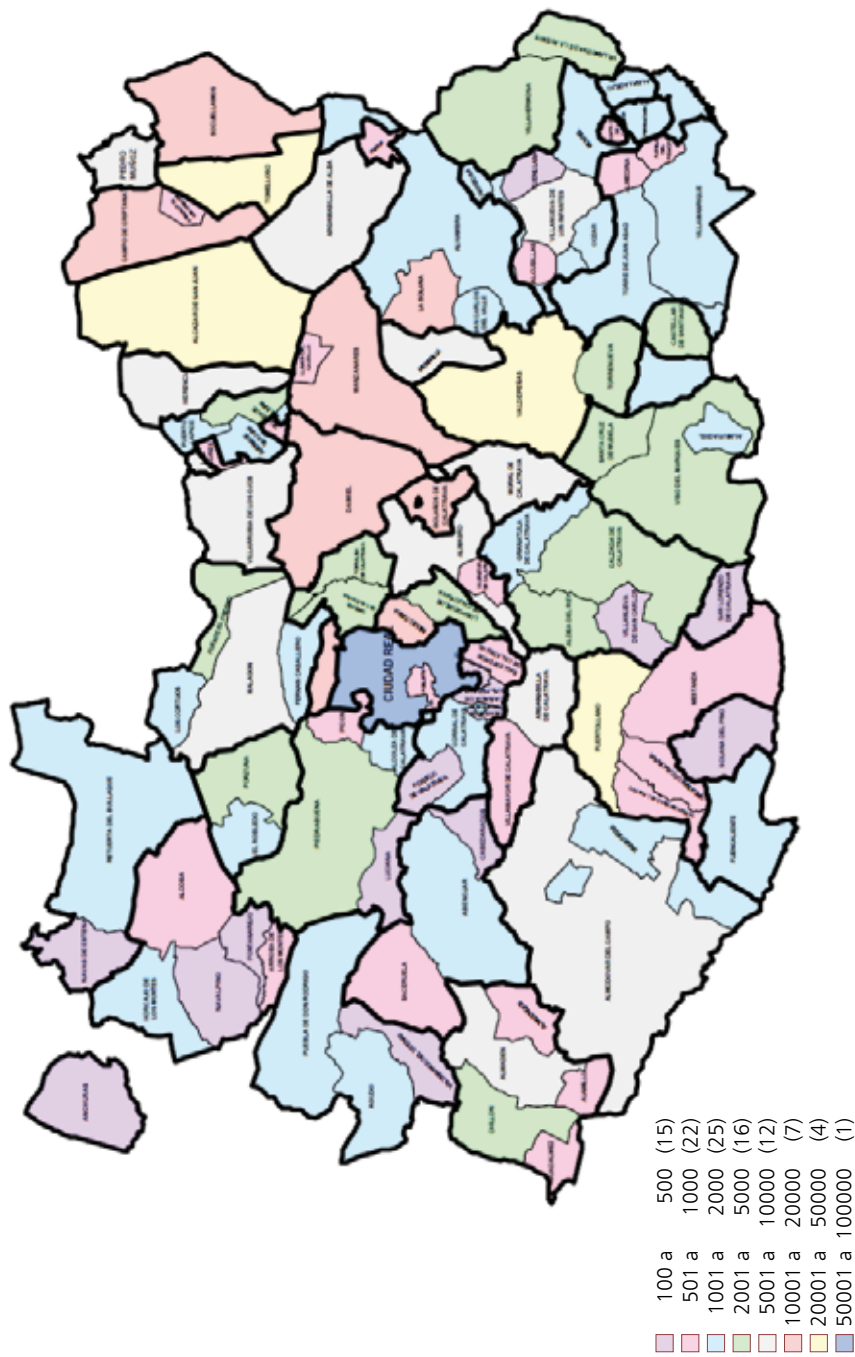
Municipios	Nº habitantes	Varones	Mujeres
13000 Total provincial	529.453	264.098	265.355
13001 Abenójar	1.598	818	780
13002 Agudo	1.871	946	925
13003 Alamillo	535	266	269
13004 Albaladejo	1.506	786	720
13005 Alcázar de San Juan	31.120	15.413	15.707
13006 Alcoba	717	365	352
13007 Alcolea de Calatrava	1.627	826	801
13008 Alcubillas	582	299	283
13009 Aldea del Rey	2.003	1.024	979
13010 Alhambra	1.114	564	550
13011 Almadén	6.175	2.981	3.194
13012 Almadenejos	468	241	227
13013 Almagro	8.855	4.362	4.493
13014 Almedina	692	351	341
13015 Almodóvar del Campo	6.775	3.385	3.390
13016 Almuradiel	891	432	459
13017 Anchuras	359	205	154
13903 Arenales de San Gregorio	712	364	348
13018 Arenas de San Juan	1.044	538	506
13019 Argamasilla de Alba	7.415	3.785	3.630
13020 Argamasilla de Calatrava	5.928	3.029	2.899
13021 Arroba de los Montes	523	277	246
13022 Ballesteros de Calatrava	491	248	243
13023 Bolaños de Calatrava	12.236	6.270	5.966
13024 Brazatortas	1.119	581	538
13025 Cabezarados	350	182	168
13026 Cabezarrubias del Puerto	561	289	272
13027 Calzada de Calatrava	4.458	2.233	2.225
13028 Campo de Criptana	15.048	7.710	7.338
13029 Cañada de Calatrava	123	70	53
13030 Caracuel de Calatrava	169	88	81
13031 Carrión de Calatrava	2.937	1.483	1.454

Municipios	Nº habitantes	Varones	Mujeres
13032 Carrizosa	1.466	735	731
13033 Castellar de Santiago	2.223	1.110	1.113
13038 Chillón	2.030	988	1.042
13034 Ciudad Real	74.345	35.282	39.063
13035 Corral de Calatrava	1.221	611	610
13036 Cortijos (Los)	985	509	476
13037 Cózar	1.238	623	615
13039 Daimiel	18.656	9.289	9.367
13040 Fernán Caballero	1.148	564	584
13041 Fontanarejo	307	164	143
13042 Fuencaliente	1.126	597	529
13043 Fuenllana	301	152	149
13044 Fuente el Fresno	3.622	1.869	1.753
13045 Granátula de Calatrava	926	448	478
13046 Guadalmez	866	440	426
13047 Herencia	9.215	4.757	4.458
13048 Hinojosas de Calatrava	568	289	279
13049 Horcajo de los Montes	1.022	513	509
13050 Labores (Las)	659	336	323
13904 Llanos del Caudillo	724	371	353
13051 Luciana	419	216	203
13052 Malagón	8.731	4.392	4.339
13053 Manzanares	19.242	9.568	9.674
13054 Membrilla	6.362	3.217	3.145
13055 Mestanza	796	377	419
13056 Miguelturra	14.312	7.267	7.045
13057 Montiel	1.570	819	751
13058 Moral de Calatrava	5.701	2.845	2.856
13059 Navalpino	268	133	135
13060 Navas de Estena	355	203	152
13061 Pedro Muñoz	8.684	4.585	4.099
13062 Picón	695	359	336
13063 Piedrabuena	4.809	2.461	2.348
13064 Poblete	1.850	959	891
13065 Porzuna	4.065	2.081	1.984
13066 Pozuelo de Calatrava	3.064	1.553	1.511

Municipios	Nº habitantes	Varones	Mujeres
13067 Pozuelos de Calatrava (Los)	443	220	223
13068 Puebla de Don Rodrigo	1.253	679	574
13069 Puebla del Príncipe	853	425	428
13070 Puerto Lápice	1.022	506	516
13071 Puertollano	52.300	25.577	26.723
13072 Retuerta del Bullaque	1.173	661	512
13901 Robledo (El)	1.314	691	623
13902 Ruidera	588	299	289
13073 Saceruela	652	338	314
13074 San Carlos del Valle	1.201	613	588
13075 San Lorenzo de Calatrava	266	138	128
13076 Santa Cruz de los Cáñamos	593	297	296
13077 Santa Cruz de Mudela	4.614	2.288	2.326
13078 Socuéllamos	13.651	7.016	6.635
13079 Solana (La)	16.324	8.315	8.009
13080 Solana del Pino	414	211	203
13081 Terrinches	925	511	414
13082 Tomelloso	38.641	19.556	19.085
13083 Torralba de Calatrava	3.104	1.515	1.589
13084 Torre de Juan Abad	1.240	595	645
13085 Torrenueva	2.991	1.503	1.488
13086 Valdemanco del Esteras	241	125	116
13087 Valdepeñas	31.370	15.512	15.858
13088 Valenzuela de Calatrava	782	367	415
13089 Villahermosa	2.202	1.042	1.160
13090 Villamanrique	1.383	688	695
13091 Villamayor de Calatrava	618	312	306
13092 Villanueva de la Fuente	2.490	1.267	1.223
13093 Villanueva de los Infantes	5.772	2.888	2.884
13094 Villanueva de San Carlos	373	198	175
13095 Villar del Pozo	103	52	51
13096 Villarrubia de los Ojos	11.119	5.618	5.501
13097 Villarta de San Juan	3.061	1.568	1.493
13098 Viso del Marqués	2.804	1.414	1.390

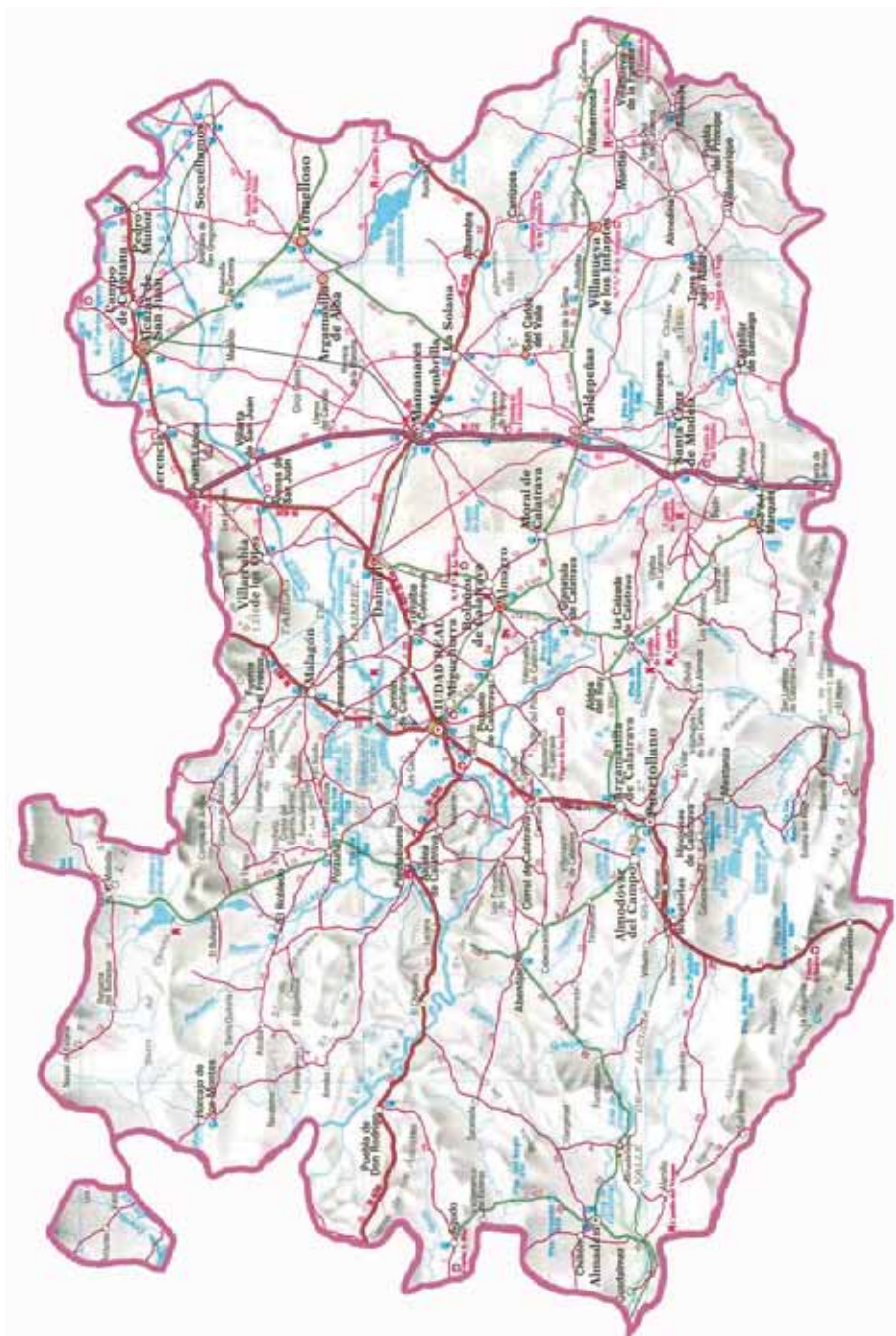
La densidad de población es alrededor de 2,5 hab/km²; el tipo de hábitat se caracteriza por la concentración en núcleos grandes y distanciados (www.sescam.jccm.es).

Población y número de municipios



3.3. Comunicaciones.

La provincia se encuentra en el camino de Toledo a Andalucía, la principal vía de comunicación de España durante prácticamente toda su Historia, por lo que el transporte nunca ha sido un problema en Ciudad Real. La autovía A-4 atraviesa de norte a sur la provincia entre Puerto Lápice y Almuradiel en su trayecto desde Madrid hasta Andalucía. La capital, Puertollano y otras localidades están unidos a esta autovía a través de las autovías A-43 y A-41. El noreste de la provincia está también comunicado a través de la Autovía de los Viñedos. El recorrido de la Alta Velocidad Española (AVE) tiene paradas en las localidades de Ciudad Real y Puertollano. La inauguración a finales de 2008 del Aeropuerto de Ciudad Real ha dotado a la provincia de comunicación aérea (www.ciudad-real.es)



Especificación de la investigación

4.1. Justificación científica de la investigación.

Las personas con discapacidad se enfrentan diariamente con las barreras de la incompreensión, la falta de información tanto de la población en general como de los profesionales que las atienden. Las peculiaridades de las personas con Trastorno del espectro autista (TEA) y la falta de información generalizada sobre esta discapacidad hace aún más relevante la existencia de estas barreras. (Álvarez & Cappelli & Saldaña, 2007)

En el año 1966, Víctor Lotter hizo el primer estudio epidemiológico sobre autismo en una región del Reino Unido, llamada Middlessex. Donde (4.5 / 10.000) presentaban cuadros semejantes a los descritos originalmente por Kanner.

