

Artículo Original

Participación de población infantil y adolescente con trastorno del espectro autista en el hogar, la escuela y la comunidad

Participation of children and adolescents with autism spectrum disorder at home, at school, and in the community settings

Participação de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista no domicílio, na escola e na comunidade

Nuria Rebaldería^{a,b} , Beatriz Madroñero-Miguel^b , Rebeca Montes-Montes^c ,
Laura Delgado-Lobete^{a,c} , Beatriz Matesanz-García^b 

^aUnidad de Investigación en Promoción de la Salud – INTEGRA-SAÚDE, Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, A Coruña, Ferrol, España.

^bDepartamento de Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud, Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

^cDepartamento de Atención Sociosanitaria, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia, Lorca, España.

Cómo citar: Rebaldería, N., Madroñero-Miguel, B., Montes-Montes, R., Delgado-Lobete, L., & Matesanz-García, B. (2026). Participación de población infantil y adolescente con trastorno del espectro autista en el hogar, la escuela y la comunidad. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 34, e4333. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto438443333>

Resumen

Introducción: La participación es esencial en el desarrollo y la salud, pero la evidencia muestra que los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) participan menos en actividades diarias que sus pares con desarrollo típico y están más condicionados por factores ambientales. En España, la evidencia centrada en la participación en el TEA es muy limitada. **Objetivos:** Describir la participación en el hogar, la escuela y la comunidad, así como identificar los factores ambientales que facilitan o dificultan dicha participación, en menores españoles con TEA. **Métodos:** Estudio transversal basado en la cumplimentación de cuestionarios (demográfico, Escala de Ambiente de la Infancia y la Adolescencia – CASE, y Escala de Participación de la Infancia y la Adolescencia – CASP). Se reclutó a cuidadores principales de niños y niñas españoles, residentes en España, con TEA de entre 8 y 17 años. Se realizó un análisis descriptivo. **Resultados:** Se incluyeron 46 niños (84.8% varones; $\bar{x}_{edad} = 10.5$ años). Las puntuaciones obtenidas fueron: CASP

Recibido Ene. 14, 2026; 1ª Revisión Mayo 19, 2026; Aceptado Jun. 17, 2026.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access) bajo la licencia Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

Total Mdn = 67.50 (RIQ = 58.44–78.29); Subsecciones: Hogar Mdn = 79.17 (RIQ = 66.66–87.50), Escuela Mdn = 75.00 (RIQ = 65.00–85.00), Vecindario y comunidad Mdn = 56.25 (RIQ = 39.58–75.00); CASE Total Mdn = 50.00 (RIQ = 42.00–61.50). **Conclusión:** De acuerdo con el reporte parental, la participación de los niños con TEA fue mayor en el hogar, seguida de la escuela y la comunidad. El apoyo familiar y escolar favorecieron la participación, mientras que la escasez de servicios y recursos públicos, las actitudes de la sociedad y las demandas cognitivas, sensoriales y físicas del entorno actuaron como barreras.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, Medio Social, Investigación Participativa Basada en la Comunidad, Terapia Ocupacional, Promoción de la Salud.

Abstract

Introduction: Participation is essential for development and health, but evidence shows that children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) participate less in everyday activities than their typically developing peers and are more strongly influenced by environmental factors. In Spain, evidence specifically addressing participation among children and adolescents with ASD is very limited. **Objectives:** To describe participation at home, at school, and in the community and identify the environmental factors that facilitate or hinder such participation among Spanish children and adolescents with ASD. **Methods:** A cross-sectional study based on the completion of a sociodemographic questionnaire, the Child and Adolescent Scale of Environment (CASE), and the Child and Adolescent Scale of Participation (CASP). Primary caregivers of Spanish children and adolescents with ASD who were aged 8–17 years and resided in Spain were recruited. A descriptive analysis was conducted. **Results:** The sample included 46 children and adolescents (84.8% male; median age = 10.5 years). The scores obtained were as follows: total CASP, Mdn = 67.50 (IQR = 58.44–78.29); subsections: Home, Mdn = 79.17 (IQR = 66.66–87.50), School, Mdn = 75.00 (IQR = 65.00–85.00), and Neighborhood and Community, Mdn = 56.25 (IQR = 39.58–75.00); total CASE, Mdn = 50.00 (IQR = 42.00–61.50). **Conclusion:** According to parent reports, participation among children and adolescents with ASD was highest at home, followed by school and the community. Family and school support facilitated participation, whereas the limited availability of public services and resources, societal attitudes, and the cognitive, sensory, and physical demands of the environment constituted barriers.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Social Environment, Community-Based Participatory Research, Occupational Therapy, Health Promotion.

Resumo

Introdução: A participação é essencial para o desenvolvimento e a saúde, mas as evidências mostram que crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA) participam menos das atividades cotidianas do que seus pares com desenvolvimento típico e são mais influenciados por fatores ambientais. Na Espanha, são muito limitadas as evidências especificamente voltadas à participação de crianças e adolescentes com TEA. **Objetivos:** Descrever a participação no domicílio, na escola e na comunidade, bem como identificar os fatores ambientais que facilitam ou dificultam essa participação entre crianças e adolescentes espanhóis com TEA. **Métodos:** Estudo transversal baseado no preenchimento de um questionário

sociodemográfico, da Escala de Ambiente da Infância e Adolescência (CASE) e da Escala de Participação da Infância e Adolescência (CASP). Foram recrutados cuidadores principais de crianças e adolescentes espanhóis com TEA, residentes na Espanha e com idade entre 8 e 17 anos. Foi realizada uma análise descritiva.

Resultados: A amostra incluiu 46 crianças e adolescentes (84,8% do sexo masculino; idade mediana = 10,5 anos). Os escores obtidos foram: CASP total, Mdn = 67,50 (RIQ = 58,44–78,29); subseções: Domicílio, Mdn = 79,17 (RIQ = 66,66–87,50), Escola, Mdn = 75,00 (RIQ = 65,00–85,00), e Vizinha e comunidade, Mdn = 56,25 (RIQ = 39,58–75,00); CASE total, Mdn = 50,00 (RIQ = 42,00–61,50). **Conclusão:** De acordo com o relato dos pais, a participação das crianças e dos adolescentes com TEA foi maior no domicílio, seguida da escola e da comunidade. O apoio familiar e escolar favoreceu a participação, enquanto a escassez de serviços e recursos públicos, as atitudes da sociedade e as demandas cognitivas, sensoriais e físicas do ambiente constituíram barreiras.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Ambientes Sociais, Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade, Terapia Ocupacional, Promoção da Saúde.

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones en la comunicación y la interacción social, junto con la presencia de patrones de comportamiento restrictivos y repetitivos (World Health Organization, 2019). A nivel mundial, el TEA afecta aproximadamente a 1 de cada 100 niños, y presenta una comorbilidad con discapacidad intelectual cercana al 33% (Zeidan et al., 2022).

En España, la prevalencia del TEA se sitúa alrededor del 1% de la población en edad escolar, con una mayor frecuencia en varones (Morales-Hidalgo et al., 2018). Los datos epidemiológicos y educativos reflejan un incremento del 193% en el número de estudiantes con diagnóstico de TEA escolarizados en enseñanzas no universitarias durante la última década, lo que evidencia un aumento sostenido en la identificación y el reconocimiento del TEA dentro del sistema educativo nacional (Autismo España, 2022; Reviriego-Rodrigo et al., 2022).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la participación como “la implicación de la persona en una situación vital” y la concibe como el resultado de la interacción dinámica entre la persona y su entorno, donde los factores ambientales pueden actuar como facilitadores o barreras del funcionamiento y la participación (World Health Organization, 2001). Desde esta perspectiva, la participación constituye un factor fundamental para el desarrollo, la salud y el bienestar (American Occupational Therapy Association, 2020).

En el TEA, la participación y la independencia funcional muestran una asociación positiva y bidireccional: la implicación en actividades significativas —escolares, sociales o recreativas— favorece el desarrollo y la consolidación de habilidades adaptativas esenciales para la autonomía, mientras que mayores niveles de independencia funcional facilitan una participación más amplia y diversa en los entornos naturales del niño o adolescente. Esta relación ha sido documentada tanto en estudios centrados en la infancia y adolescencia (Jasmin et al., 2009) como en investigaciones longitudinales con jóvenes adultos (Orsmond et al., 2013; Shattuck et al., 2012).