El concepto de Espectro Autista tiene su origen en un estudio realizado por Lorna Wing y Judith Gould en 1979 en un barrio de Londres, donde comprobaron como los rasgos autistas no sólo estaban presentes en personas autistas sino también en otros cuadros de trastornos del desarrollo. Buscaban deficiencias importantes en las capacidades de relación social y encontraron que en una población de 35.000 sujetos menores de 15 años, éstas se daban en una proporción de 22.1 por cada 10.000, mientras que el autismo nuclear sólo se encontraba en un 4.8 por cada 10.000. De este estudio se extrajeron importantes conclusiones y derivaciones, definiendo el autismo como un continuo más que como una categoría diagnóstica, como un conjunto de síntomas que se puede asociar a distintos trastornos y niveles intelectuales, que en un 75% se acompaña de retraso mental, que hay otros cuadros con retraso del desarrollo, no autistas, que presentan sintomatología autista. Lorna Wing desarrolla la famosa "tríada de Wing" que enumera las tres dimensiones principales alteradas en el continuo autista: (1) trastorno de la reciprocidad social, (2) trastorno de la comunicación verbal y no verbal, y (3) ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa. Posteriormente añadió los patrones repetitivos de actividad e intereses. (Tortosa, F. 2004)

Los estudios más relevantes son algunos sondeos epidemiológicos realizados en Japón, en que aparecen cifras anormalmente altas. Por ejemplo, Hoshino y colaboradores (1980) encontraron una prevalencia de 26.3 / 10.000 y en la región japonesa de Fukushima-Ken, y Sugiyama y Abe (1989) definieron una prevalencia de 13 / 10.000.

En el único estudio epidemiológico hecho en España (para la Comunidad Autónoma Navarra) se encuentra una frecuencia de autismo prácticamente idéntica a la observada por Lotter en Middlessex (Alberdi, 1990).

Sin embargo, hay estudios recientes con poblaciones europeas o norteamericanas que sugieren que la prevalencia actual del autismo puede ser más alta que la estimada en los estudios clásicos. Por ejemplo, Bryson, Clark y Smith (1988) realizaron un estudio epidemiológico cuidadoso en una región canadiense, la de Nueva Escocia y encontraron una prevalencia de 10 / 10.000, que dobla las estimaciones conjuntas previas de los casos de autismo.

Fombonne en 2003 afirma que la prevalencia es de 25 personas con TEA por cada 10.000 habitantes. Según el Instituto Nacional de Estadística la población general a 1 de Enero de 2011 en la provincia de Ciudad Real es de 529.453 habitantes, lo que supondría que en la provincia de Ciudad Real, supuestamente según estos estudios previos, podría haber 1323 casos de personas con autismo.

La única información obtenida sobre la población con autismo en la provincia de Ciudad Real, es la estimación realizada por el Instituto Nacional de Estadística (2010) que estima que existe un 0,5% de población con autismo y otros trastornos relacionados con el autismo, mayores de 6 años en la comunidad de Castilla la Mancha, lo que supondría 508,87 casos aproximadamente.

La población detectada en otros estudios epidemiológicos comprende que esta prevalencia se cumple cuanto más joven es la persona con TEA (Aguilera & Moreno & Rodríguez, 2007) lo que nos lleva a la hipótesis de que hay muchas personas adultas, con necesidades de apoyo e inclusión en la sociedad, que son "invisibles", y que muy posiblemente no estén bien atendidas o lo estén de forma inadecuada.

De momento no existe un estudio previo que arroje fiabilidad a los datos obtenidos en la provincia de Ciudad Real. La realización de este estudio epidemiológico nos acercará a la realidad de la población afectada de trastornos generalizados del desarrollo en nuestra provincia, así como encauzarnos en el conocimiento de qué servicios están llegando a esta población. La elección de TGD y no de una categoría superior (TEA) se debe a que podríamos encontrar numerosos síndromes y patologías que requieren mayor dificultad en su detección y hoy en día se encuentran difusas.

Según Rivière, (1997), la educación de las personas con autismo requiere probablemente más recursos, tanto personales como materiales, que los que son necesarios en cualquier otra alteración o retraso evolutivo pero, en general, una escolarización adecuada del niño, sesiones individuales de tratamiento y la ayuda psicológica y médica contribuyen a que la evolución sea positiva (aunque, generalmente, lenta) entre los 5 años y la adolescencia, aunque el grado de evolución es variable, dependiendo de la inteligencia del niño, de la gravedad de sus síntomas, de sus posibilidades de desarrollo simbólico y lingüístico, del grado de asimilación familiar, de la calidad de los servicios educativos y terapéuticos...

Varios autores han descrito la influencia de los apoyos recibidos en la calidad de vida percibida por la población con discapacidad intelectual, otros casos se asocia con la sola percepción de disponibilidad de esos apoyos aunque estos no se apoyen de forma efectiva o incluso con las necesidades de apoyo no cubiertas en relaciones personales, actividades diarias, vivienda o información específica sobre los TEA (www.centrelondres94.com)

Por ello y con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con TGD en nuestra provincia es necesario saber que, como, de quién y cuando recibe nuestra población servicios que atiendan a sus necesidades, ésta será la futura línea de investigación basada en nuestro estudio realizado.

Como muestra un estudio realizado por Autismo Europa “The investigation on the access to work of persons whith autismo another complex dependency needs disability ando their familias” (www.info.autismo.org.es) arroja datos como que solo el 37% de las personas con TEA reciben formación profesional continua, que su participación social es difícil e incluso inexistente en la mayoría de los casos (57%), y lamentablemente existen numerosos obstáculos a la participación: falta da adaptación al entorno (36%) o falta de servicios adecuados (24%).

4.2. Objetivos del trabajo de investigación.

La finalidad de este proyecto consiste en realizar un estudio sociodemográfico que plantee dos cuestiones: sujetos con trastorno generalizado del desarrollo en esta provincia en datos cuantitativos y conocer los recursos existentes para personas que se encuentren dentro del espectro autista en la provincia de Ciudad Real. El estudio se ha realizado a lo largo del año 2011, y hemos tomado como referencia sujetos con edades comprendidas entre los 18 meses y los 16 años de edad., cara a poder obtener datos fiables (se ha planteado esta edad por dos razones: la primera (18 meses) porque es la edad en la que se puede estimar el cuadro de espectro autista y la segunda, porque tienen cobertura por ley a través del sistema educativo y nos pueden facilitar datos con más seguridad).

De acuerdo con la finalidad, planteamos el siguiente objetivo general:

- Estudio sociodemográfico del alumnado con TGD en la provincia de Ciudad Real.

Para poder llevar a cabo dicho estudio, se deben seguir los siguientes pasos:

Analizar la legislación autonómica y ver la relación interdisciplinar entre los servicios sanitarios, sociales y educativos en el ámbito de la atención a la diversidad.

- a) Análisis de la legislación sanitaria.
- b) Análisis de la legislación social.
- c) Análisis de la legislación educativa.

Estudiar los recursos existentes en la provincia de Ciudad Real y si contemplan recursos para la atención de alumnos con características especiales.

- a) Análisis de recursos sanitarios.
- b) Análisis de los recursos sociales.
- c) Análisis de los recursos educativos.

Realizar un censo georeferenciado que presente la distribución de alumnos y alumnas de 18 meses hasta 16 años con TGD en la provincia de Ciudad Real y la distribución de los recursos para atenderlos en dicha provincia.

- a) Recogida de datos descriptivos de los alumnos y alumnas con T.E.A. de cada centro de la provincia
- b) Análisis de los datos.

4.3. Definición de términos de la investigación.

A lo largo del tiempo varios autores han intentado definir el concepto de variable por lo que evolución del término no ha cambiado demasiado con los años. Así, Edwards (1968), define la variable como que es aquello que podemos observar y que es de una naturaleza tal que cada observación simple puede ser clasificada de una única manera entre un número de clases mutuamente excluyentes. Kerlinger (1979), una variable es una propiedad que adopta diferentes valores. Rodrigues (1977), es una propiedad a la que se atribuye valores numéricos que pueden surgir variaciones a lo largo de una amplitud finita o infinita. Según Andersson y Borkouski (1978) la variable es alguna característica del mundo que puede ser especificada en una escala de uno o más valores. Arnau (1978), es un símbolo al que asignan valores o números. A finales de los 80 Bisquerra (1989, p.71), nos da una definición más precisa del término por lo que "una variable es una característica que puede adoptar distintos valores. Por ejemplo el peso, la edad, la inteligencia, el rendimiento académico, el sexo, etc. Es decir, una variable es una cualidad o aspecto en el que difieren los individuos. Se asignan valores a los sujetos en función de esa variable". Del mismo modo, tomando a Martínez Hernández, M. (1994) la variable es la valoración o variación cuantitativa o cualitativa de alguna característica relativamente independiente, del sujeto, del medio o de la interacción conductual entre ambos, debiéndose los diferentes valores excluyentes entre sí.

4.3.1. Definición de términos según los objetivos de investigación.

- *Realización de un estudio sociodemográfico de los TGD en Ciudad Real*

Estudio Sociodemográfico: Comprensión de la población, o número de habitantes de una determinada región que afecta a todos los aspectos de nuestro mundo, desde las oportunidades económicas hasta los cambios en el medio ambiente y en las experiencias de la vida cotidiana (Encarta, 2008).

T.E.A: Los trastornos del espectro autista (TEA), también conocidos como trastornos generalizados del desarrollo, son problemas neuropsiquiátricos cuyas primeras manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y persisten por toda la vida. Se caracteriza por problemas en las áreas cognitiva, social y de comunicación, y se acompaña de conductas estereotipadas entre ellas autoagresión, ecolalia y el apego estricto a rutinas (Álvarez-Alcántara, E., 2007)

T.G.D: Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Esta sección incluye el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental. A veces, los trastornos generalizados del desarrollo se observan en otras enfermedades médicas (p. ej., anomalías cromosómicas, infecciones congénitas, anomalías estructurales del sistema nervioso central). (DSM-IV)

Ciudad Real: Provincia de España en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. 529.453 habitantes (INE, 2010) y 19.813 km² de superficie con 98 municipios. Capital provincial: Ciudad Real. Limita al norte con la provincia de Toledo, al noreste con la provincia de Cuenca, al este con la provincia de Albacete, al Sur con las provincias de Córdoba y Jaén y al Oeste con la provincia de Badajoz (www.jccm.es). La densidad de población es alrededor de 2,5 hab/km²; el tipo de hábitat se caracteriza por la concentración en núcleos grandes y distanciados (www.sescam.jccm.es).

- *Analizar la legislación autonómica y ver la relación interdisciplinaria entre los servicios sanitarios, sociales y educativos en el ámbito de la atención a la diversidad.*

Legislación Autonómica: Es indispensable establecer un marco normativo para todas aquellas actuaciones que engloban la Atención a la Diversidad, por ello no sólo se han dado paso a escala internacional y nacional, si no que cada autonomía ha redactado su propio marco legislativo atendiendo a los recursos y

servicios existentes en cada una de ellas, y Castilla La Mancha cuenta con una serie de leyes que serán descritas en páginas posteriores (www.jccm.es)

Coordinación interdisciplinar: Esta es una de las premisas de actuación óptimas de la Atención a la Diversidad. Se refiere a la coordinación que debiera existir entre los diferentes ámbitos de actuación, ya que se pretende en las intervenciones considerar la globalidad del niño, para ello debiera existir una coordinación entre los diferentes ámbitos: educativos, sociales y sanitarios (Encarta, 2008).

Servicios Sanitarios: Los Servicios Sanitarios se pueden definir como aquellas actuaciones y programas del ámbito de la salud. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, se basa en los principios de cobertura universal, equidad en el acceso y financiación pública, con el objetivo de prestar una asistencia más moderna, cercana, efectiva y de mayor calidad (www.sescam.jccm.es).

Servicios Sociales: Los Servicios Sociales intervienen en todos y cada uno de los niveles de la Atención a la Diversidad dependientes de la Consejería de Bienestar Social, a través de la Dirección General de Acción Social y Cooperación Internacional que inició en el año 2006 con un proceso de revisión del Modelo de prestación de Servicios Sociales Generales en Castilla La Mancha, con el objeto de mejorar y fortalecer los Servicios Sociales Básicos, (www.jccm.es)

Servicios Educativos: Todas aquellas intervenciones realizadas desde el sistema educativo. Éstas son llevadas desde los propios centros educativos:

Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)

Centros ordinarios (Infantil, Primaria, Secundaria)

Centros específicos de Educación Especial.

Equipos de Orientación y apoyo en educación primaria, que forman parte del claustro de los centros ordinarios.

Departamentos de Orientación en Institutos de Educación Secundaria

En Castilla la Mancha los centros que atienden a la población de 0-3 años, los CAI (Centros de Atención a la Infancia), se encuentran dentro de la Consejería de Educación.

Atención a la Diversidad: La atención a la diversidad es aquella respuesta educativa de calidad a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales, dificultades específicas de aprendizaje, altas capacidades intelectuales, incorporación tardía al sistema educativo español, o condiciones personales o de historia escolar, para alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado (www.educa.jccm.es)

- ***Estudiar los recursos existentes en la provincia de Ciudad Real y si contemplan recursos para la atención de alumnos con características especiales.***

Recursos: Servicios especializados en atender a la población con respecto a la Atención a la Diversidad y Educación Especial (Encarta, 2008)

- ***Realizar un censo georeferenciado que presente la distribución de alumnos y alumnas de 18 meses hasta 16 años con TGD en la provincia de Ciudad Real y la distribución de los recursos para atenderlos en dicha provincia.***

Censo georeferenciado: Padrón o lista de la población o riqueza de una nación o pueblo y la disposición cartesiana de la misma en un área determinada. (DRAE, 2001)

4.4. **Ámbito: Población y muestra.**

En este punto, inicialmente aclararemos los conceptos de población y muestra, para poder dar paso posteriormente a la identificación de las mismas en cada una de las hipótesis que hemos planteado.

Siguiendo a Bisquerra (1989), una muestra es una parte proporcional y representativa de una población sometida a estudio. Las muestras se utilizan en las técnicas de muestreo cuando la población a investigar es demasiado amplia. Del mismo modo tomando a Cohen y Lawrence (1990), la muestra es un grupo menor o subconjunto de la población de estudio utilizada para que el conocimiento conseguido sea representativo de la población total de estudio. Atendiendo a una definición más clara, seguimos a León y Montero (1995), una población es un conjunto de elementos que comparten una característica. Una muestra es un subconjunto de esa población. Una muestra representativa es un subconjunto que tiene las mismas características generales de esa población.

Una vez aclarados los términos de población y muestra, daremos paso a identificarlos en los objetivos aquí planteados:

- ***Analizar la legislación autonómica y ver la relación interdisciplinar entre los servicios sanitarios, sociales y educativos en el ámbito de la atención a la diversidad.***

POBLACIÓN: Todas las personas de la provincia de Ciudad Real

MUESTRA: La población con TGD con una edad de 18 meses a 16 años.

- *Estudiar los recursos existentes en la provincia de Ciudad Real y comprobar si se atiende la demanda de recursos para la atención de alumnos con características especiales.*

POBLACIÓN: Todas las personas de la provincia de Ciudad Real.

MUESTRA: La población con TGD con una edad de 18 meses a 16 años.

- *Realizar un censo georeferenciado que presente la distribución de alumnos y alumnas de hasta 16 años con T.E.A en la provincia de Ciudad Real y la distribución de los recursos para atenderlos en dicha provincia.*

POBLACIÓN: Todas las personas de la provincia de Ciudad Real.

MUESTRA: La población con TGD con una edad de 18 meses a 16 años.

4.5. Instrumentos de medida.

Tomando a García (2008), para la recogida de información y datos y su registro podemos emplear diferentes sistemas de observación como pueden ser: grabaciones en audio o video, notas de campo, diarios, fichas anecdóticas, observaciones no estructuradas; las encuestas y entrevistas, la lectura de textos y otros tipos de materiales específicos elaborados para esta finalidad.

Para esta investigación tomaremos el cuestionario y las entrevistas semiestructuradas. León y Montero (1995) nos comenta que la totalidad de las preguntas del cuestionario está determinada (una pregunta por cada variable repitiendo ese proceso para cada sujeto) además con el objeto de facilitar la codificación posterior, en la mayoría de los casos la respuesta a cada pregunta solo pueden ser algunas de las que aparecen fijadas en el texto. Bisquerra (1989, p.103), la entrevista de investigación es una conversación entre dos personas, iniciada por el investigador con el propósito específico de obtener información relevante para una investigación. El entrevistador la enfoca sobre el contenido especificado en los objetos de la investigación, ya sea descriptiva, predictiva o explicativa.

Los principales tipos de entrevista son:

- Entrevista formal: siguiendo un esquema previo y por tanto, estructurada, cerrada, estandarizada.
- Menos formal: el entrevistador puede modificar la secuencia de las preguntas, explicarlas, añadiendo información, en función de las respuestas o demandas del entrevistado.
- Entrevista informal: el entrevistador tiene unas claves pero las utiliza siguiendo una conversación informal sin ningún cuestionario previo, es por lo tanto, abierta y no estructurada.

- Entrevista no directiva: el entrevistador toma un rol subordinado, sus orígenes están en Freud y Carl Rogers.
- Entrevista focalizada: consiste en una forma especial de entrevista no directiva con cierto control.

Las entrevistas van enfocadas a Centros Base, Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, Orientadores de los centros educativos ordinarios, en las etapas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, si en su caso hubiese alumnado con TGD se pasaría a entrevista personal para la recogida de información, Colegios de Educación Especial y Centros de Salud.

4.5.1- Instrumentos de medida utilizados en este proyecto

En primer lugar se hizo un barrido a todos los centros de ámbito educativo anteriormente mencionado a través de correo electrónico con el cuestionario que posteriormente mostramos. En este primer barrido respondieron el 20% de los correos enviados. Se propuso hacer un segundo barrido de correos en el que contestaron el 35% ya que a muchos centros no les llegaba el correo al personal al que se le enviaba. Con el 45% restante se realizó el cuestionario por vía telefónica, repitiendo algunas llamadas al no poder contactar con la persona responsable para la información de dichos datos del censo, consiguiendo así el contacto con el 100% de los centros de la provincia.

A continuación se expondrán los instrumentos desarrollados, en nuestro estudio, que hemos utilizado para la recogida de los datos.

En este proyecto de investigación, todos los instrumentos de medida utilizados han sido diseñados para el caso, con el fin de lograr la información necesaria para ir respondiendo a cada objetivo planteado y por consiguiente, para dar respuesta al problema de estudio que nos compete.

A continuación iremos viendo objetivo por objetivo los instrumentos elaborados:

- Analizar la legislación autonómica y ver la relación interdisciplinar entre los servicios sanitarios, sociales y educativos en el ámbito de la atención a la diversidad.

Para este objetivo se ha planteado el siguiente registro:

TIPO	NÚMERO	FECHA	QUÉ REGULA

Mediante esta tabla hemos recogido información para responder al objetivo planteado y comprobar si existen normativas que regulen los servicios sanitarios, sociales y educativos autonómicos.

- *Estudiar los recursos existentes en la provincia de Ciudad Real y si contemplan recursos para la atención de alumnos con características especiales.*

Para la recogida de información de este objetivo se han planteado las siguientes tablas:

ÁMBITO: SANITARIO

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
	Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil	
	Centros de Salud	
	Hospitales	

ÁMBITO: SOCIAL

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
	CDIAT	
	Centro Base	
	Sección de Infancia y Menores	
	Centro de Mediación Familiar	
	Puntos de Encuentro Familiar	
	Servicio de Apoyo Familiar	
	Asociaciones	

ÁMBITO: EDUCATIVO

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
	CAI	
	CEIP	
	Centros de Secundaria	
	CEE	
	CRA	

En estas tablas, pretendemos recoger todos los recursos existentes en la provincia de Ciudad Real; por ello, el registro, se ha dividido en tres tablas, de tal manera que en la primera se pueda analizar los recursos sanitarios, en la segunda los recursos sociales y en la tercera los educativos.

- *Realizar un censo georeferenciado que presente la distribución de alumnos y alumnas de 18 meses hasta 16 años con TGD en la provincia de Ciudad Real y la distribución de los recursos para atenderlos en dicha provincia.*

Para dar respuesta a este objetivo se ha diseñado la siguiente tabla:

Género	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Nivel Académico	TGD	TEA	Trastorno, fecha y lugar del diagnóstico
Observaciones:							

La elaboración de esta tabla consta de estas tres áreas:

Datos de identificación general: sexo, fecha de nacimiento, residencia, población...

Diagnóstico y datos médicos: edad en la que se detectó la existencia de un problema, primer diagnóstico realizado y otros efectuados anteriormente al actual, la edad de diagnóstico, el profesional (dentro del ámbito sanitario, educativo...) que la realizó y el lugar.

Observaciones: Datos psicológicos actuales, historia asistencial, educativa y datos de escolarización actual.

5.1. Marco normativo de Castilla-La Mancha.

El primer objetivo de la investigación es analizar la legislación autonómica y ver si esta permite la coordinación interdisciplinar entre los servicios sanitarios, sociales y educativos en el ámbito de la atención a la diversidad.

Es importante mencionar el Acuerdo Marco de Colaboración entre la Consejería de Bienestar Social, la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (12/02/2007) en materia de actuación con menores de edad que presentan trastornos de salud, situaciones de riesgo social y necesidades educativas especiales.

El objeto del Acuerdo tiene como objeto llevar a cabo, en el ámbito territorial de gestión de las dichas Consejerías, una atención sanitaria, orientación y apoyo educativo y social a los niños y jóvenes que presentan trastornos graves de salud, riesgo social o necesidades educativas especiales, desde el momento de la detección de los mismos, así como a sus familias y centros escolares a que asistan, mediante actuaciones conjuntas a través de programas clínicos asistenciales, psicopedagógicos y sociales.

Del mismo modo tiene como ámbitos de actuación coordinadas: los recursos, asesoramiento, atención temprana, escolarización, ambiente socio-familiar, cooperación socio-educativa y niños y jóvenes con necesidades educativas especiales. Estos últimos con discapacidad y graves trastornos mentales y del comportamiento, escolarizados en centros de educación especial con internado serán atendidos preferentemente en dichos centros por los profesionales de las Unidades de Salud Mental Infanto Juveniles en las Áreas Sanitarias que lo precisen y justifiquen la necesidad.

Ante todo lo expuesto a continuación, el marco normativo no se puede centrar exclusivamente a personas con trastornos generalizados del desarrollo ni trastornos del espectro autista, debido a que no existe una legislación propia acorde con esa categorización, por lo que es enmarcada dentro de personas con discapacidad.

5.1.1. Marco normativo del Sistema Sanitario de Castilla La Mancha.

ÁMBITO: SANITARIO

TIPO	NÚMERO	FECHA	QUE REGULA
Decreto 13/1999	DOCM 11 de 26/02/1999	16/02/1999	El procedimiento de acceso a centros de Atención a personas con Discapacidad Psíquica
Ley 8/2000	DOCM 19/12/2000	30/11/2000	De Ordenación Sanitaria de CLM
Real Decreto 1971/1999	B.O.E. nº23 de 26/01/2000	23/12/2000	De Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía
Ley 51/2003	B.O.E. nº289 de 03/12/2003	02/12/2003	De Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad
Decreto 281/2004	DOCM 240 de 21/12/2004	10/12/2004	Se establece el régimen jurídico de los centros de Atención a personas con discapacidad física de CLM y el procedimiento de acceso a los mismos.
Orden	DOCM 31/01/2005	17/01/2005	Por la que se convocan subvenciones para asociaciones sin ánimo de lucro de autoayuda sanitaria y socio-sanitaria
Orden	DOCM de 14/04/2005	01/04/2005	Por la que se convoca subvenciones para el desarrollo de proyectos de educación para la salud a través de la participación ciudadana
Real Decreto 1414/2006	B.O.E. de 16/12/2006	01/12/2006	Por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad
Resolución 61/106	B.O.E. nº96 de 21/04/2008	13/12/2008	De Asamblea General, por la que se adopta la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
Orden		07/04/2010	De la Consejería de Salud y Bienestar Social de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad y por la que se modifica la Orden de 21/13/2000

Según la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, los principios más relevantes que informan la ordenación y actuación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha son los de universalización de los servicios sanitarios, equidad, superación de las desigualdades territoriales, igualdad efectiva, participación comunitaria, calidad de los servicios, concepción integral e integrada del sistema sanitario, rentabilidad social, descentralización, desconcentración, coordinación, eficacia, eficiencia y responsabilidad y participación del colectivo de profesionales.

Del mismo modo, en su Artículo 52, el Sistema Sanitario de Castilla La Mancha dispondrá de los recursos necesarios para prestar asistencia en aquellos casos necesitados de atención específica sociosanitaria. A tal efecto se coordinarán todos los servicios sanitarios y sociales de titularidad pública con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos. Para facilitar dicha coordinación se crearán comisiones sociosanitarias en el ámbito provincial y regional con participación de la Administración de la Junta de Comunidades, de las Diputaciones y de los Ayuntamientos.

5.1.2. Marco normativo del Sistema Social de Castilla La Mancha.

ÁMBITO: SOCIAL

TIPO	NÚMERO	FECHA	QUE REGULA
Ley 13/1982	B.O.E. nº103 de 30/04/1982	07/04/1982	De Integración Social de los Minusválidos
Real Decreto 383/1984	B.O.E. nº49 de 27/02/1984	01/02/1984	Se establece y regula el sistema de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos
Orden	B.O.E. nº70 de 22/03/1984	13/03/1984	Del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre normas de aplicación a las prestaciones sociales y económicas para minusválidos previstas en el Real Decreto 382/1984 de 1 de febrero
Ley 3/1986	DOCM 20/05/1986	15/04/1986	De Servicios Sociales de CLM
Ley 3/1994	DOCM de 25/11/1994	03/11/1994	De Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de CLM
Ley 5/1995	DOCM de 21/04/1995	23/03/1995	De Solidaridad en CLM

TIPO	NÚMERO	FECHA	QUE REGULA
Ley 15/1995	B.O.E. nº129 de 31/05/1995	30/05/1995	Sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las Personas con Discapacidad
Decreto 23/1998	DOCM nº 2373 de 03/04/1998	31/03/1998	Por el que se actualizan las Zonas y se constituyen las Áreas de Servicios Sociales
Orden	DOCM nº 23 de 22/05/1998	15/05/1998	Se regulan los servicios de los centros base de atención a personas con discapacidad de CLM
Orden	DOCM nº 11 de 26/02/1999	17/02/1999	Se regula el procedimiento para la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en los centros de atención a personas con discapacidad psíquica integrados en la red pública de CLM y se aprueba el baremo de ingreso
Decreto 52/1998		11/05/1999	Por el que se modifica el Decreto 71/1997 de 17 de junio, de la Comisión de Tutela de CLM
Orden	DOCM de 30/03/2000	21/03/2000	Por la que se regula el Horario y el Procedimiento de Admisión en Centros de Atención a la Infancia
Orden	DOCM nº 131 de 19/12/2001	14/12/2001	De convocatoria de subvenciones a entidades locales y a entidades privadas sin ánimo de lucro para el mantenimiento de centros, servicios y desarrollo de programas de actividades destinadas a infancia y familia
Orden	DOCM nº 89 de 22/07/2002	08/07/2002	Se regula el procedimiento de traslados en los centros de atención a personas con discapacidad psíquica integrados en la red pública de CLM y se aprueba el baremo de traslados.
Decreto 287/2004	DOCM de 30/12/2004	28/12/2004	Se regula la estructura territorial de las zonas y áreas de servicios sociales y la estructura funcional del sistema público de servicios sociales de CLM

TIPO	NÚMERO	FECHA	QUE REGULA
Orden	DOCM n° 70 de 07/04/2005	29/03/2005	Se regula el procedimiento para la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en los centros de atención a personas con discapacidad física integrados en la red pública de CLM
Orden	DOCM n° 263 de 23/12/2008	17/12/2008	Se establecen las bases reguladoras y se convocan subvenciones a entidades privadas sin ánimo de lucro para el mantenimiento de centros, servicios y desarrollo de programas destinados a la atención de personas con discapacidad de CLM

Según la Ley 5/1995 del 23 de marzo de solidaridad de Castilla La Mancha , supone un avance en la conceptualización de las políticas en favor de las personas con discapacidad estableciendo en su artículos 17 y 18 principios de acción tan importantes como la promoción del desarrollo personal, y el estilo de vida independiente, que implica atender los recursos de alojamiento para personas con discapacidad lejos de su antiguo carácter asistencial como medios para alcanzar el mayor grado de autonomía personal de sus usuarios.

En Castilla-La Mancha existen cinco Centros Base, con diez Equipos de Valoración. Su funcionamiento está regulado por la Orden de la Consejería de Bienestar Social de 15 de mayo de 1998, modificada por la Orden de marzo de 2000.

Cada Equipo está compuesto por un Médico, un Psicólogo y un Trabajador Social, como Vocales, además del Director del Centro como Presidente y un Secretario. Los Equipos de Valoración intervienen, emitiendo un Dictamen Técnico Facultativo, en los expedientes de prestaciones económicas regidos por la normativa estatal: Pensiones No Contributivas, Prestaciones por Hijo a Cargo y Prestaciones Económicas previstas en la Ley de Integración Social de Minusválidos.