La evidencia disponible muestra de forma consistente que los niños y adolescentes con TEA presentan niveles de participación inferiores en las actividades de la vida diaria en comparación con sus pares con desarrollo típico (Lamash et al., 2019; Ratcliff et al., 2018). El entorno doméstico es el contexto en el que alcanzan sus mayores niveles de participación, mientras que esta disminuye en los entornos escolar y comunitario (Lamash et al., 2019). En la escuela y, especialmente, en la comunidad se ha descrito una menor frecuencia e implicación en actividades sociales y recreativas, particularmente en aquellas que requieren interacción con iguales y una mayor iniciativa social (Ratcliff et al., 2018; Tint et al., 2017).

La participación de los niños y adolescentes con TEA está fuertemente condicionada por las características del entorno. La evidencia indica que su implicación aumenta cuando disponen de apoyos adecuados y se reducen las barreras (Rosa et al., 2019), y que los componentes físicos, sensoriales y sociales del entorno desempeñan un papel decisivo en sus oportunidades de participación (Khalifa et al., 2020; Lamash et al., 2019; Simpson & Adams, 2024).

En España, únicamente se ha identificado un estudio que analiza la participación en población infantil con trastornos del neurodesarrollo, incluyendo el TEA (Blanco-Martínez et al., 2020), por lo que la evidencia específica centrada exclusivamente en el autismo continúa siendo limitada. En este contexto, resulta necesario profundizar en el conocimiento sobre los patrones de participación de niños y adolescentes con TEA en su vida cotidiana.

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivos describir los niveles de participación de niños y adolescentes españoles con TEA en los ámbitos escolar, familiar y comunitario, e identificar los factores ambientales que facilitan o dificultan dicha participación.

Métodos

Diseño de estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal, basado en la cumplimentación de tres cuestionarios autoadministrados que incluían preguntas abiertas y cerradas.

Participantes

La muestra estuvo formada cuidadores principales de niños y niñas que cumplían los criterios de inclusión establecidos: nacionalidad española, residencia en España, diagnóstico de TEA y edades comprendidas entre 8 y 17 años.

Recolección de datos

El reclutamiento se llevó a cabo mediante muestreo no probabilístico de conveniencia y muestreo en cadena (bola de nieve) entre enero de 2024 y julio de 2025. La difusión del estudio se realizó a través de tres vías: mensajería virtual, redes sociales y charlas informativas en centros terapéuticos de Madrid.

Se facilitó a los participantes un enlace a una encuesta en línea (Google Forms) que incluía un cuestionario sociodemográfico, seguido de la Escala de Participación de la Infancia y la Adolescencia (Child and Adolescent Scale of Participation, CASP) (Bedell, 2009), y la Escala de Ambiente de la Infancia y la Adolescencia (Child and Adolescent Scale of Environment, CASE) (Bedell & McDougall, 2015). La encuesta fue cumplimentada por los cuidadores principales, quienes actuaron como informantes indirectos (proxy) y aportaron información sobre sus hijos, quienes constituían la población de interés del estudio. La recogida de datos fue completamente anónima, lo que impidió la identificación de los participantes.

Instrumentos de evaluación y variables

Cuestionario sociodemográfico

Se empleó un cuestionario sociodemográfico ad hoc diseñado para recoger información sobre la edad, el sexo, el diagnóstico de TEA, la presencia de discapacidad intelectual, la modalidad de escolarización, la nacionalidad del niño/a, el país y el tipo de población de residencia, así como el nivel educativo del cuidador principal y el número de convivientes en el hogar.

Escala de participación de la infancia y la adolescencia

La participación se evaluó mediante la CASP. Es un instrumento informado por los padres que evalúa el grado de participación de niños y adolescentes en su vida diaria. Consta de 20 ítems distribuidos en cuatro subsecciones: 1) Participación en el hogar (6 ítems), 2) Participación en el vecindario y comunidad (4 ítems), 3) Participación en la escuela (5 ítems), y 4) Participación en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (5 ítems). Aunque la versión original incluye un ítem específico sobre actividades y responsabilidades laborales, este fue excluido en el presente estudio, dado que la edad legal para trabajar en España es de 18 años. Cada ítem se puntúa mediante una escala Likert de cuatro categorías: “Lo esperado para su edad (participación plena)”, “Con algo de dificultad”, “Con mucha dificultad” y “No participa”. También se contempla la opción “No aplicable” cuando el ítem describe una actividad que puede no formar parte de la vida del niño debido a su edad, contexto cultural, rutinas familiares, estructura escolar o circunstancias relacionadas con su discapacidad. Esta opción evita penalizar a un niño por actividades que no son esperadas o relevantes para su situación. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, de modo que puntuaciones más altas reflejan un mayor grado de participación. La CASP incluye además preguntas abiertas orientadas a identificar estrategias y apoyos efectivos, así como barreras que influyen en la participación (Bedell, 2009).

Aunque la estructura conceptual de la CASP contempla la comparación con el desempeño típico para la edad, esta interpretación requiere datos normativos o criterios de referencia validados para el contexto cultural de aplicación. Dado que no existen datos normativos disponibles para población española, en el presente estudio las puntuaciones se utilizaron únicamente con fines descriptivos y no se interpretaron como desviaciones respecto al desempeño esperado para la edad.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, en muestras mayoritariamente estadounidenses y, en menor medida, canadienses de niños y adolescentes con diversos tipos de discapacidad, incluido el TEA, la escala presenta elevada fiabilidad test-retest (Coeficiente de Correlación Intraclase, ICC = 0.94), alta consistencia interna ($\alpha \geq 0.95$)

y adecuada validez de constructo y validez discriminante (Bedell, 2009; McDougall et al., 2013).

Escala de ambiente de la infancia y la adolescencia

Los factores ambientales se evaluaron mediante la CASE. Es un instrumento informado por los padres y basado en la CIF que evalúa el impacto de los problemas que experimentan los niños en relación con las características físicas, sociales y actitudinales del hogar, la escuela y la comunidad. Consta de 18 ítems, cada uno calificado mediante una escala Likert de tres puntos (“No supone un problema”, “Supone algo de problema”, “Supone un gran problema”), además de la opción “No aplicable a mi situación”. Al igual que en la CASP, se contempla esta última opción cuando el ítem describe una actividad que puede no formar parte de la vida del niño debido a su edad, contexto cultural, rutinas familiares, estructura escolar o circunstancias relacionadas con su discapacidad. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, donde puntuaciones más altas reflejan un entorno más problemático. La CASE también incluye preguntas abiertas sobre los aspectos físicos o sociales del entorno y sobre los servicios y recursos que facilitan o dificultan la participación diaria (Bedell & McDougall, 2015).

Respecto a sus propiedades psicométricas, los estudios disponibles indican que, en muestras canadienses y taiwanesas de niños y adolescentes con diversas discapacidades, incluido el TEA, este instrumento ha mostrado adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.74-0.89$) y fiabilidad test-retest ($ICC = 0.73-0.85$) (Bedell & McDougall, 2015; Kang et al., 2015). Además, en muestras predominantemente estadounidenses se han observado correlaciones moderadas entre las puntuaciones de la CASP y la CASE ($r = -0.43$, $p < 0.001$), de modo que los niños con un mayor nivel de participación (puntuaciones CASP más altas) presentaban menos barreras ambientales (puntuaciones CASE más bajas) (Bedell, 2009).

Consideraciones Éticas

Esta investigación se desarrolló conforme a los principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. El estudio fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación del Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle (Madrid, España), el cual determinó que, debido a su carácter anónimo y no intervencional, no se requería una aprobación formal. Al inicio de la encuesta se proporcionó información detallada sobre la naturaleza del estudio, los procedimientos, los objetivos y los beneficios esperados. Asimismo, se informó de que la participación era anónima, libre y voluntaria, y que el consentimiento se consideraba otorgado mediante la cumplimentación y el envío de la encuesta.