También interviene en diferentes prestaciones regidas por la normativa autonómica de Castilla-La Mancha, previstas en la Ley de Solidaridad 5/1995 y en la Ley de Accesibilidad 1/1994 de Castilla-La Mancha.

Los Vocales del Equipo de Valoración, como parte del Dictamen Técnico Facultativo, hacen unas "recomendaciones" al interesado, o a su familia, si se trata de un menor, sobre utilización de recursos y apoyos. Entre estas recomendaciones se encuentra la atención temprana a través de los Equipos de Atención Temprana

de los Centros Base o de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

5.1.3. Marco normativo del Sistema Educativo de Castilla La Mancha.

ÁMBITO: EDUCATIVO

TIPO	NÚMERO	FECHA	QUE REGULA
Ley 13/1982	B.O.E. nº103 de 30/04/1982	07/04/1982	Organiza los principios que regulan la educación de los minusválidos, normalización, sectorización, integración e individualización
Orden	B.O.E. nº 236 de 02/10/1990	18/09/1990	Se establecen las proporciones de profesionales/alumnos en la atención a las necesidades educativas especiales
Real Decreto 696/1995	B.O.E. de 02/06/1995	28/04/1995	Ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales
Orden	B.O.E. de 23/02/1996	14/02/1996	Sobre evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales que cursan enseñanzas de régimen general y por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y se establecen los criterios para la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales
Real Decreto 299/1996	B.O.E. de 12/03/1996	28/02/1996	Ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, y viene a definir los destinatarios a los que se dirigen estas actuaciones, así como los ámbitos de actuación (interna y externa)
Resolución	DOCM de 19/07/2002	08/07/2002	Sobre modelo de intervención y funciones y prioridades en la actuación del profesorado de apoyo en el desarrollo del plan de atención a la diversidad
Decreto 138/2002	DOCM nº 126 de 11/10/2002	08/10/2002	Por el que se ordena la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en CLM
Resolución	B.O.E. nº 204 de 01/11/2004	18/10/2004	De la Dirección General de Igualdad y Calidad en la Educación, por la que se aprueban Instrucciones para el desarrollo de fórmulas mixtas de escolarización combinada para la atención a alumnos con necesidades educativas especiales

TIPO	NÚMERO	FECHA	QUE REGULA
Ley Orgánica 2/2006	B.O.E. nº106 de 03/04/2006	03/04/2006	Regula la Ley Orgánica de Educación, en su Título 2, Cap.1 Art.74 define al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo y en su Art.75 propugna que la escolarización se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación y la igualdad
Orden	DOCM de 10/04/2007	30/03/2007	Por la que se regula la atención educativa al alumnado hospitalizado en los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos, se crean los Equipos de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria y se ordena la estructura y funcionamiento de los Equipos de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria de CLM
Orden	DOCM nº 102 de 16/05/2007	07/05/2007	Por la que se regula el procedimiento y los criterios para la dotación de recursos adicionales para la atención del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en los niveles de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, en los centros privados concertados de CLM
Orden	DOCM nº 139 de 03/07/2007	19/06/2007	Por la que se autoriza la implantación de los Programas de Garantía Social, en las modalidades de Iniciación Profesional y para Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, y Programas de Cualificación Profesional Inicial en Centros Públicos
Resolución	DOCM nº 200 de 26/09/2007	01/09/2007	De la Dirección General de Política Educativa, por la que se regulan actuaciones de Asesoramiento y Apoyo Especializado en los Centros de Educación Especial de titularidad pública de la CLM
Ley 7/2010	DOCM nº 144 de 28/07/2010	20/07/2010	Ley de Educación de Castilla La Mancha
Decreto 222/2010	DOCM nº 205 de 22/10/2010	19/10/2010	Por el que se modifica el Decreto 43/2005, de 26 de abril, por el que se regula la Orientación Educativa y Profesional en CLM

La Ley 7/2010 de Educación de Castilla La Mancha en su Artículo 38 referente a la Educación Infantil en su punto 4 muestra como principio general la respuesta a la diversidad, teniendo carácter preventivo realizándose en todos los casos, mediante metodologías individualizadas, con la colaboración, cuando proceda, del profesorado de apoyo.

En el Artículo 50 referido a la Educación Primaria en respuesta a la diversidad se realizará mediante metodologías individualizadas que se desarrollarán en grupos heterogéneos. Los centros docentes arbitrarán las medidas necesarias para que las condiciones del proceso de enseñanza y aprendizaje sean las más favorables, integrando la actuación de los recursos de apoyo modificando las fórmulas de agrupamiento según la actividad o facilitando la presencia de más de un profesional en el aula.

En el Artículo 57 relacionado con la Educación Secundaria Obligatoria en respuesta a la diversidad en su punto 1, nos menciona que el conjunto del alumnado se organizará preferentemente a través de medidas de carácter general y desde criterios de flexibilidad organizativa, con el objetivo de favorecer la autonomía en su desarrollo personal, el trabajo cooperativo y la evaluación del propio aprendizaje.

En el punto 2 del mismo artículo explica que en el tercer curso se incorporará la optatividad, y en el cuarto curso se incluirá la opcionalidad para dar respuesta a los distintos intereses del alumnado y facilitar su toma de decisiones académicas y profesionales.

Del mismo modo en el punto 3, se desarrollarán programas personalizados en los cursos que se requiera, en contextos normalizados, para atender a las distintas capacidades, ritmos y estilos de aprendizaje del conjunto del alumnado, incluido en el que presenta necesidades específicas de apoyo educativo, repite curso o promociona con alguna materia pendiente del curso anterior. En el punto 4, la Consejería competente en materia de educación facilitará el desarrollo de medidas de flexibilidad organizativa y curricular para hacer compatibles estas enseñanzas con las enseñanzas musicales y de idiomas, y con la realización de actividades deportivas de alto nivel o alto rendimiento.

Y por último en el punto 5 de este artículo, con el objetivo de facilitar la obtención del Título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, los centros docentes pondrán en marcha los programas de diversificación curricular y programas de cualificación profesional inicial establecidos en los artículos 27 y 30 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, de acuerdo con lo que determine la normativa vigente en Castilla La Mancha.

El decreto 138/2002, por el que se ordena la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, establece en su artículo 4 como principios de la atención a la diversidad, la normalización, integración e inclusión escolar y en su artículo 6.2 que las medidas de atención a la diversidad tendrán un carácter transitorio y revisable y se llevarán a cabo en el entorno menos restrictivo posible.

Así mismo el citado Decreto en su artículo 14.c determina que en la escolarización se tratará de buscar un equilibrio entre la necesidad de dar la respuesta más adecuada a la situación que el alumno presenta y la ubicación en el entorno menos restrictivo y más próximo al domicilio familiar llegando, cuando las circunstancias lo aconsejen, a establecer fórmulas mixtas.

En este sentido, en los últimos cursos escolares se vienen desarrollando experiencias de colaboración entre centros y colegios de educación especial, que se concretan en fórmulas mixtas de escolarización combinada para la atención educativa a alumnos con necesidades educativas especiales, cuyos buenos resultados es necesario generalizar y garantizar normativamente.

En su artículo 17 establece que los centros de educación especial escolarizarán alumnado con necesidades educativas permanentes, asociadas a condiciones personales de discapacidad, que requieran, de acuerdo con el dictamen de escolarización, adaptaciones muy significativas y en grado extremo en las áreas del currículo oficial que les corresponde por su edad y cuando se considere por ello que sería mínimo su nivel de adaptación y de integración social en un centro ordinario.

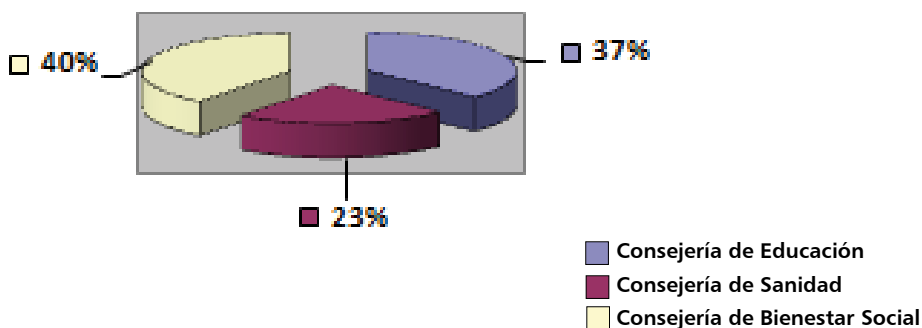
Así mismo en el punto tercero del artículo del citado Decreto, determina que los Centros Específicos de Educación Especial se irán configurando progresivamente como centro de recursos educativos abiertos a los profesionales de su zona, con el fin de proporcionarles servicios que por su especificidad no estén disponibles en los centros ordinarios correspondientes.

En este sentido, ya vienen realizándose experiencias en nuestra Región, que es necesario generalizar y articular normativamente, y que sirven de punto de partida para una posterior transformación en centros cuyo modelo responda a los principios de normalización, integración y habilitación que vienen recogidos en el artículo cuarto del citado Decreto.

En conclusión con este apartado y tras realizar dicho análisis en este estudio sobre la situación real en cuanto al marco normativo de Castilla-La Mancha, podemos confirmar un objetivo planteado, es decir, existe la legislación auto-

nómica y permite la coordinación interdisciplinar entre los servicios sanitarios, sociales y educativos en el ámbito de la atención a la diversidad.

1. Existe una legislación autonómica en la Consejería de Sanidad y Bienestar Social para atender a la población de 0 a 16 años con trastornos en el desarrollo y/o con riesgo de padecerlos pero no hay ningún marco normativo definido para TEA.
2. Existe una legislación autonómica en la Consejería de Educación para atender a la población de 0 a 16 años con trastornos en el desarrollo y/o con riesgo de padecerlos pero no existe ningún marco normativo definido para TEA
3. Como podemos comprobar en el siguiente cuadro, la mayoría de normativa que hemos registrado es de la Consejería de Bienestar Social con un 40% seguida muy de cerca de la Consejería de Educación con un 37%. Por lo que se incrementa la importancia de colaboración entre estas dos Consejerías sobre todo en edades tempranas.



4. Existe un Acuerdo Marco de Colaboración entre la Consejería de Bienestar Social, la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (12/02/2007) en materia de actuación con menores de edad que presentan trastornos de salud, situaciones de riesgo social y necesidades educativas especiales.

Una vez ordenada la información encontrada, gracias a los instrumentos que hemos diseñado para cada objetivo específico, pasamos a analizarla. Comprobando así, todos los resultados obtenidos según los objetivos propuestos.

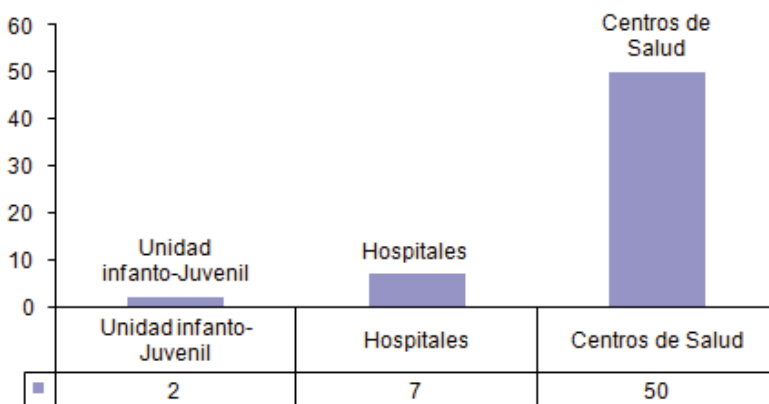
5.2. Estudiar los recursos existentes en la provincia de Ciudad Real y si contemplan recursos para la atención de alumnos con características especiales.

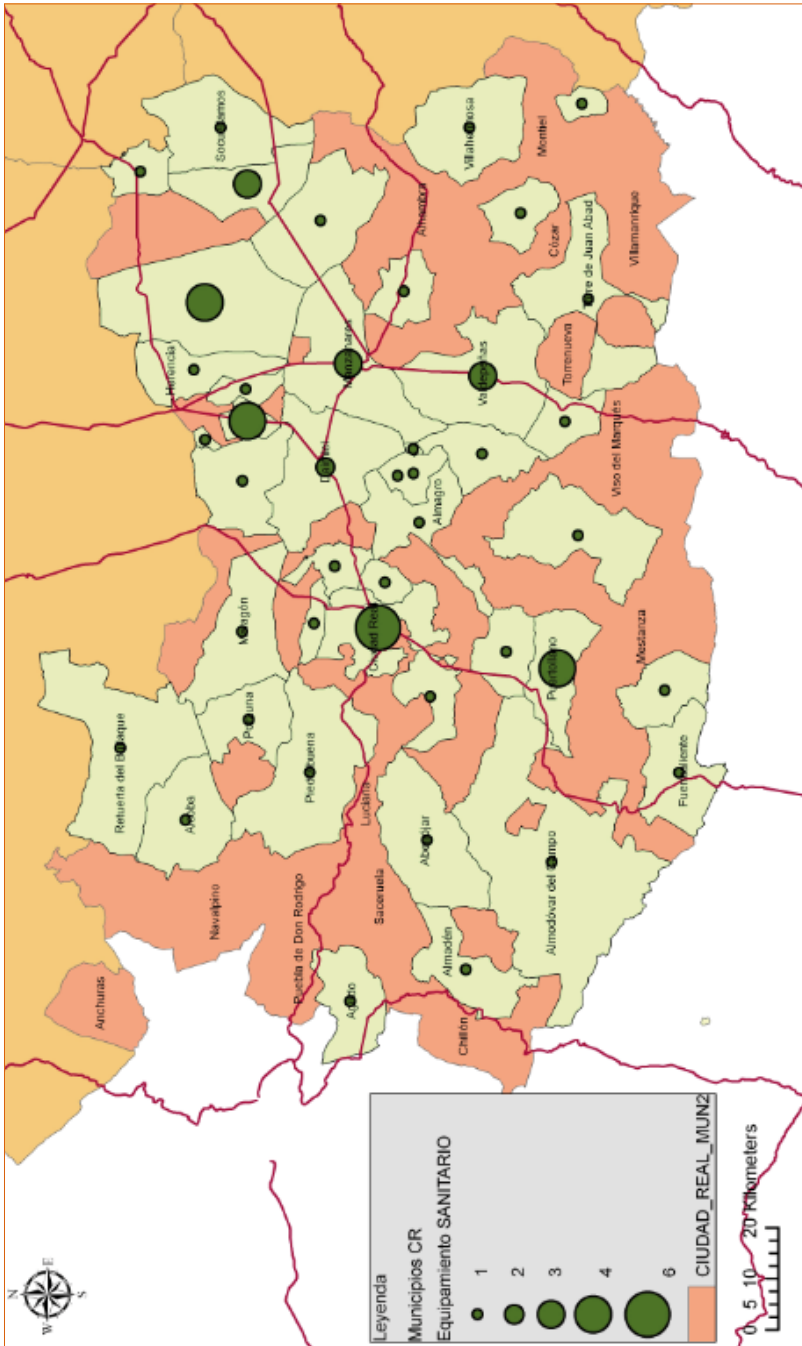
ÁMBITO: SANITARIO

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Ciudad Real	Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil	1
	Centros de Salud	3
	Hospitales	2
Alcázar de San Juan	Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil	1
	Centros de Salud	2
	Hospitales	1
Puertollano	Centros de Salud	3
	Hospitales	1
Manzanares	Centros de Salud	2
	Hospitales	1
Tomelloso	Centros de Salud	2
	Hospitales	1
Valdepeñas	Centros de Salud	2
	Hospitales	1
Abenojar	Centros de Salud	1
Agudo	Centros de Salud	1
Albaladejo	Centros de Salud	1
Alcoba de los Montes	Centros de Salud	1
Almadén	Centros de Salud	1
Almagro	Centros de Salud	1
Almodóvar del Campo	Centros de Salud	1
Argamasilla de Alba	Centros de Salud	1
Argamasilla de Calatrava	Centros de Salud	1
Bolaños de Calatrava	Centros de Salud	1
Calzada de Calatrava	Centros de Salud	1
Campo de Criptana	Centros de Salud	1
Carrión de Calatrava	Centros de Salud	1
Corral de Calatrava	Centros de Salud	1
Daimiel	Centros de Salud	2
Fuencaliente	Centros de Salud	1

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Herencia	Centros de Salud	1
Malagón	Centros de Salud	1
Membrilla	Centros de Salud	1
Miguelturra	Centros de Salud	1
Moral de Calatrava	Centros de Salud	1
Pedro Muñoz	Centros de Salud	1
Piedrabuena	Centros de Salud	1
Porzuna	Centros de Salud	1
Retuerta del Bullaque	Centros de Salud	1
Ruidera	Centros de Salud	1
Santa Cruz de Mudela	Centros de Salud	1
Socuéllamos	Centros de Salud	1
Solana del Pino	Centros de Salud	1
La Solana	Centros de Salud	1
Torre de Juan Abad	Centros de Salud	1
Villahermosa	Centros de Salud	1
Villanueva de los Infantes	Centros de Salud	1
Villarrubia de los Ojos	Centros de Salud	1
Villarta de San Juan	Centros de Salud	1

En concreto, existen en la provincia 2 Unidades Infanto-Juvenil, situadas en Ciudad Real y Alcázar de San Juan, 7 hospitales (2 en Ciudad Real, formando un complejo hospitalario, 1 en Puertollano, 1 en Alcázar de San Juan, 1 en Valdepeñas, 1 en Manzanares y 1 en Tomelloso) y 50 centros de Salud repartidos por toda la provincia.





• Mapa georeferenciado de recursos sanitarios.

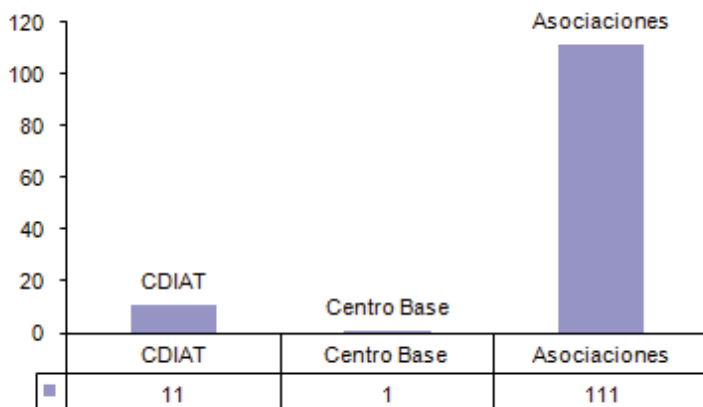
Tras estos datos podemos decir que los recursos sanitarios se concentran en aquellos núcleos más poblados siendo la capital de provincia la más destacada contando con el mayor número de servicios, seguida de Alcázar de San Juan y Puertollano. Estas dos ciudades junto con Valdepeñas y Tomelloso hacen que se distribuyan los recursos por toda la parte sur y este de la provincia, por lo que en el oeste, los municipios cuentan con un menor número de habitantes lo que provoca un descenso de los recursos.

ÁMBITO: SOCIAL

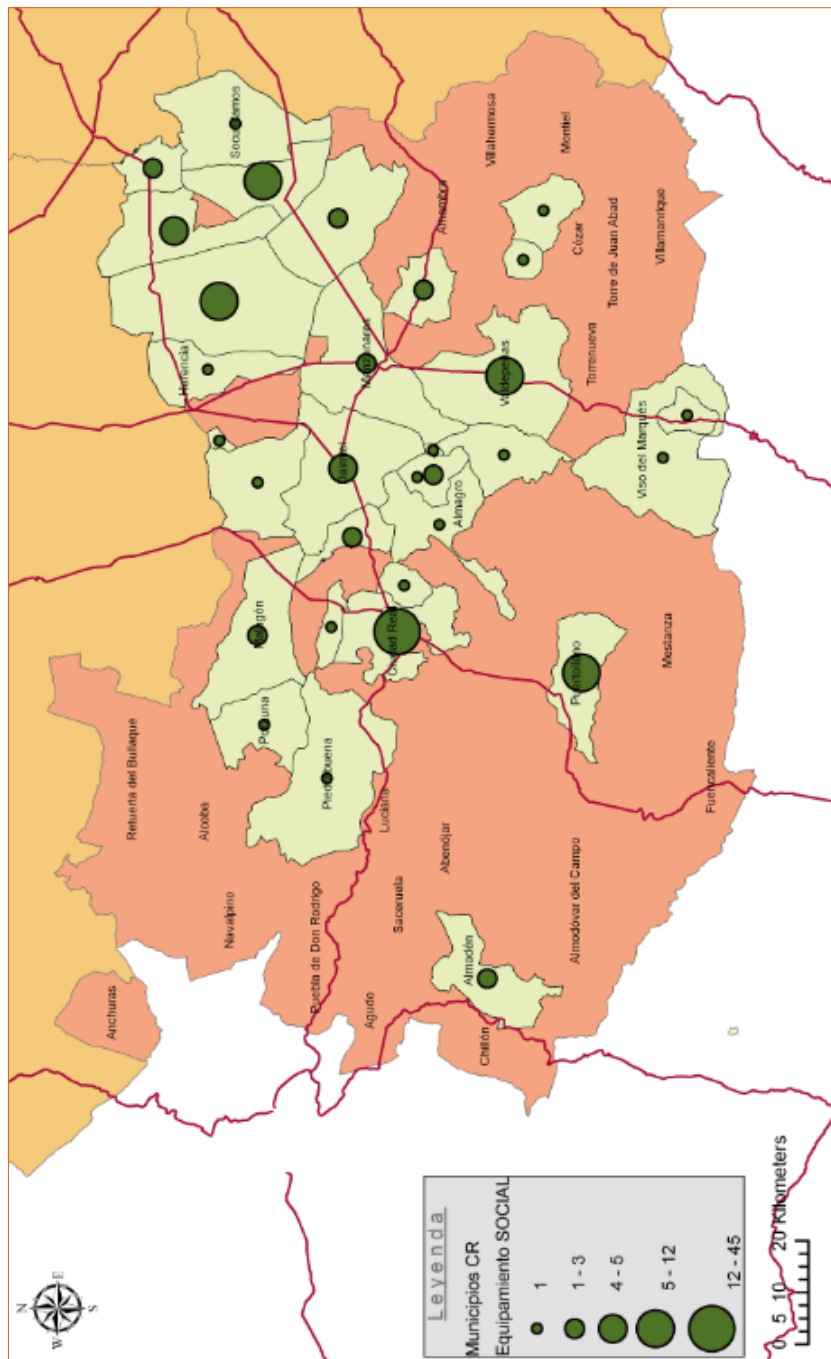
MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Ciudad Real	CDIAT	4
	Centro Base	1
	Sección de Infancia y Menores	1
	Centro de Mediación Familiar	1
	Puntos de Encuentro Familiar	1
	Servicio de Apoyo Familiar	1
	Asociaciones	32
Alcázar de San Juan	CDIAT	1
	Asociaciones	10
Puertollano	CDIAT	1
	Asociaciones	11
Valdepeñas	CDIAT	1
	Asociaciones	9
Tomelloso	CDIAT	1
	Asociaciones	11
Almadén	CDIAT	1
	Asociaciones	2
Daimiel	CDIAT	1
	Asociaciones	4
La Solana	CDIAT	1
	Asociaciones	2
Campo de Criptana	Asociaciones	4
Argamasilla de Alba	Asociaciones	3
Bolaños de Calatrava	Asociaciones	3
Malagón	Asociaciones	3
Pedro Muñoz	Asociaciones	3

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Manzanares	Asociaciones	2
Torralba de Calatrava	Asociaciones	2
Alcubillas	Asociaciones	1
Almagro	Asociaciones	1
Almuradiel	Asociaciones	1
Herencia	Asociaciones	1
Miguelturra	Asociaciones	1
Moral de Calatrava	Asociaciones	1
Piedrabuena	Asociaciones	1
Porzuna	Asociaciones	1
Socuéllamos	Asociaciones	1
Villanueva de los Infantes	Asociaciones	1
Villarrubia de los Ojos	Asociaciones	1
Viso del Marqués	Asociaciones	1

En concreto, existen 11 CDIAT distribuidos por toda la provincia, donde destaca Ciudad Real con 4 y el Centro Base. Del mismo modo se reparten las asociaciones por toda la provincia con Ciudad Real al frente con 32, ubicándose la única asociación específicamente a TEA/TGD en la capital.



• Mapa georreferenciado de recursos sociales



Del mismo modo que los recursos sanitarios, en los recursos sociales apreciamos que en Ciudad Real se concentran el mayor número de Asociaciones y CDIAT que en el resto de municipios, seguidos por las poblaciones que concentran el mayor número de habitantes como son Puertollano, Tomelloso, Alcázar de San Juan y Valdepeñas. Por lo que podemos observar que la distribución de estos recursos se desarrolla en el centro, sur y este de la provincia.

ÁMBITO: EDUCATIVO

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Abenójar	CEIP	1
Agudo	CAI	1
	CEIP	1
Alamillo	CEIP	1
Albaladejo	CEIP	1
Alcázar de San Juan	CAI	8
	Centros de Secundaria	6
	CEIP	13
Alcoba	CEIP	1
Alcolea de Calatrava	CEIP	1
Alcubillas	CEIP	1
Aldea del Rey	CEIP	1
	CAI	1
Alhambra	CEIP	2
Almadén	CAI	1
	CEIP	2
	Centros de Secundaria	2
Almadenejos	CEIP	1
Almagro	CAI	2
	CEIP	3
	Centros de Secundaria	2
Almedina	CEIP	1
Almodóvar del Campo	CEIP	5
	Centros de Secundaria	2
	CAI	1
Almuradiel	CEIP	1
Arenales de San Gregorio	CEIP	1
	CAI	1
Arenas de San Juan	CEIP	1
Argamasilla de Alba	CEIP	3
	Centros de Secundaria	1
	CAI	2

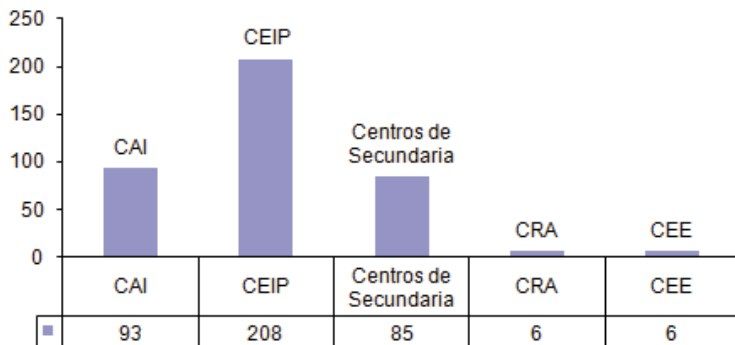
MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Argamasilla de Calatrava	CEIP	2
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Arroba de los montes	CRA	1
Ballesteros de Calatrava	CEIP	1
Bolaños de Calatrava	CEIP	4
	CAI	2
	Centros de Secundaria	2
Brazatortas	CEIP	1
Cabezarados	CEIP	1
Calzada de Calatrava	CEIP	2
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Campo de Criptana	CEIP	5
	Centros de Secundaria	3
	CAI	3
	CEE	1
Carrión de Calatrava	CEIP	1
	CAI	2
Carrizosa	CEIP	1
Castellar de Santiago	CEIP	1
Chillón	CEIP	1
	CAI	1
Ciudad Real	CAI	20
	CEIP	25
	CEE	2
	Centros de Secundaria	
Corral de Calatrava	CEIP	1
Cortijos (Los)	CEIP	1
Cózar	CEIP	1
Daimiel	CEIP	6
	Centros de Secundaria	3
	CAI	2
Fernán Caballero	CEIP	1
Fuencaliente	CEIP	1
	Centros de Secundaria	1
Fuente el Fresno	CEIP	1
Granátula de Calatrava	CEIP	1
Guadalméz	CEIP	1

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Herencia	CEIP	2
	Centros de Secundaria	3
	CAI	2
Hinojosas de Calatrava	CRA	1
Horcajo de los Montes	CRA	1
	Centros de Secundaria	1
Labores (Las)	CEIP	1
Llanos del Caudillo	CEIP	1
Luciana	CEIP	1
Malagón	CEIP	3
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Manzanares	CEIP	6
	Centros de Secundaria	4
	CAI	5
Membrilla	CEIP	2
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Miguelturra	CEIP	5
	Centros de Secundaria	1
	CAI	2
Montiel	CEIP	2
	CAI	1
Moral de Calatrava	CEIP	2
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Pedro Muñoz	CEIP	4
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Picón	CEIP	1
Piedrabuena	CEIP	2
	Centros de Secundaria	1
Poblete	CAI	1
	CEIP	1
Porzuna	CEIP	2
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Pozuelo de Calatrava	CEIP	1