Tamaño Muestral

En este estudio no se realizó un cálculo de tamaño muestral a priori. En su lugar, una vez definida la muestra disponible, se llevó a cabo una estimación de la precisión alcanzable en la media de la puntuación CASP. Para ello se utilizó como referencia la desviación estándar de 12 puntos descrita por Bedell (2009) en una población comparable, lo que permitió obtener una estimación razonable de la variabilidad esperada (Bedell, 2009). Asumiendo una distribución aproximadamente normal, se

calculó la semiamplitud del intervalo de confianza bilateral del 95% para la media con los 46 participantes reclutados. La estimación resultante fue de aproximadamente $\pm 3,5$ puntos (error estándar de 1,77 puntos), lo que se consideró adecuado para los objetivos descriptivos del estudio. Este enfoque permite valorar la precisión de la estimación de la media, pero no proporciona información sobre potencia estadística ni sobre capacidad para detectar efectos o diferencias entre grupos.

Análisis de Datos

El análisis estadístico se realizó utilizando la versión 25.0 del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.).

Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad en la distribución de los datos cuantitativos (escalas CASP y CASE). Dado que algunas de las subsecciones de la CASP no mostraron una distribución normal, se optó por describir todas las puntuaciones de las escalas empleando la mediana (Mdn) y el rango intercuartílico (RIQ). Esta elección permitió mantener la coherencia en la presentación de los resultados y asegurar una adecuada comparación entre ellos. La mediana constituye una medida robusta de tendencia central, apropiada tanto para distribuciones normales como no normales, por lo que su uso no compromete la validez descriptiva de los datos (Michelucci, 2025).

En cuanto al cuestionario sociodemográfico, los datos cualitativos se expresaron como valor absoluto y porcentaje de frecuencia relativa (n [%]), mientras que las variables cuantitativas se presentaron como mediana (RIQ).

Resultados

Cuestionario sociodemográfico

Se reclutó a 46 niños y adolescentes españoles con diagnóstico de TEA. La edad mediana fue de 10.50 años (RIQ = 9.00–13.00), con un rango de 8 a 17 años y una moda de 9. La mayoría pertenecía al sexo masculino, no presentaba discapacidad intelectual asociada al TEA, asistía a centros educativos ordinarios con apoyos, residía en entornos urbanos, tenía cuidadores principales con estudios superiores y vivía en hogares compuestos por cuatro miembros. Los resultados detallados del cuestionario sociodemográfico se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	N = 46
	N (%)
Sexo	
Masculino	39 (84.8)
Femenino	7 (15.2)
Diagnóstico de DI asociado al TEA	
Sí	15 (32.6)
No	31 (67.4)
Modalidad de escolarización	

Nota: DI: Discapacidad Intelectual; TEA: Trastorno del Espectro Autista.

Tabla 1. Continuación...

Variable	N = 46
	N (%)
Colegio ordinario (sin apoyos)	9 (19.6)
Colegio ordinario (con apoyos)	22 (47.8)
Colegio de educación especial	5 (10.9)
Aula TEA en colegio ordinario	10 (21.7)
Tipo de población	
Urbana	43 (93.5)
Rural	3 (6.5)
Nivel educativo del cuidador principal	
Sin estudios	1 (2.2)
Educación básica u obligatoria	1 (2.2)
Educación secundaria	6 (13.0)
Estudios superiores	38 (82.6)
Número de convivientes en el hogar	
2	4 (8.7)
3	6 (13.0)
4	31 (67.4)
5	5 (10.9)

Nota: DI: Discapacidad Intelectual; TEA: Trastorno del Espectro Autista.

Escala CASP

La puntuación mediana de la escala CASP fue de 67.50 (RIQ = 58.44–76.29) sobre 100. Se identificaron diferencias entre las distintas subsecciones de la escala, tanto en los valores centrales como en la dispersión. La subescala con mayor puntuación fue Hogar (Mdn = 79.17; RIQ = 66.66–87.50), seguida de Escuela (Mdn = 75.00; RIQ = 65.00–85.00), AIVD (Mdn = 60.42; RIQ = 39.58–75.00) y, por último, Vecindario y comunidad (Mdn = 56.25; RIQ = 39.58–81.25), presentando además la mayor variabilidad entre el primer y el tercer cuartil. Dado que las subescalas incluyen un número ligeramente diferente de ítems (entre 4 y 6), parte de la variabilidad observada puede deberse al peso relativo de cada ítem en la puntuación compuesta. Aunque este efecto es moderado, las diferencias en dispersión deben interpretarse con cautela.

Los resultados ítem por ítem se presentan en la Tabla 2, que recoge la distribución porcentual de las cuatro opciones de respuesta de la escala. Los ítems con mayor proporción de respuestas “Lo esperado para su edad” se concentraron en los entornos Escuela (13. Desplazamiento por el colegio; y 14. Uso del material escolar utilizado por sus compañeros o adaptado para el niño) y Hogar (1. Actividades sociales/juego/ocio en familia en casa; 3. Tareas y responsabilidades domésticas y decisiones que afectan al hogar; y 5. Desplazamiento por el hogar o sus alrededores). En contraste, los porcentajes más elevados de “No participa” se concentraron principalmente en el Vecindario y comunidad (7. Actividades sociales/juego con amigos del vecindario; y 10. Comunicación con otras personas del vecindario/comunidad) y en las AIVD (16. Actividades de mantenimiento del hogar; y 17. Manejo del dinero y compras).

Tabla 2. Resultados detallados por ítem de la escala CASP.

Subsección	Ítem	Opciones de respuesta N = 46				
		Lo esperado para su edad	Con algo de dificultad	Con mucho dificultad	No participa	No aplicable
Hogar	1. En las actividades sociales, de juego o de ocio en familia en casa	17 (37.0)	19 (41.3)	5 (10.9)	5 (10.9)	0 (0)
	2. En las actividades sociales, de juego o de ocio en casa con amigos	8 (17.4)	16 (34.8)	12 (26.1)	9 (19.6)	1 (2.2)
	3. En las tareas y responsabilidades domésticas y las decisiones que afectan al hogar	18 (39.1)	16 (34.8)	9 (19.6)	3 (6.5)	0 (0)
	4. En las actividades de autocuidado	13 (28.3)	23 (50)	10 (21.7)	0 (0)	0 (0)
	5. Desplazándose por el hogar o en los alrededores del hogar	26 (56.5)	0 (0)	17 (37)	2 (4.3)	1 (2.2)
	6. Comunicándose con otros niños y adultos que están en casa	16 (34.8)	23 (50.0)	4 (8.7)	2 (4.3)	1 (2.2)
Vecindario y comunidad	7. En las actividades sociales, de juego o de ocio con los amigos en el vecindario o la comunidad	6 (13.0)	14 (30.4)	9 (19.6)	17 (37.0)	0 (0)
	8. En actividades planificadas del vecindario o la comunidad	8 (17.4)	14 (30.4)	14 (30.4)	9 (19.6)	1 (2.2)
	9. Movilidad por el vecindario o la comunidad	12 (26.1)	13 (28.3)	13 (28.3)	4 (8.7)	4 (8.7)
	10. Comunicándose con otros niños o adultos del vecindario o la comunidad	7 (15.2)	16 (34.8)	10 (21.7)	13 (28.3)	0 (0)
Escuela	11. En las actividades académicas con otros niños de su clase	10 (21.7)	27 (58.7)	7 (15.2)	2 (4.3)	0 (0)
	12. En las actividades sociales, de juego o de ocio con otros niños de la escuela	10 (21.7)	16 (34.8)	12 (26.1)	8 (17.4)	0 (0)
	13. Desplazándose por el colegio	27 (58.7)	15 (32.6)	4 (8.7)	0 (0)	0 (0)
	14. En el uso del material escolar que utilizan sus compañeros de clase o que han sido adaptados para el niño	26 (56.5)	14 (30.4)	6 (13.0)	0 (0)	0 (0)
	15. Comunicándose con otros niños o adultos de la escuela	9 (19.6)	19 (41.3)	16 (34.8)	2 (4.3)	0 (0)

Nota: Los resultados se expresan como n (%). AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Tabla 2. Continuación...