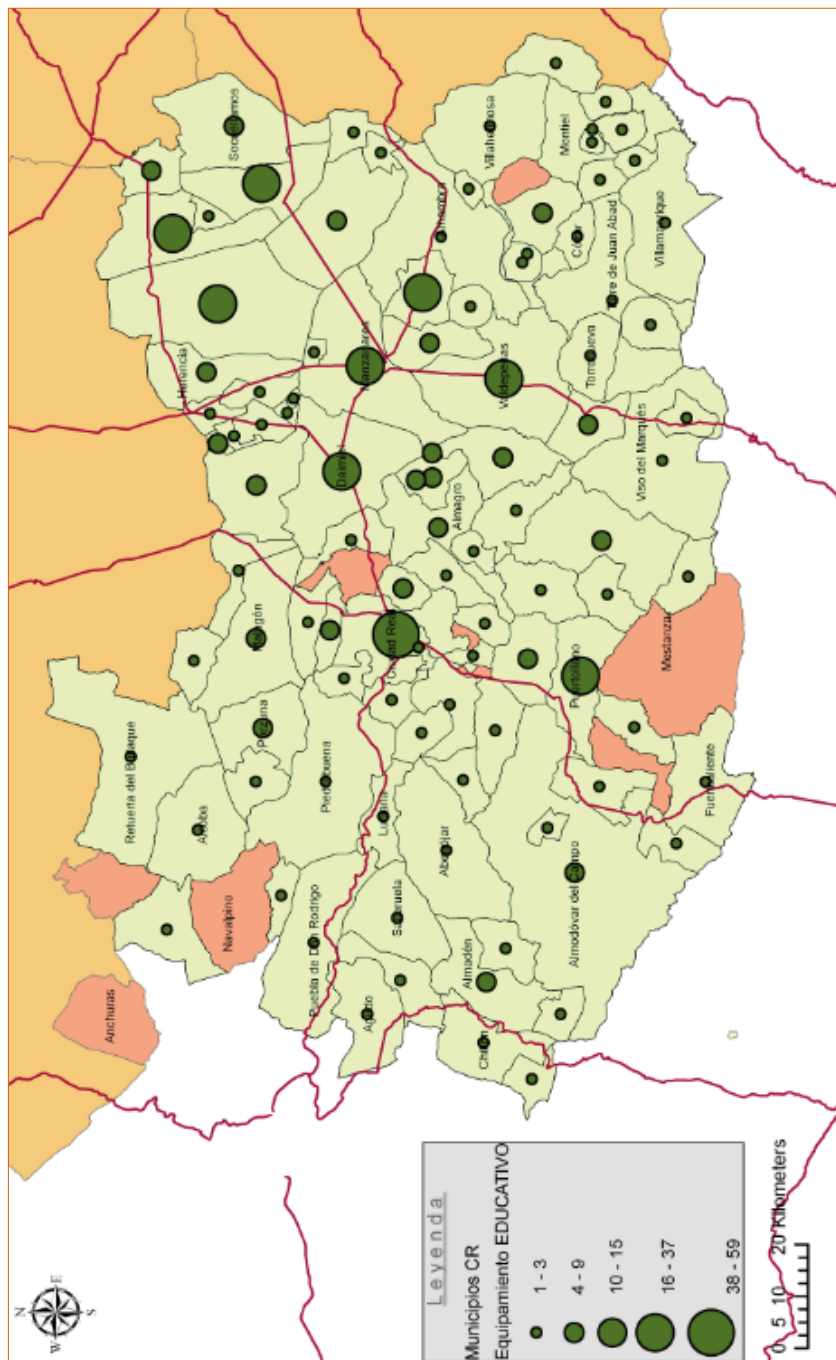
MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Pozuelos de Calatrava (Los)	CEIP	1
Puebla de Don Rodrigo	CEIP	1
Puebla del Príncipe	CEIP	1
Puerto Lápice	CEIP	1
Puertollano	CAI	6
	CEIP	19
	Centros de Secundaria	11
	CEE	1
Retuerta del Bullaque	CRA	1
Robledo (El)	CRA	1
Ruidera	CEIP	1
Saceruela	CEIP	1
San Carlos del Valle	CEIP	1
San Lorenzo de Calatrava	CRA	1
Santa Cruz de los Cáñamos	CEIP	1
Santa Cruz de Mudela	CEIP	2
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Socuéllamos	CEIP	4
	Centros de Secundaria	2
	CAI	3
Solana (La)	CEIP	8
	Centros de Secundaria	2
	CAI	2
Terrinches	CEIP	1
Tomelloso	CAI	3
	CEIP	13
	CEE	1
	Centros de Secundaria	5
Torralba de Calatrava	CAI	1
Torre de Juan Abad	CEIP	2
	CAI	1
Torrenueva	CEIP	1
	CAI	1
Valdemanco del Esteras	CEIP	1
Valdepeñas	CAI	4
	CEIP	11
	CEE	1
	Centros de Secundaria	7

MUNICIPIO	TIPO	Nº RECURSOS
Valenzuela de Calatrava	CEIP	1
Villahermosa	CEIP	1
	CAI	1
Villamanrique	CEIP	1
	CAI	1
Villamayor de Calatrava	CEIP	1
Villanueva de la Fuente	CEIP	1
	Centros de Secundaria	1
	CAI	1
Villanueva de los Infantes	CEIP	2
	Centros de Secundaria	2
	CAI	1
Villanueva de San Carlos	CEIP	1
Villarrubia de los Ojos	CEIP	2
	Centros de Secundaria	2
	CAI	1
Villarta de San Juan	CEIP	1
	CAI	1
Viso del Marqués	CEIP	1
	Centros de Secundaria	1

En concreto existen 93 CAI, 208 CEIP, 85 Centros de Secundaria, 6 CRA y 6 CEE, distribuidos todos ellos por toda la provincia destacando con un mayor número de centros aquellos núcleos más poblados.



Mapa georeferenciado de los recursos educativos.

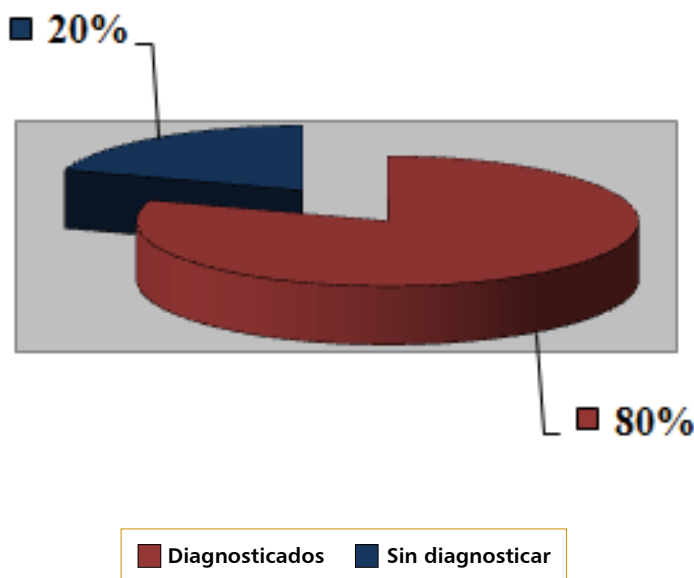


Después de recoger estos datos podemos decir que los recursos educativos se concentran en aquellos núcleos más poblados siendo la capital de provincia la más destacada contando con el mayor número de estos centros, seguida de Puertollano y Alcázar de San Juan. Estas dos ciudades junto con Valdepeñas y Tomelloso hacen que se distribuyan los recursos por toda la parte sur y este de la provincia, por lo que en el oeste, los municipios cuentan con un menor número de habitantes lo que provoca un descenso de los recursos.

5.3. Realizar un censo georeferenciado que presente la distribución de alumnos y alumnas de 18 meses hasta 16 años con TGD en la provincia de Ciudad Real y la distribución de los recursos para atenderlos en dicha provincia.

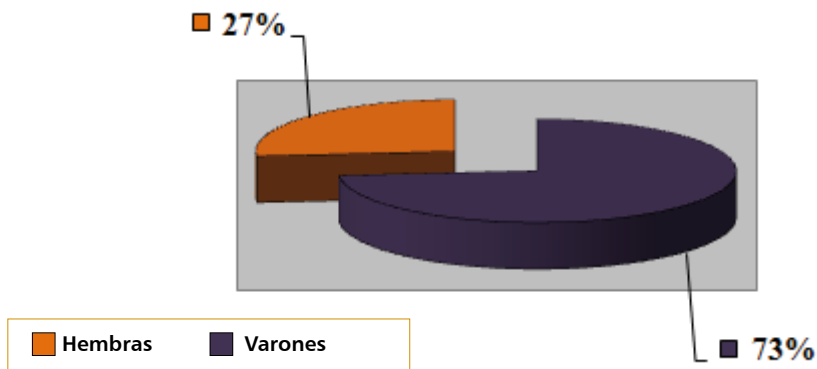
- Diagnosticados y sin diagnosticar.

Según la información obtenida se ha registrado 143 casos en toda la provincia de Ciudad Real de 18 meses a 16 años, de entre ellos 115 (80% de los casos) están diagnosticados con TGD y 28 (20% de los casos) se encuentran con sospechas pero sin diagnosticar.



- **Género del alumnado.**

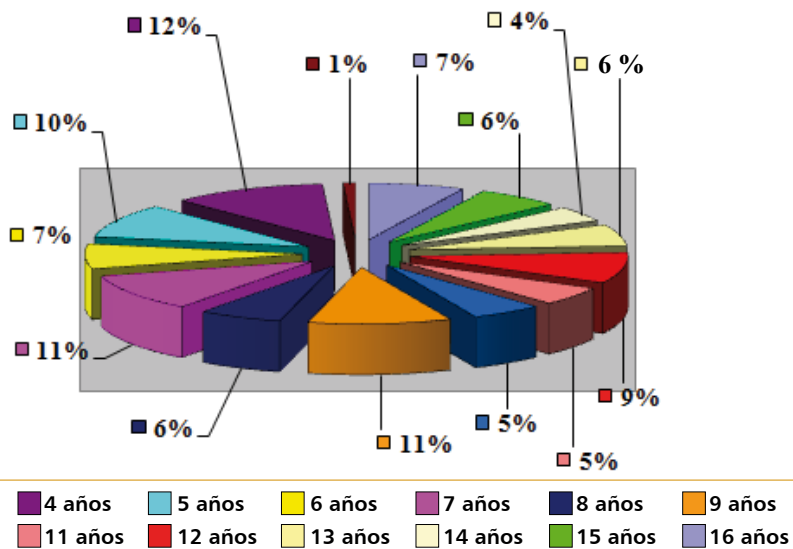
De los 115 casos encontrados con TGD censados en la provincia de Ciudad Real, mayoritariamente el 73% de los casos (85 alumnos) son varones frente al 27% (30 alumnas) que son hembras.



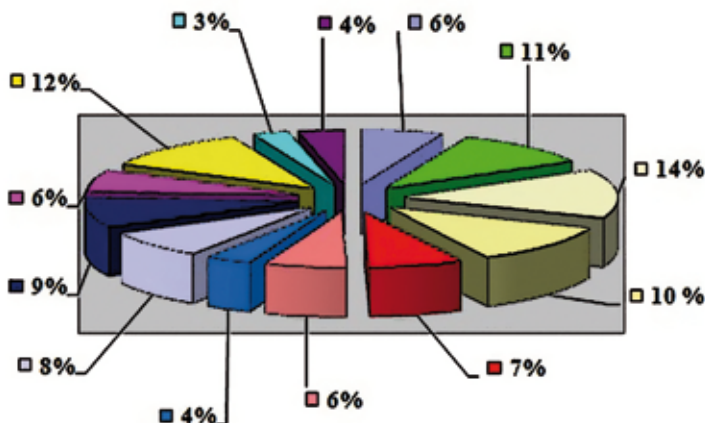
- **Edad del alumnado.**

Podemos comprobar que existe una gran variación en la variable edad, habiendo un mayor número de casos de TGD, nacidos en el año 2006 (13 casos), seguido de los nacidos en 2003 y 2001 con el 11% de los casos. Se entiende que sólo exista una referencia en el año 2008 y ninguna en el 2010, pues ya en la definición de TGD se hablaba de la dificultad para realizar el diagnóstico antes de los 18 meses.

- **Nivel educativo.**



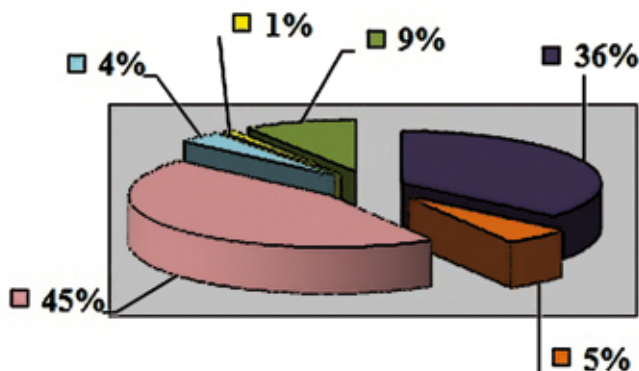
El porcentaje mayor de casos censados se encuentran en niveles académicos de 3º de Infantil (16 casos) seguido de 1º Primaria y 2º E.S.O. (13 casos cada uno). Todos ellos están ubicados dentro de su edad cronológica aunque su nivel de competencia curricular no es la de sus compañeros.



1º Infantil	1º Primaria	4º Primaria	1º ESO	3º ESO
2º Infantil	2º Primaria	5º Primaria	2º ESO	4º ESO
3º Infantil	3º Primaria	6º Primaria		

• Diagnóstico Diferencial.

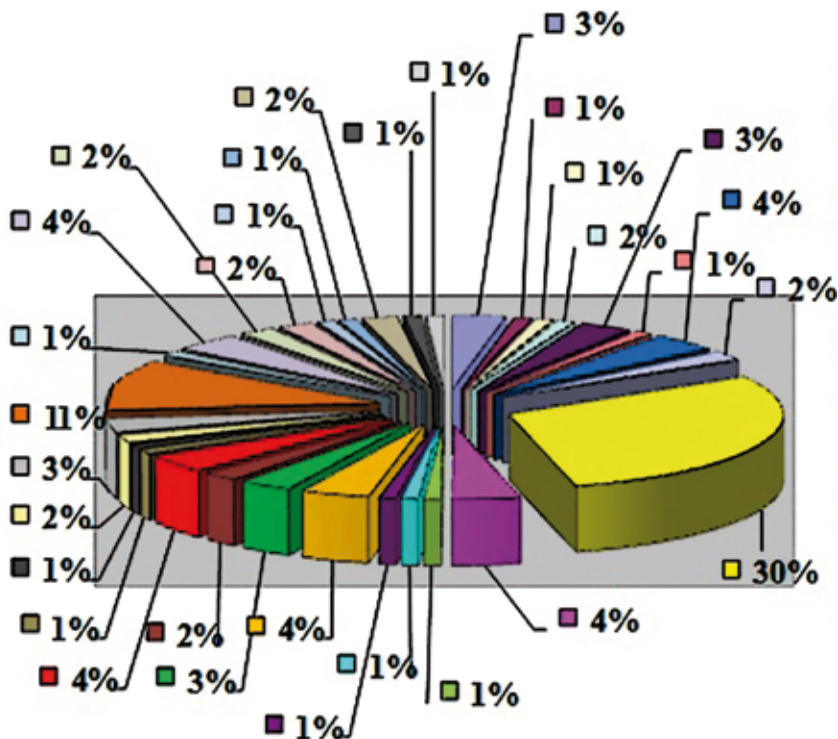
Teniendo en cuenta el DSM IV-TR, (2008) tenemos censados en este estudio: Autismo (41 casos), Asperger (7 casos), TGD No especificado (52 casos), Diagnóstico Múltiple (4 casos), Sin especificar (10 casos) y de Rett (1 caso).