Subsección	Ítem	Opciones de respuesta N = 46				
		Lo esperado para su edad	Con algo de dificultad	Con much dificultad	No participa	No aplicable
AIVD	16. En las actividades de mantenimiento del hogar	9 (19.6)	16 (34.8)	7 (15.2)	12 (26.1)	2 (4.3)
	17. En el manejo del dinero y compras	6 (13.0)	17 (37.0)	7 (15.2)	11 (23.9)	5 (10.9)
	18. Organizarse en la agenda diaria	2 (4.3)	17 (37.0)	17 (37.0)	8 (17.4)	2 (4.3)
	19. Utilizando el transporte público para moverse por la comunidad	6 (13.0)	12 (26.1)	5 (10.9)	9 (19.6)	14 (30.4)

Nota: Los resultados se expresan como n (%). AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Con respecto a las preguntas cualitativas, los hallazgos más relevantes – derivados del conteo de las respuestas aportadas por los progenitores – fueron los siguientes:

- Las circunstancias que interferían con la plena participación de los niños y adolescentes con TEA fueron principalmente las características nucleares del trastorno (dificultades en la comunicación y en las habilidades sociales, rigidez cognitiva, alteraciones sensoriales, dificultades de comprensión y procesamiento, déficits en funciones ejecutivas y conductas disruptivas o desregulación). En segundo lugar, influyeron negativamente las actitudes de la sociedad, como el desconocimiento sobre el TEA, la falta de apoyos y recursos, las actitudes excluyentes o poco sensibles, así como la ausencia de actividades adaptadas e inclusivas. Además, es relevante destacar que tres progenitores mencionaron su propia sobreprotección como limitante de la participación.
- Las circunstancias que facilitaron la plena participación de los niños y adolescentes con TEA incluyeron:
 - o Adaptaciones curriculares: reducción del número de preguntas en los exámenes, ampliación del tiempo de realización y apoyo en la comprensión de los enunciados, materiales didácticos adaptados, uso de apoyos visuales, anticipación de tareas y estructuración del trabajo.
 - o Apoyos terapéuticos y profesionales en el entorno escolar: profesorado de pedagogía terapéutica y audición y lenguaje y técnicos en integración social, aunque en algunos casos se consideraron insuficientes.
 - o Apoyos terapéuticos privados fuera del entorno escolar: terapia ocupacional, logopedia y psicología.
 - o Apoyo familiar: uso de los intereses del niño (canciones y juegos), acompañamiento emocional y comprensión.
- El 45.7% de los niños y adolescentes de la muestra utilizaba algún producto de apoyo o modificación del entorno que facilitaba su participación diaria. Los productos de apoyo mencionados con mayor frecuencia fueron las agendas, los comunicadores, los pictogramas y los canceladores de sonido. En cuanto a las modificaciones del entorno, estas fueron principalmente de carácter sensorial y se orientaron a reducir el ruido (p. ej., aislamiento acústico) y la intensidad lumínica (p. ej., sistemas de iluminación regulable).

Escala CASE

La puntuación mediana de la escala CASE fue de 50.00 (RIQ: 42.00–61.50) sobre 100. Los ítems que concentraron una mayor proporción de respuestas en la categoría “Supone un gran problema” fueron:

- 15. Estrés familiar.
- 17. Problemas relacionados con las políticas, los servicios públicos y los recursos estatales.
- 18. Falta de información o confusión en el diagnóstico, la condición o los enfoques de intervención propuestos para el niño.

Por otro lado, los ítems con mayor frecuencia de respuestas en la categoría “Supone algo de problema” fueron:

- 7. Actitudes de la comunidad o vecindario hacia el niño.
- 10. Asistencia o apoyo personal insuficiente o inadecuado en la escuela.
- 12. Programas y servicios insuficientes o inadecuados en la escuela.
- 18. Falta de información o confusión en el diagnóstico, la condición o los enfoques de intervención propuestos para el niño.

La Tabla 3 recoge los resultados detallados de los 18 ítems de la escala.

Tabla 3. Resultados detallados por ítem de la escala CASE.

Ítem	Opciones de respuesta N = 46			
	No supone un problema	Supone algo de problema	Supone un gran problema	No aplicable a mi situación
1. Problemas con el diseño y disposición del entorno en el hogar	31 (67.4)	8 (17.4)	1 (2.2)	6 (13.0)
2. Problemas con el diseño y disposición del entorno en lugares y edificios públicos a los que el niño acude en la comunidad o vecindario	24 (52.2)	17 (37.0)	0 (0)	5 (10.9)
3. Problemas con el diseño y disposición del entorno en la escuela	32 (69.6)	11 (23.9)	0 (0)	3 (6.5)
4. Falta de apoyo y ánimo que el niño recibe en la comunidad o vecindario	24 (52.2)	17 (37.0)	2 (4.3)	3 (6.5)
5. Falta de apoyo y ánimo que el niño recibe en la escuela	28 (60.9)	12 (26.1)	5 (10.9)	1 (2.2)
6. Actitudes de la gente hacia el niño en la escuela	25 (54.3)	17 (37.0)	4 (8.7)	0 (0)
7. Actitudes de la gente hacia el niño en la comunidad o vecindario	23 (50.0)	21 (45.7)	0 (0)	2 (4.3)
8. Productos de apoyo, materiales o recursos físicos insuficientes o inadecuados	30 (65.2)	11 (23.9)	1 (2.2)	4 (8.7)
9. Asistencia o apoyo personal insuficiente o inadecuado en el hogar o en la comunidad o vecindario	23 (50.0)	14 (30.4)	2 (4.3)	7 (15.2)

Nota: Los resultados se expresan en porcentajes n (%).

Tabla 3. Continuación...

Ítem	Opciones de respuesta N = 46			
	No supone un problema	Supone algo de problema	Supone un gran problema	No aplicable a mi situación
10. Asistencia o apoyo personal insuficiente o inadecuado en la escuela	19 (41.3)	21 (45.7)	3 (6.5)	3 (6.5)
11. Transporte insuficiente o inadecuado	28 (60.9)	13 (28.3)	0 (0)	5 (10.9)
12. Programas y servicios insuficientes o inadecuados en la escuela	20 (43.5)	19 (41.3)	5 (10.9)	2 (4.3)
13. Programas y servicios insuficientes o inadecuados en la comunidad o el trabajo	23 (50.0)	14 (30.4)	5 (10.9)	4 (8.7)
14. Recursos económicos familiares insuficientes	24 (52.2)	16 (34.8)	6 (13.0)	0 (0)
15. Estrés familiar	14 (30.4)	13 (28.3)	18 (39.1)	1 (2.2)
16. Violencia o criminalidad en la comunidad o vecindario	32 (69.6)	6 (13.0)	1 (2.2)	7 (15.2)
17. Problemas con las políticas, servicios públicos y recursos estatales	16 (34.8)	15 (32.6)	11 (23.9)	4 (8.7)
18. Falta de información o confusión en el diagnóstico, condición o enfoques de intervención propuestos para el niño	14 (30.4)	18 (39.1)	12 (26.1)	2 (4.3)

Nota: Los resultados se expresan en porcentajes n (%).

En cuanto a las preguntas cualitativas, los obstáculos para la participación – identificados a partir del conteo de las respuestas proporcionadas por los progenitores – se concentraron en tres ámbitos. En el sistema educativo, se subrayó la insuficiencia de apoyos, la falta de formación del profesorado y la escasez de adaptaciones en el aula. En el ámbito de los servicios y recursos, se señaló la ausencia de servicios terapéuticos públicos especializados, la limitada preparación de los profesionales sanitarios, los retrasos burocráticos en la obtención del diagnóstico y la insuficiencia de ayudas económicas. En el entorno comunitario, se identificaron la falta de información, empatía y concienciación social, la escasa accesibilidad cognitiva y la ausencia de asociaciones o actividades deportivas y de ocio adaptadas.

En contraste, los principales facilitadores provenían de los apoyos educativos (profesorado de pedagogía terapéutica y de audición y lenguaje y técnicos en integración social), de los servicios terapéuticos ofrecidos en centros especializados privados (terapia ocupacional, logopedia, psicología, fisioterapia, entre otros) y del entorno familiar, especialmente a través de la implicación activa de los progenitores —con un papel destacado de las madres—, el acompañamiento continuo y el refuerzo positivo.