Autismo	TGD No especificado	Rett
Asperger	Diagnóstico Múltiple	Sin especificar

- Censo georeferenciado en cuanto a residencia.

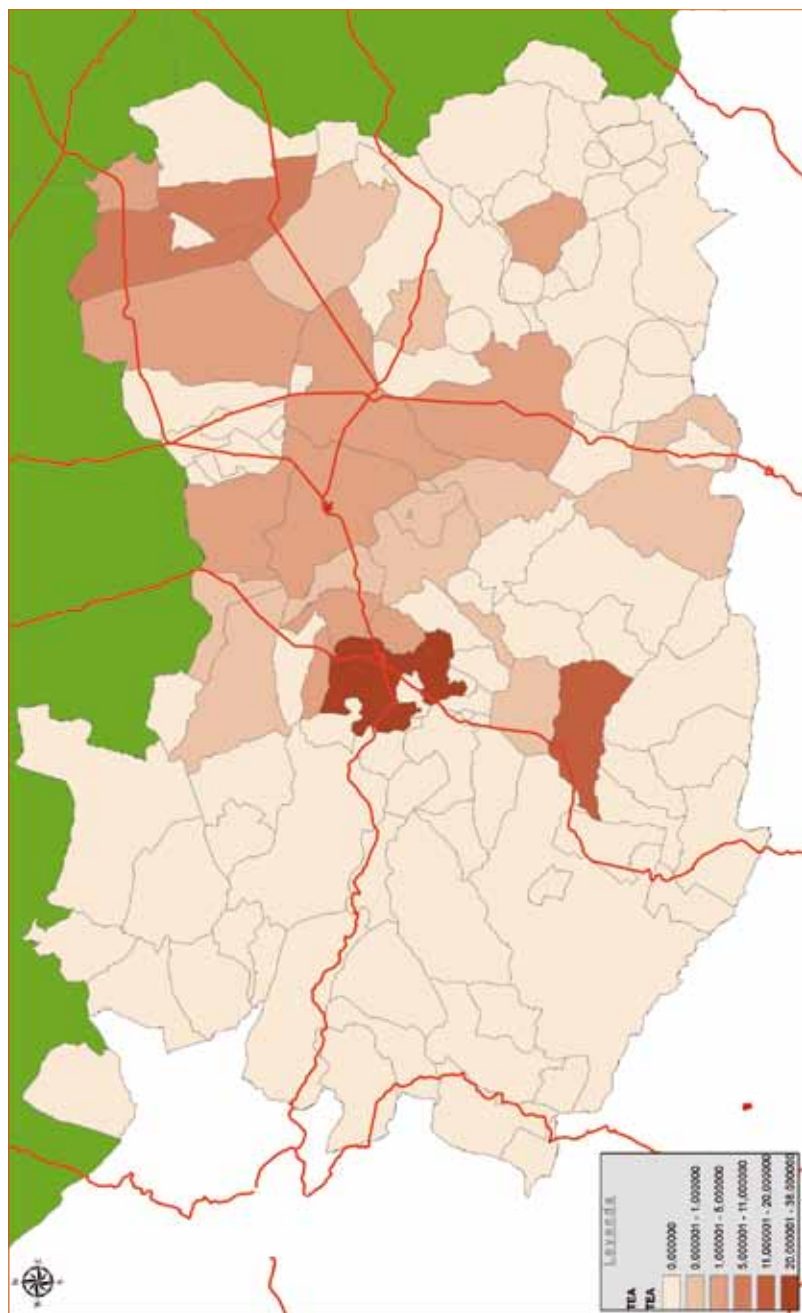
Este paso es preciso para poder comprobar si los recursos existentes están próximos a las necesidades sanitarias, sociales y educativas de este colectivo. Por lo que apreciamos que destacan aquellos núcleos más poblados pero a su vez aparecen un mayor número de municipios de menores habitantes que atribuye a este censo.



Alcázar de San Juan	Fuencaliente	Tomelloso
Almagro	Herencia	Torralba de Calatrava
Almodóvar del Campo	Manzanares	Valdepeñas
Argamasilla de Alba	Miguelturra	Villanueva de los Infantes
Argamasilla de Calatrava	Moral de Calatrava	Villarrubia de los Ojos
Bolaños de Calatrava	Pedro Muñoz	Viso del Marqués
Campo de Criptana	Porzuna	El Toboso
Carrión de Calatrava	Los Pozuelos	Quintanar de la Orden
Ciudad Real	Puertollano	Villanueva de Alcardete
Daimiel	La Solana	Mota del Cuervo

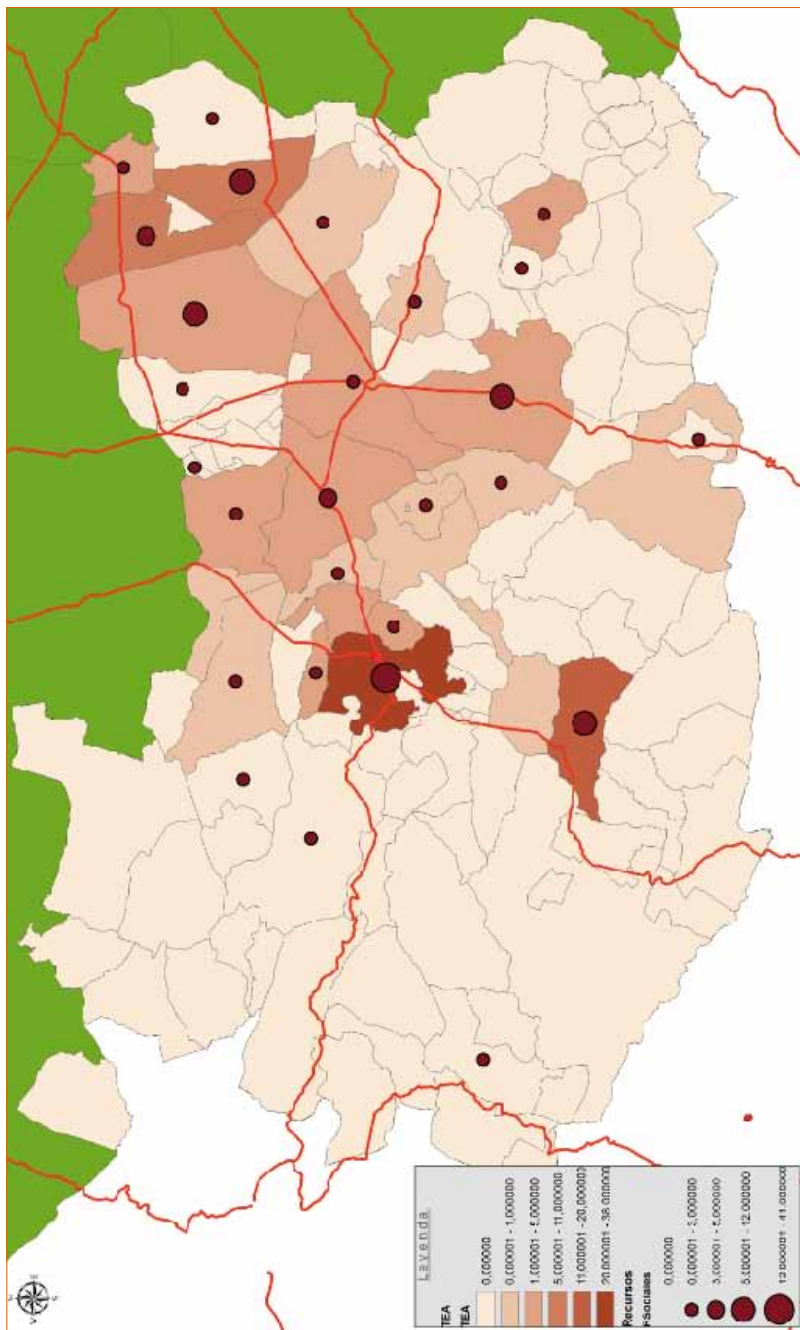
análisis de los resultados

- Mapa georeferenciado del alumnado con TGD.



Con este mapa apreciamos una panorámica de los alumnos censados con TGD en relación a los municipios de la provincia, en el cual, destaca la capital ubicada en el centro con el mayor número de alumnado de este colectivo, seguido de otras comarcas como Puertollano, al sur, y Tomelloso y Campo de Criptana, al noreste, dejando ausente toda la parte oeste de la provincia.

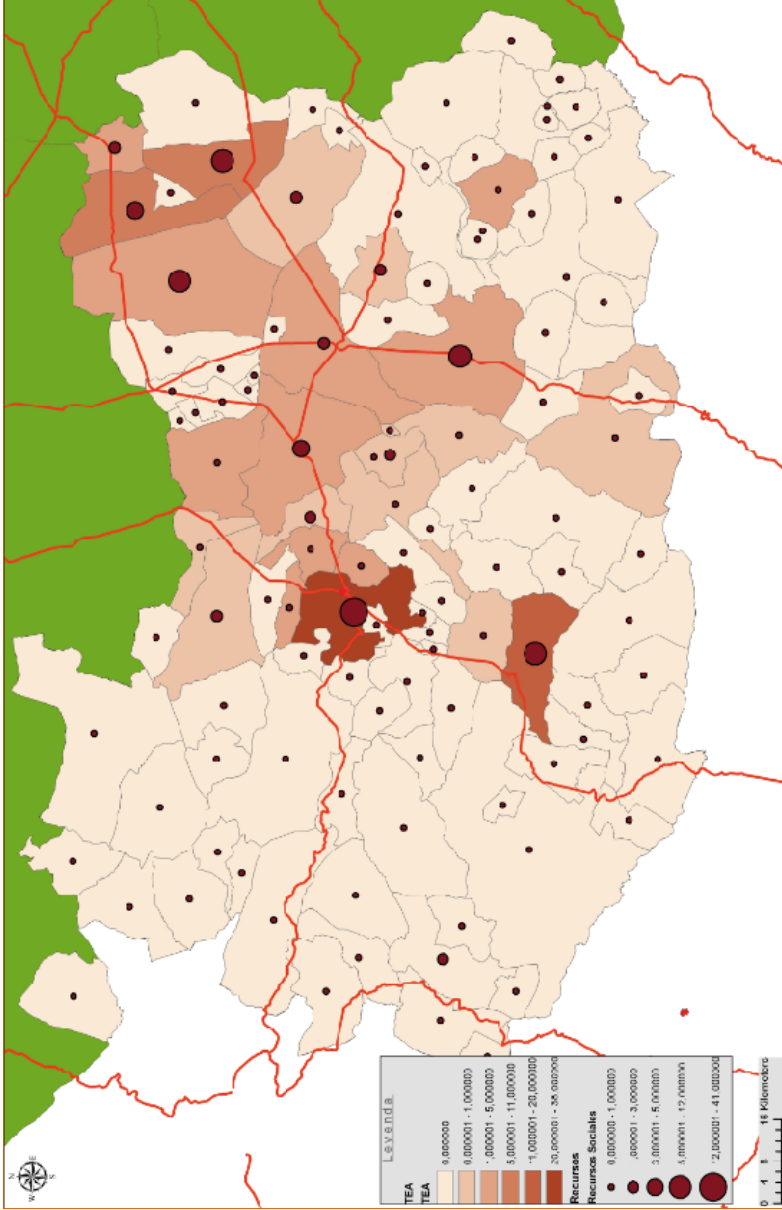
• Mapa georeferenciado de recursos sanitarios y alumnado con TGD de la provincia de Ciudad Real.



Los recursos sanitarios están bien distribuidos en relación con los casos en la zona céntrica de la provincia, no obstante, en las zonas limítrofes con otras provincias o comunidades los recursos escasean. Por tanto no hay una relación significativa entre los recursos sanitarios y las personas con TGD, sino que cuanto mayor es la población mayor número de recursos sanitarios se reflejan.

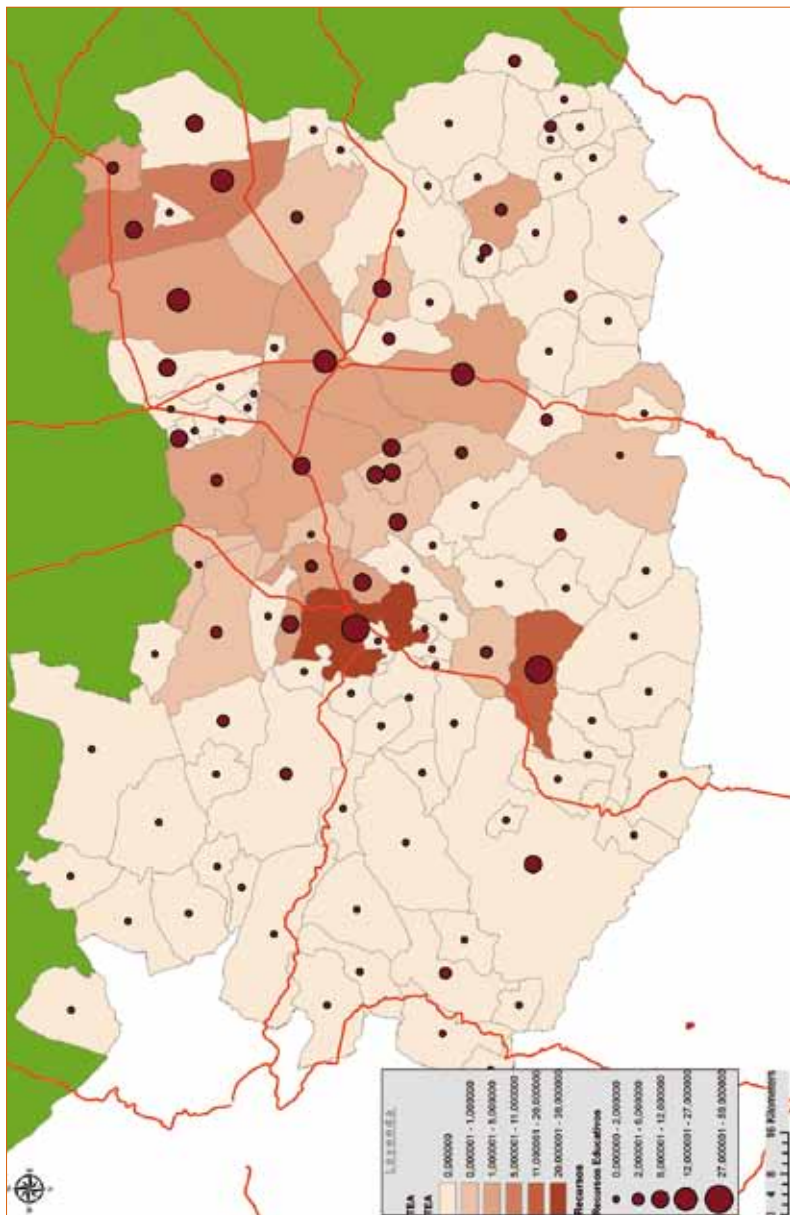
análisis de los resultados

- Mapa georreferenciado de recursos sociales y alumnado con TGD de la provincia de Ciudad Real.