Discusión

Los resultados del presente estudio evidencian diferencias en los niveles de participación de niños y adolescentes con TEA según el contexto. De acuerdo con el

reporte parental, la participación fue mayor en el entorno familiar, seguida del ámbito escolar, mientras que la comunidad constituyó el contexto con menor participación. Los progenitores indicaron que el apoyo familiar y escolar era percibido como un facilitador de la participación. En cambio, la escasez de servicios y recursos públicos, las actitudes sociales y las exigencias cognitivas, sensoriales y físicas del entorno fueron reportadas como barreras que limitaban dicha participación.

Participación en el hogar

En el presente estudio, de acuerdo con la información reportada por los progenitores, el entorno en el que se percibió una mayor participación de los niños y adolescentes con TEA fue el hogar, un hallazgo ampliamente respaldado por investigaciones basadas en la percepción de las familias (Askari et al., 2015; Chen et al., 2023). Las áreas con mayor nivel de participación correspondieron a las actividades sociales, de juego y ocio en familia, las tareas y responsabilidades domésticas, la toma de decisiones que afectan al hogar y los desplazamientos por el hogar y sus alrededores. Estos resultados coinciden con la literatura previa, que señala que el entorno domiciliario suele facilitar la participación de los niños y adolescentes con TEA en actividades familiares y cotidianas, especialmente cuando se desarrollan en contextos estructurados, predecibles y con el apoyo directo de los miembros de la familia (Egilson et al., 2017). En comparación con otros contextos, el hogar ofrece mayores oportunidades de adaptación ambiental y ajuste de las demandas de la actividad, lo que favorece la implicación en rutinas familiares, tareas domésticas y actividades compartidas (Askari et al., 2015).

Al analizar las actividades del hogar en las que los progenitores reportaron mayores dificultades de participación, se encontró que solo ocho niños participaban en actividades de ocio en casa con amigos. Este hallazgo es coherente con lo descrito por Askari et al. (2015), quienes señalan que muchos niños y adolescentes con TEA tienden a involucrarse principalmente en actividades en solitario o junto a miembros de la familia, y presentan una menor probabilidad de interactuar con amigos o ser invitados a actividades sociales (Askari et al., 2015). De forma similar, Egilson et al. (2017) indican que estos niños dedican más tiempo a actividades solitarias, como ver la televisión o utilizar el ordenador, y menos a actividades sociales dentro del hogar, especialmente con iguales (Egilson et al., 2017).

Las familias participantes en este estudio destacaron que la participación en el hogar se ve favorecida por su capacidad para estructurar las actividades y adaptar el entorno a las necesidades de sus hijos, mediante estrategias como la anticipación, el uso de sus intereses como elementos motivadores, una comunicación clara empática y el empleo de refuerzos positivos. Asimismo, la elevada participación indicada por los progenitores podría estar relacionada con el uso sistemático de productos de apoyo y adaptaciones del entorno orientadas a ajustar las demandas sensoriales, espaciales y organizativas del domicilio, tales como agendas visuales, planificadores de horarios, comunicadores o materiales sensoriales. En consonancia con la literatura, una mayor participación en el hogar se asocia con un mayor acceso a apoyos y recursos, reforzando la idea de que la participación no depende exclusivamente de las capacidades individuales del niño, sino del grado de ajuste entre la persona, la ocupación y el entorno (Askari et al., 2015; Krieger et al., 2024). En esta línea, Egilson et al. (2017) señalan que las familias tienden a ser selectivas con las actividades sociales que se realizan en el hogar, preparan a los niños con antelación y adaptan las interacciones para minimizar posibles conflictos,

actuando como mediadoras clave que ajustan las demandas de la actividad (Egilson et al., 2017).

No obstante, diversos estudios advierten que esta mayor participación en el entorno doméstico suele estar mediada por una elevada carga de apoyo familiar, lo que conlleva importantes dificultades para instaurar rutinas y promover la autonomía. Estas experiencias han sido descritas por las familias como agotadoras, extenuantes y, con frecuencia, poco reconocidas (Bagatell, 2015; Krieger et al., 2024; McAuliffe et al., 2020). En consonancia, los resultados del presente estudio muestran que el estrés familiar constituye un problema relevante para una proporción considerable de la muestra (39,1%). Por su parte, Clark & Adams (2020) señalan que muchas familias de niños con TEA demandan investigaciones centradas específicamente en el entorno del hogar (Clark & Adams, 2020), lo que subraya la importancia de este contexto como foco prioritario de análisis e intervención.

Participación en la escuela

De acuerdo con la información reportada por los progenitores, la mayoría de los participantes de la presente investigación se involucraba en las actividades escolares, ya fuera sin dificultad, con algo de dificultad o con mucha dificultad. Este hallazgo coincide con estudios previos que indican que la mayor parte del alumnado con TEA participa de forma habitual en las actividades del aula, integradas en sus rutinas escolares (Chen et al., 2023). En el contexto español, este patrón puede explicarse, al menos parcialmente, por el marco normativo vigente, que garantiza la escolarización del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y establece la obligación de los centros escolares de implementar las medidas necesarias para asegurar su participación (España, 2009, 2022). En consonancia con este marco, los resultados cualitativos del presente estudio muestran que las familias perciben la existencia y aplicación efectiva de medidas educativas y apoyos orientados a favorecer la participación académica del alumnado con TEA. Entre las estrategias identificadas se incluyen las adaptaciones curriculares, el uso de agendas y planificadores semanales, los sistemas de comunicación aumentativa y alternativa y los apoyos visuales, así como la presencia de personal de apoyo, de carácter obligatorio según la legislación vigente.

No obstante, las familias también indican que, aunque adecuados, los apoyos disponibles resultan insuficientes para responder a las necesidades reales del alumnado, lo que limita la efectividad de la respuesta educativa. Esta percepción ha sido además respaldada por la jurisprudencia española, que ha reconocido de forma reiterada que la insuficiencia de los apoyos educativos compromete el derecho a la educación del alumnado con TEA, poniendo de manifiesto la necesidad de recursos especializados adecuados, estables y planificados (España, 2011, 2024). Asimismo, la literatura aporta evidencia adicional desde el ámbito educativo español, señalando que el profesorado identifica carencias significativas en recursos especializados, formación específica y apoyos institucionales, elementos esenciales para la implementación efectiva de prácticas inclusivas (Bolado Peña et al., 2025).

Es relevante mencionar que, de acuerdo con los progenitores, el 76.1% de los niños y adolescentes presentaba dificultades para participar en la comunicación con compañeros y adultos en el entorno escolar, ya fuera con algo de dificultad o con mucha dificultad. Una gran parte de las familias atribuyó este hallazgo a las características del TEA, tales como dificultades persistentes en la comunicación social y el lenguaje, limitaciones en la

iniciativa y reciprocidad social, inflexibilidad cognitiva, ansiedad ante contextos sociales, hipersensibilidad sensorial y problemas en la regulación emocional. Estas dificultades, presentes desde etapas tempranas del desarrollo y manifestadas en múltiples contextos (World Health Organization, 2019), se han asociado en el ámbito escolar con menores niveles de interacción social, mayores experiencias de soledad y redes sociales más limitadas, incluso en contextos de escolarización inclusiva (Humphrey & Symes, 2011; Locke et al., 2010; Shattuck et al., 2011). Los apoyos escolares existentes tienden a centrarse prioritariamente en el rendimiento académico, relegando la participación social a un segundo plano, lo que limita las oportunidades de interacción significativa dentro del aula y en otros contextos escolares (Ólafsdóttir et al., 2024). En este sentido, diversos autores subrayan la necesidad de promover apoyos específicos orientados a la socialización, mediante entornos inclusivos y basados en intereses compartidos (Chen et al., 2023; Koegel et al., 2012), dado que existen evidencias de que la mera inclusión estructural no garantiza una participación social significativa (Bolado Peña et al., 2025; Shaham et al., 2025).

Participación en el vecindario y comunidad

En el presente estudio, las familias señalaron que la comunidad era el entorno en el que los niños y adolescentes con TEA participaban en menor medida. Este hallazgo confirma que el entorno comunitario constituye un medio particularmente desafiante para lograr una participación significativa. La investigación de Devenish et al. (2020) respalda estos resultados y los relaciona con las características propias del TEA, incluyendo la menor conciencia social, la baja motivación social y la presencia de intereses restringidos (Devenish et al., 2020).

En esta línea, Askari et al. (2015) clasificaron los determinantes de la participación desde el marco de la CIF, identificando las alteraciones del procesamiento sensorial como una de las principales funciones corporales asociadas a la restricción de la participación en actividades de ocio fuera del ámbito escolar (Askari et al., 2015). La evidencia científica indica que estas alteraciones desempeñan un papel central en el bienestar y la participación de las personas con TEA, y se asocian tanto a una menor calidad de vida como a dificultades en el funcionamiento cotidiano y en la salud (Costa-López et al., 2021). Desde una perspectiva ecológica, estas características sensoriales interactúan de manera dinámica con las demandas del entorno, de modo que determinados estímulos ambientales —como el ruido excesivo o la sobreestimulación visual— pueden constituir barreras significativas para la participación en las ocupaciones cotidianas, especialmente desde la vivencia y percepción de las familias (Bagby et al., 2012; DeGrace, 2004; Simpson & Adams, 2024).

A estas barreras se suman factores sociales propios del entorno comunitario, como actitudes poco ajustadas caracterizadas por reacciones sociales negativas, expectativas normativas poco realistas y una comprensión limitada del TEA. Estos elementos generan experiencias de juicio social y favorecen la evitación de actividades comunitarias (Krieger et al., 2024).

Un tercer factor que contribuye a la baja participación de los niños con TEA en la comunidad es que muchas actividades comunitarias implican demandas sociales y cognitivas no explicitadas, las cuales actúan como barreras adicionales que afectan tanto al grado de implicación como a la calidad de la participación (Devenish et al., 2020). En este sentido, Matsukura & Menecheli (2011) observaron que estas dificultades

repercuten también en la vida cotidiana de las familias, quienes con frecuencia limitan o evitan actividades de ocio en la comunidad —como acudir a restaurantes o centros comerciales— debido a las dificultades conductuales y de interacción social de sus hijos (Matsukura & Menecheli, 2011).

Estos hallazgos son coherentes con los resultados del presente estudio, en el que las familias destacaron la escasa adecuación de las actividades comunitarias a la diversidad funcional de sus hijos, así como la presencia de actitudes excluyentes o poco sensibles por parte de la sociedad como factores clave en la limitada participación. Las familias describieron la vivencia de una “discapacidad invisible”, subrayando la falta de recursos y adaptaciones en el entorno comunitario —como niveles elevados de ruido y la ausencia de apoyos visuales (p. ej., pictogramas)—, lo que contribuye a generar entornos poco accesibles y, en consecuencia, a restringir las oportunidades de participación significativa.

Ante estas barreras, la literatura ha identificado diversas estrategias que pueden mejorar la participación de la población con TEA en la comunidad. La adaptación de los entornos comunitarios, la mejora de la calidad sensorial de los espacios, el aumento de la conciencia social y la creación de espacios de encuentro adecuados constituyen estrategias clave para promover la participación social de niños y adolescentes con TEA, especialmente en contextos comunitarios no clínicos (Howells et al., 2019; Rinehart et al., 2018; Silverman & Tyska, 2017).

Participación en las actividades instrumentales de la vida diaria

El análisis de los datos muestra que, en los ítems de la CASP vinculados a la vida adulta independiente — manejo de dinero, realización de compras, mantenimiento complejo del hogar y movilidad en la comunidad—, la mayoría de los niños y adolescentes, presentaron algo o mucha dificultad para participar o, directamente, no participaban, según lo informado por sus progenitores. Este patrón es consistente con la literatura, que identifica las AIVD, particularmente aquellas de carácter comunitario, como el tipo de actividades con mayor nivel de dificultad y menor progresión a lo largo de la adolescencia y la adultez en la población con TEA, independientemente del nivel cognitivo (Clarke & Lord, 2025; Duncan et al., 2021; Duncan & Bishop, 2015). La elevada complejidad de estas actividades y las demandas que imponen sobre las funciones ejecutivas pueden explicar por qué resultan especialmente desafiantes para esta población (Fogel et al., 2020).

La complejidad inherente a estas actividades puede conllevar una menor exigencia por parte de los cuidadores, quienes tienden a evitar que los niños con TEA se enfrenten a tareas más desafiantes. Esta dinámica limita las oportunidades de práctica y dificulta la consolidación progresiva de habilidades funcionales (Pfeiffer et al., 2017; Reynolds et al., 2011). Este planteamiento se ve respaldado por los datos del presente estudio, donde resulta especialmente llamativo que aproximadamente el 30% de la muestra seleccionara la opción “No aplicable” en los ítems relacionados con las AIVD. En muchos casos, las familias no consideraban esperable que sus hijos se desplazaran de manera autónoma, gestionaran trayectos o participaran de forma independiente en la comunidad, lo que podría sugerir una restricción de oportunidades y de práctica en contextos reales.

Esta limitación temprana de expectativas y experiencias adquiere especial relevancia a la luz de la evidencia que indica que solo una minoría de personas con TEA alcanza una vida independiente en la adultez, en gran medida debido a dificultades persistentes en el desempeño de las AIVD (Duncan & Bishop, 2015; Howlin et al., 2013; Moss et al., 2017; Taylor & Seltzer, 2011).

Implicaciones

El presente estudio aporta evidencia preliminar sobre la participación de niños y adolescentes con TEA en el contexto español, un ámbito aún poco explorado. Los resultados permiten profundizar en la comprensión de su implicación en el hogar, la escuela y la comunidad desde la perspectiva de sus familias.

Las diferencias identificadas entre los distintos entornos ponen de relieve la relevancia del contexto como un determinante esencial del desempeño ocupacional. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de adoptar un enfoque ecológico en la intervención, que considere no solo las características individuales del menor, sino también las demandas, apoyos y barreras presentes en sus entornos cotidianos.

Asimismo, de los resultados se infiere la necesidad de integrar de manera sistemática la Terapia Ocupacional en los equipos interdisciplinarios que atienden a niños y adolescentes con TEA. El terapeuta ocupacional se perfila como una figura clave en la promoción de la participación, al poder diseñar intervenciones tempranas, continuadas y centradas en la ocupación, que involucren al niño, a la familia y a sus entornos naturales. Este enfoque resulta fundamental para favorecer trayectorias de mayor autonomía y funcionalidad en la vida adulta.

Además, los hallazgos ofrecen información valiosa para cuidadores, profesionales y responsables de políticas públicas, al identificar elementos que actúan como facilitadores o barreras de la participación. Esta información puede contribuir al diseño de prácticas y servicios más ajustados, coherentes y realistas, orientados a promover la inclusión social y mejorar la calidad de vida de los menores con TEA y de sus familias.

Futuras Líneas de Investigación

A partir de los hallazgos y las limitaciones del presente estudio, se identifican diversas líneas de investigación que podrían contribuir a profundizar en el conocimiento sobre la participación de niños y adolescentes con TEA en España.

Una dirección relevante consiste en desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la participación a lo largo del tiempo. Este tipo de diseños facilitaría comprender cómo influyen los cambios en el entorno, el acceso a servicios o el propio desarrollo individual en la trayectoria participativa, así como identificar periodos críticos de intervención y variables predictoras de una participación más plena.

También resulta de especial interés avanzar hacia metodologías de evaluación que integren múltiples fuentes de información. La combinación de la percepción familiar con procedimientos que recojan la experiencia subjetiva de los propios niños y adolescentes con TEA, junto con observaciones directas en contextos naturales, permitiría obtener una visión más completa, precisa y ecológica de su participación cotidiana. Este enfoque multimétodo contribuiría a captar matices que difícilmente emergen cuando se emplea una única perspectiva.

Limitaciones

Esta investigación presenta diversas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. Dado que se trata de un estudio transversal, no es posible garantizar la estabilidad de los resultados en el tiempo ni establecer relaciones causales. No obstante, los datos obtenidos pueden orientar futuros estudios longitudinales y contribuir a una mejor planificación y optimización de los recursos en investigaciones posteriores.