Los recursos sociales están bien distribuidos en relación con los casos en la zona céntrica de la provincia, así como en el este, destacando de nuevo el mayor número de recursos en función de los habitantes que requiere el municipio. Del mismo modo, la situación de los TGD en la mayoría de los casos se encuentran en aquellos núcleos más habitados.

- Mapa georeferenciado de recursos educativos y alumnado con TGD de la provincia de Ciudad Real.



Los recursos educativos están bien distribuidos por toda la provincia, por lo que su relación con los TGD está contemplada. Se puede apreciar que a mayor cantidad de TGD también hay una mayor cantidad de recursos educativos, pero esto no quiere decir que estén relacionados ya que aquellos municipios que tienen mayores recursos educativos son los que tienen mayor número de habitantes como hemos visto en los anteriores mapas georeferenciados.

Con este estudio hemos pretendido analizar la dimensión cuantitativa del colectivo con Trastorno Generalizado del Desarrollo, hablar de Trastorno del Espectro Autista sería albergar una población más amplia y a su vez más difusa, ya que además de añadir otros síndromes, existen rasgos que entrarían dentro de esta categoría y hoy por hoy es muy difícil identificar, también hemos pretendido analizar sus características socio-demográficas principales, así como la panorámica de los recursos especializados existentes; con el fin de orientar futuros trabajos sobre la respuesta sanitaria, social y educativa de estas personas a la adaptación de métodos, programas, intervenciones, terapias y/o actividades encaminadas a un mejor desarrollo evolutivo.

Hemos constatado, a lo largo de nuestro trabajo, que era conveniente conocer mejor a este colectivo (de ahí que sea un estudio descriptivo) y los medios con los que ya se cuenta antes de diseñar una política integral y coherente de actuación desde cualquier enfoque que pudiéramos considerar. Hemos realizado un estudio descriptivo a diferencia de otros estudios anteriores que se han basado en prevalencias de población, con el fin de ser más exhaustivos llegando a consultar al 100% de los servicios de la provincia y así arrojar fiabilidad a estudios anteriores.

Tras el desarrollo y estudio del proyecto, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. Existe una población de 18 meses a 16 años en la provincia de Ciudad Real de 77.334 habitantes (INE, 2011). Según la población específica con TGD entre 18 meses y 16 años hemos cuantificado 115 casos (0,148%).
2. El resultado obtenido de forma específica de Trastorno Generalizado del Desarrollo en la provincia de Ciudad Real se aproxima a la estimaciones anteriormente mencionadas.
3. Hay una mayor proporción del alumnado TEA masculino (73%) que femenino (27%).
4. Preferentemente se está llevando a cabo una integración del alumnado en centros ordinarios, ya que sólo existe un centro específico de TEA en toda la provincia ubicado en la capital.
5. Los recursos sanitarios se concentran en aquellos núcleos más poblados siendo la capital de provincia la más destacada contando con el mayor número de servicios, seguida de Alcázar de San Juan y Puertollano. Estas dos ciudades junto con Valdepeñas y Tomelloso hacen que se distribuyan los recursos por toda la parte sur y este de la provincia.

6. Los recursos sociales se concentran en Ciudad Real con el mayor número de Asociaciones y CDIAT que en el resto de municipios, seguidos por las poblaciones que concentran el mayor número de habitantes como son Puertollano, Tomelloso, Alcázar de San Juan y Valdepeñas. Por lo que podemos observar que la distribución de estos recursos se desarrolla en el centro, sur y este de la provincia.
7. Los recursos educativos se concentran en aquellos núcleos más poblados siendo la capital de provincia la más destacada contando con el mayor número de estos centros, seguida de Puertollano y Alcázar de San Juan. Junto con Valdepeñas y Tomelloso hacen que estos servicios se distribuyan por la parte sur y este de la provincia.
8. Los municipios que se sitúan al oeste de la provincia con menor número de habitantes, hacen que recaiga sobre ellos el menor número de recursos sanitarios, sociales y educativos.
9. Existe una relación entre el número de habitantes de los municipios con los recursos que se prestan. Del mismo modo se recogen mayor número de alumnado con TEA en aquellos núcleos más habitados.

En general, puede decirse que este tipo de análisis presenta unos beneficios evidentes a nivel de optimización y planificación de recursos (sanitarios, sociales y educativos) en la provincia de Ciudad Real. Por ello creemos que debería crearse un equipo interdisciplinar relacionado con los ámbitos sanitarios (medicina, enfermería, fisioterapia...), social (trabajo social y educación social) y educativo (psicopedagogía, pedagogía, magisterio...) que:

- Trabajen en coordinación (profesionales sanitarios, sociales y educativos) para la elaboración de unos protocolos de screening que valoren los casos más pertinentes.
- Analicen con las Delegaciones Provinciales de Sanidad y Bienestar Social y Educación, las situaciones obtenidas para optimizar y planificar mejor los recursos existentes y/o plantearse la posibilidad de incremento de los mismos.
- Puedan realizar un estudio de seguimiento de aquellos casos detectados de con un mayor incremento de necesidades; ver si han llegado a los recursos existentes, si han sido objeto de algún programa de intervención, si es así qué tipo de intervención han recibido: preventiva, rehabilitadora ...

- Acuerdo Marco de Colaboración entre la Consejería de Bienestar Social, la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. (2007). Recuperado el 20 de Marzo de www.educa.jccm.es/educa-jccm
- Aguilera, A, Moreno, F.J. y Rodríguez, I.R. (2007). La atención educativa en el caso del alumnado con trastornos del espectro autista. *Revista de Educación*, (344), 425-445.
- Alberdi, J.F. (1990). Investigación Epidemiológica de niños autistas en el Territorio Foral de Navarra. Universidad del País Vasco
- Alcantud, F. (2003). Intervención psicoeducativa en niños con trastornos generalizados del desarrollo. Madrid. Ediciones Pirámide, 19-20.
- Álvarez-Alcántara, E (2007) Trastornos del espectro autista. *Revista mexicana de Pediatría*, Vol 74 N° 6, Pp. 269-276
- Álvarez, M. (coord). (2007). El proyecto educativo de la institución escolar. Barcelona. Graó
- Anderson, D. Cf y Borkowski, J.G (1978) *Experimental Psychology: Research Tactics and their applications*. Dallas, TX. Scott, Foresman and Company
- Arnau, J (1978): *Psicología experimental. Un enfoque metodológico*. México. Trillas
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa: Guía práctica*. Barcelona. Ediciones CEAC
- Bisquerra, R. (2004): *Metodología de la investigación educativa*. Madrid. La Muralla.
- Bleuler, E. (1908). *The prognosis of dementia praecox. The group of schizophrenias*. Trad. Inglesa en *The clinical roots of the schizophrenia concept*, J. Cutting y M. Sheperd (1987). Cambridge: Cambridge University Press.
- Canal, R., Rivièrè, A. (1996). *Conducta de Juego y Expresiones Emocionales de Niños Autistas no Verbales en una Situación Natural de Interacción*. Fundación Nuevo Horizonte. Autismo España.
- Charman, T, Baird, G. (2002). Practitioner Review: Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in 2 and 3 year old Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol 43, n° 3, pp 289-305, USA.
- Centre Londres 94. Recuperado el 2 de Marzo de 2011 de www.centrelondres94.com

- Cohen, L. y Lawrence, M (1990) Métodos de Investigación educativa. Madrid. La muralla
- Coleman, J. (1984): Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata
- Coleman, M. y Gillberg, C. (1989). El autismo: Bases biológicas. Barcelona. Martínez Roca. 1989.
- Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla La Mancha. Recuperado el 14 de Marzo de 2011 de www.jccm.es
- Consejería de Educación de Castilla La Mancha. Recuperado el 14 de Marzo de 2011 de www.educa.jccm.es
- Decreto 138/2002, de 8 de octubre de Castilla La Mancha. Recuperado el 14 de Marzo de 2011 de www.educa.jccm.es
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Recuperado el 15 de Marzo de 2011 de www.rae.es
- DSM-IV-TR. (2008). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Barcelona. Masson, D.L. 69
- Edwards. A.L (1968): Experimental Design in Psychological Research. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston
- Enciclopedia ENCARTA (2008).
- Fundación Gestión y Participación Social. Recuperado el 22 de Febrero de 2011 de www.asociaciones.org
- Frith, U. (1991) Autismo. Madrid. Alianza Editorial, S. A.
- Gambará, H (2002) Métodos de investigación en Psicología y educación. Cuaderno de Prácticas. (Tercera Edición). Madrid. McGraw Hill
- García Llamas, J.L. (2008) Métodos de investigación en educación (Volúmenes I y II).Madrid. UNED Editorial
- Gómez, J., López, B., López, E. (1998). Aplicaciones del Abordaje de la Teoría de la Mente a la Evaluación e Intervención de Niños con Autismo. Fundación Nuevo Horizonte. Autismo España
- Gortázar, P. (1996). Intervención Educativa en Autismo Infantil. Descripción e Intervención. Fundación Nuevo Horizonte. Autismo España.
- Happé, F. (1998). Introducción al Autismo. Madrid. Alianza Editorial, S. A.
- Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 21 de Febrero de 2011 en www.ine.es

- Instituto de Salud Carlos III. Recuperado el 22 de Febrero de 2011 de <http://ier.isciii.es/autismo/>
- Kanner, L. (1943). "Autistic disturbances of affective contact". *Nerv Child* 2: 217–50. "Reprint". *Acta Paedopsychiatr* 35 (4): 100–36. 1968.
- Kerlinger, F.N (1979) *Behaviorial Research: A conceptual Approach*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston (Traducción española: Nueva Editorial Interamericana, 1981)
- León, O y Montero, I (1995) *Diseño de investigaciones: Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*. Madrid. Mc Graw Hill
- Ley de Accesibilidad 1/1994 de Castilla-La Mancha. . Recuperado el 22 de Marzo de 2011 de www.docm.jccm.es
- Ley 5/1995, de 23 de marzo de Castilla La Mancha. Recuperado el 22 de Marzo de 2011 de www.docm.jccm.es
- Ley 8/2000, de 30 de noviembre de Castilla La Mancha. Recuperado el 22 de Marzo de 2011 de www.docm.jccm.es
- Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo de Castilla La Mancha. Recuperado el 22 de Marzo de 2011 de www.docm.jccm.es
- Ley 7/2010 de Educación de Castilla La Mancha. Recuperado el 22 de Marzo de 2011 de www.docm.jccm.es
- Martínez Hernández, M (1994) *Métodos y diseños de investigación en psicología y educación*. Madrid. Complutense
- Mendizábal, F. (1996). *Cuestiones sobre detección, evaluación y atención temprana en autismo: Actas del V Congreso Internacional de Autismo*. Barcelona: Escuela Libre Editorial
- Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado el 21 de Marzo de 2011 de <http://www.micinn.es/>
- Odom, S; Hanson, M. y otros (2003). *Early Intervention Practices Around the World*. EUA. Brookes
- Orden de la Consejería de Bienestar Social de 15 de mayo de 1998 de Castilla La Mancha. Recuperado el 23 de marzo de 2011 de www.docm.jccm.es
- Organización Mundial de la Salud (1993): *CIE- 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid. Editorial Meditor.
- Portal de Castilla-La Mancha. Recuperado el 12 de Marzo de 2011 de www.castillalamancha.es

- Real Decreto 1497/2003 de 28 de noviembre de Castilla La Mancha. Recuperado el 23 de Marzo de 2011 de www.docm.jccm.es
 - Rivière, A. (1997). El tratamiento del autismo como trastorno generalizado del desarrollo. Principio generales, en A. Rivière y J. Martos (eds.), *Autismo infantil. Nuevas perspectivas*. Madrid: APNA
 - Rivière, A. (1998). Educación del Niño Autista, en Mayor, J., *Manual de Educación Especial*. Madrid. ANAYA.
 - Rivière, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Madrid. Trotta, D.L.
 - Rivière, A. (2002). El Autismo y los Trastornos Generalizados del Desarrollo, en Palacios et al. *Desarrollo Psicológico y Educación. Trastornos del Desarrollo y Necesidades Educativas Especiales*. Vol 3. Madrid. Editorial Alianza.
 - Rodrigues, A. (1977): *Investigación experimental en psicología y educación*. México: Trillas (1975)
 - Rutter, M. (1998). Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect. *J. Child. Psych. Psychiatry*, 39, 805-816.
 - Sibón, J. (1997). *Los niños con autismo o alteraciones graves de la personalidad*. Fundación Nuevo Horizonte. Autismo España.
 - Tomás, J. (2002). *El spectrum autista; evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Barcelona. Laertes, S. A.
 - Tortosa, F. (2004). *Tecnologías de Ayuda en Personas con Trastorno Autista: Guía para Docentes*. Murcia: CPR Murcia I.
 - VV.AA (1995). *Métodos de investigación en psicología*. Madrid. Síntesis psicología
 - Web oficial de Turismo de Castilla La Mancha. Recuperado el 13 de Marzo de 2011 de <http://www.turismocastillalamancha.com/>
- Wing, L. (1988). The continuum of autistic characteristics en E. Schopler y G. B. Mesibov. *Diagnosis and assesment in autism*. Nueva York, Plenum



A U T R A D E

Asociación Regional de Afectados de autismo y otros Trastornos del Desarrollo

Santa María de Alarcos, s/n • 13004 CIUDAD REAL • Apartado de Correos 485
Telf/Fax: 926 25 42 59 • e-mail: autrade@terra.es
Ins. En el Reg. Provincial de Asociaciones con el nº 1.822
Sección 1º y en el Reg. Gral. de Asociaciones con el nº 8.742 CIF G-13246384