Por otro lado, la muestra presenta un desequilibrio en la variable sexo, con una sobrerrepresentación de participantes varones. El TEA ha sido históricamente identificado con mayor frecuencia en varones, mientras que las niñas tienden a estar infradiagnosticadas o a presentar fenotipos menos detectados por los criterios diagnósticos tradicionales (Di Vara et al., 2024). Asimismo, es importante señalar que, debido al tamaño muestral y al carácter descriptivo del estudio, los resultados no pueden generalizarse a la población con TEA en su conjunto. Por ello, se reconoce la necesidad de que futuros estudios incorporen estrategias de reclutamiento que incrementen la representación femenina, así como muestras más amplias y diseños metodológicos que favorezcan la generalización de los resultados.

Respecto a las herramientas de evaluación empleadas, la ausencia de una adaptación transcultural al castellano de la CASE y la CASP constituye una limitación relevante del estudio. Esta falta de adaptación formal podría haber influido en la comprensión de algunos ítems por parte de los participantes o en su pertinencia cultural, afectando así la validez de las respuestas. Este aspecto se refleja en el elevado porcentaje de respuestas “No aplicable” registrado en varios ítems de ambas escalas. Este patrón sugiere que determinadas actividades evaluadas no forman parte de la vida cotidiana de niños y adolescentes residentes en España, lo que reduce la cantidad de datos analizable, limita la comparabilidad entre participantes y puede condicionar la interpretación de los resultados. Para futuras investigaciones, sería recomendable disponer de la adaptación transcultural al español de ambas escalas – actualmente en fase final de desarrollo – con el fin de mejorar la adecuación cultural de los ítems y fortalecer la validez de las mediciones.

Otra limitación es que los datos de las escalas fueron proporcionados por los cuidadores principales, en lugar de ser reportados directamente por los propios niños. El uso de informantes proxy puede introducir sesgos derivados de la percepción adulta, lo que podría influir en la precisión con la que se reflejan las experiencias y el funcionamiento cotidiano de los menores. A pesar de ello, la evidencia disponible respalda que los padres de niños con TEA pueden actuar como informantes válidos cuando los niños presentan dificultades para autoinformar o cuando se evalúan dimensiones del funcionamiento cotidiano que los progenitores observan de manera directa y continuada (comunicación, uso de la comunidad, habilidades académicas, desempeño en el hogar y en la escuela, salud y seguridad, ocio, autocuidado, habilidades sociales y motoras) (Clark et al., 2015; Toomey et al., 2016).

También debe considerarse la posible presencia de sesgos derivados tanto del proceso de participación voluntaria como de la cumplimentación de los cuestionarios, incluyendo autoselección, obsequiosidad y deseabilidad social. La participación voluntaria puede haber atraído preferentemente a familias especialmente motivadas o con mayor interés en la temática, lo que podría limitar la diversidad del perfil de los participantes. Asimismo, el carácter autorreportado de los cuestionarios puede favorecer respuestas orientadas a complacer o a proyectar una imagen socialmente aceptable, afectando a la precisión de los datos recogidos.

Por último, el uso de un muestreo no probabilístico, basado en estrategias de conveniencia y bola de nieve, puede influir en la representatividad de la muestra y limitar la generalización de los resultados. Cabe señalar que se realizaron esfuerzos sustanciales para diversificar la participación, invitando a familias de distintas regiones demográficas. Además, se ofreció la realización de charlas informativas en diversos centros terapéuticos del territorio español. Sin embargo, únicamente se obtuvo respuesta por parte de centros ubicados en Madrid.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio sugieren que, según lo reportado por los progenitores, los niños y adolescentes con TEA presentan niveles más bajos de participación en actividades comunitarias, mientras que su participación en el hogar y la escuela es más alta. El apoyo familiar y escolar parece ser un facilitador clave, impulsado por la implicación de las familias y la disponibilidad de recursos educativos especializados. En cambio, la escasez de servicios y recursos públicos, determinadas actitudes sociales y las demandas cognitivas, sensoriales y físicas del entorno actúan como barreras significativas. Estas se manifiestan en la insuficiencia de terapias públicas especializadas, los retrasos en el diagnóstico, la escasa concienciación social, la baja accesibilidad cognitiva y la falta de actividades inclusivas. No obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones metodológicas y contextuales del estudio.

A la luz de estos datos, resulta evidente la necesidad de llevar a cabo más investigaciones que profundicen en la participación de los niños y adolescentes con TEA, con el fin de desarrollar estrategias basadas en la evidencia que equilibren las demandas ambientales, el desarrollo de la autonomía de esta población y el apoyo continuado a sus familias.

Agradecimientos

Las autoras desean agradecer al Centro de Atención al Autismo Gatea, así como a los centros Tangram y Brinco, en Madrid (España), por su inestimable colaboración en este proyecto. Asimismo, desean expresar su profundo agradecimiento a las familias, cuya participación y apoyo han sido esenciales para el desarrollo de la investigación.

Referencias

- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. (2020). Occupational therapy practice framework: domain and process—Fourth edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 1-87.
- Askari, S., Anaby, D., Bergthorson, M., Majnemer, A., Elsabbagh, M., & Zwaigenbaum, L. (2015). Participation of children and youth with autism spectrum disorder: a scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(1), 103-114.
- AUTISMO ESPAÑA. (2022). *Autismo España celebra la consolidación del Centro Piloto sobre Trastorno del Espectro del Autismo en los Presupuestos Generales del Estado 2023*. Recuperado el 14 de enero de 2026, de <https://autismo.org.es/autismo-espana-celebra-la-consolidacion-del-centro-piloto-sobre-trastorno-del-espectro-del-autismo-en-los-presupuestos-generales-del-estado-2023/>
- Bagatell, N. J. (2015). The routines and occupations of families with adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 30(1), 49-59.
- Bagby, M. S., Dickie, V. A., & Baranek, G. T. (2012). How sensory experiences of children with and without autism affect family occupations. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 78-86.
- Bedell, G. (2009). Further validation of the Child and Adolescent Scale of Participation (CASP). *Developmental Neurorehabilitation*, 12(5), 342-351.
- Bedell, G., & McDougall, J. (2015). The Child and Adolescent Scale of Environment (CASE): further validation with youth who have chronic conditions. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(6), 375-382.
- Blanco-Martínez, N., Delgado-Lobete, L., Montes-Montes, R., Ruiz-Pérez, N., Ruiz-Pérez, M., & Santos-del-Riego, S. (2020). Participation in everyday activities of children with and without

- neurodevelopmental disorders: a cross-sectional study in Spain. *Children (Basel, Switzerland)*, 7(10), 157.
- Bolado Peña, A., Menéndez-Vega, F., Van Vaerenbergh, S., Arias-Pastor, M., & González-Bernal, J. J. (2025). The educational inclusion of students with autism spectrum disorder: Teachers' feelings, attitudes, and concerns about inclusion in Spain. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(10), 200.
- Chen, Y.-J., Duku, E., Zaidman-Zait, A., Szatmari, P., Smith, I. M., Ungar, W. J., Zwaigenbaum, L., Vaillancourt, T., Kerns, C., Bennett, T., Elsabbagh, M., Thompson, A., & Georgiades, S. (2023). Variable patterns of daily activity participation across settings in autistic youth: A latent profile transition analysis. *Autism : The International Journal of Research and Practice*, 27(8), 2241-2255.
- Clark, B. G., Magill-Evans, J. E., & Koning, C. J. (2015). Youth with autism spectrum disorders: self- and proxy-reported quality of life and adaptive functioning. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 30(1), 57-64.
- Clark, M., & Adams, D. (2020). Listening to parents to understand their priorities for autism research. *PLoS One*, 15(8), e0237376.
- Clarke, E. B., & Lord, C. (2025). Identifying daily living skills from childhood and adolescence predictive of adult outcomes in a longitudinal study of autism and related developmental conditions. *Autism Research : Official Journal of the International Society for Autism Research*, 18(7), 1474-1488.
- Costa-López, B., Ferrer-Cascales, R., Ruiz-Robledillo, N., Albaladejo-Blázquez, N., & Baryła-Matejczuk, M. (2021). Relationship between sensory processing and quality of life: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), 3961.
- DeGrace, B. W. (2004). The everyday occupation of families with children with autism. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 543-550.
- Devenish, B. D., Sivaratnam, C., Lindor, E., Papadopoulos, N., Wilson, R., McGillivray, J., & Rinehart, N. J. (2020). A brief report: community supportiveness may facilitate participation of children with autism spectrum disorder in their community and reduce feelings of isolation in their caregivers. *Frontiers in Psychology*, 11, 583483.
- Di Vara, S., Guerrero, S., Menghini, D., Scibelli, F., Lupi, E., Valeri, G., & Vicari, S. (2024). Characterizing individual differences in children and adolescents with autism spectrum disorder: A descriptive study. *Frontiers in Psychology*, 15, 1323787.
- Duncan, A., & Bishop, S. L. (2015). Understanding the gap between cognitive abilities and daily living skills in adolescents with autism spectrum disorders with average intelligence. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 19(1), 64-72.
- Duncan, A., Liddle, M., & Stark, L. J. (2021). Iterative development of a daily living skills intervention for adolescents with autism without an intellectual disability. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(4), 744-764.
- Egilson, S. T., Jakobsdóttir, G., & Ólafsdóttir, L. B. (2017). Parent perspectives on home participation of high-functioning children with autism spectrum disorder compared with a matched group of children without autism spectrum disorder. *Autism : The International Journal of Research and Practice*, 22(5), 560-570.
- ESPAÑA. (2009, 3 de noviembre). Real Decreto 1635/200, de 3 de noviembre de 2009, por el que se regulan la admisión de los alumnos en centros públicos y privados concertados, los requisitos que han de cumplir los centros que imparten el primer ciclo de la educación infantil y la atención al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. *Gobierno de España*, Madrid. Recuperado el 14 de enero de 2026, de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/10/30/1635>
- ESPAÑA. (2011, 9 de mayo). Sentencia 3257/2011, de 9 de mayo de 2011. Recurso de casación nº 603/2010. *Consejo General del Poder Judicial España*, Madrid. Recuperado el 14 de enero de 2026, de <https://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/d217e2ca28787490/20110616>
- ESPAÑA. (2022, 21 de julio). Orden EFP/678/2022, de 21 de julio de 2022, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Primaria en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación y Formación Profesional. *Ministerio de Educación y Formación Profesional*, Madrid. Recuperado el 14 de enero de 2026, de <https://www.boe.es/eli/es/o/2022/07/15/efp678>

- ESPAÑA. Tribunal Superior de Justicia de Aragón. Sala de lo Contencioso-Administrativo. (2024, 25 de noviembre). *El TSJ condena al Departamento de Educación del Gobierno de Aragón por insuficiencia de medios en varios centros escolares*. Recuperado el 14 de enero de 2026, de https://www.poderjudicial.es/portal/site/cgpj/nuiitem.65d2c4456b6ddb628e635fc1dc432ea0/?vgnextchannel=872da8dc69e7d210VgnVCM100000cb34e20aRCRD&vgnextfmt=default&vgnextlocale=es_ES&vgnextoid=-f7e8ee45dba44910VgnVCM1000004648ac0aRCRD
- Fogel, Y., Rosenblum, S., & Josman, N. (2020). Participation patterns of adolescents with and without executive function deficits: Parents' perspectives. *Journal of Occupational Therapy, Schools & Early Intervention*, 14(3), 325-342.
- Howells, K., Sivaratnam, C., May, T., Lindor, E., McGillivray, J., & Rinehart, N. (2019). Efficacy of group-based organised physical activity participation for social outcomes in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8), 3290-3308.
- Howlin, P., Moss, P., Savage, S., & Rutter, M. (2013). Social outcomes in mid- to later adulthood among individuals diagnosed with autism and average nonverbal IQ as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 572-581.
- Humphrey, N., & Symes, W. (2011). Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 15(4), 397-419.
- Jasmin, E., Couture, M., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E., & Gisel, E. (2009). Sensori-motor and daily living skills of preschool children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2), 231-241.
- Kang, L.-J., Yen, C.-F., Bedell, G., Simeonsson, R. J., Liou, T.-H., Chi, W.-C., Liu, S.-W., Liao, H.-F., & Hwang, A.-W. (2015). The Chinese version of the Child and Adolescent Scale of Environment (CASE-C): validity and reliability for children with disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 64-74.
- Khalifa, G., Rosenbaum, P., Georgiades, K., Duku, E., & Di Rezze, B. (2020). Exploring the participation patterns and impact of environment in preschool children with ASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5677.
- Koegel, R., Fredeen, R., Kim, S., Danial, J., Rubinstein, D., & Koegel, L. (2012). Using perseverative interests to improve interactions between adolescents with autism and their typical peers in school settings. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 14(3), 133-141.
- Krieger, B., Moser, A., Morgenthaler, T., Beurskens, A. J. H. M., & Piškur, B. (2024). Parents' perceptions: environments and the contextual strategies of parents to support the participation of children and adolescents with autism spectrum disorder-a descriptive population-based study from Switzerland. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(3), 871-893.
- Lamash, L., Bedell, G., & Josman, N. (2019). Participation patterns of adolescents with autism spectrum disorder compared to their peers: Parents' perspectives. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 78-87.
- Locke, J., Ishijima, E. H., Kasari, C., & London, N. (2010). Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10(2), 74-81.
- Matsukura, T. S., & Menecheli, L. A. (2011). Famílias de crianças autistas: Demandas e expectativas referentes ao cotidiano de cuidados e ao tratamento. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 19(2), 137-152.
- McAuliffe, T., Cordier, R., Chen, Y.-W., Vaz, S., Thomas, Y., & Falkmer, T. (2020). In-the-moment experiences of mothers of children with autism spectrum disorder: A comparison by household status and region of residence. *Disability and Rehabilitation*, 44(4), 558-572.
- McDougall, J., Bedell, G., & Wright, V. (2013). The youth report version of the Child and Adolescent Scale of Participation (CASP): assessment of psychometric properties and comparison with parent report. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 512-522.
- Michelucci, U. (2025). Measures of central tendency. In U. Michelucci (Eds.), *Statistics for scientists: a concise guide for data-driven research* (pp. 39-46). Cham: Springer Nature.

- Morales-Hidalgo, P., Roigé-Castellví, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N., & Canals, J. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among spanish school-age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 3176-3190.
- Moss, P., Mandy, W., & Howlin, P. (2017). Child and adult factors related to quality of life in adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(6), 1830-1837.
- Ólafsdóttir, L. B., Gibson, B. E., Hardonk, S. C., & Egilson, S. T. (2024). 'It is important to be involved': social participation of autistic children and adolescents in mainstream schools. *International Journal of Inclusive Education*, 29(11), 2034-2048.
- Orsmond, G. I., Shattuck, P. T., Cooper, B. P., Sterzing, P. R., & Anderson, K. A. (2013). Social participation among young adults with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(11), 2710-2719.
- Pfeiffer, B., Coster, W., Snethen, G., Derstine, M., Piller, A., & Tucker, C. (2017). Caregivers' perspectives on the sensory environment and participation in daily activities of children with autism spectrum disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 7104220020p1-7104220028p9.
- Ratcliff, K., Hong, I., & Hilton, C. (2018). Leisure participation patterns for school-age youth with autism spectrum disorders: Findings from the 2016 National Survey of Children's Health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(11), 3783-3793.
- Reviriego-Rodrigo, E., Bayón-Yusta, J. C., Gutiérrez-Iglesias, A., & Galnares-Cordero, L. (2022). *Trastornos del Espectro Autista: Evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento*. Recuperado el 14 de enero de 2026, de https://redets.sanidad.gob.es/documentos/OSTEBA_TEA.pdf
- Reynolds, S., Bendixen, R. M., Lawrence, T., & Lane, S. J. (2011). A pilot study examining activity participation, sensory responsiveness, and competence in children with high functioning autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(11), 1496-1506.
- Rinehart, N. J., Jeste, S., & Wilson, R. B. (2018). Organized physical activity programs: improving motor and non-motor symptoms in neurodevelopmental disorders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 60(9), 856-857.
- Rosa, F. D., Matsukura, T. S., & Squassoni, C. E. (2019). Escolarização de pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA) em idade adulta: relatos e perspectivas de pais e cuidadores de adultos com TEA. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(2), 302-316.
- Shaham, A., Zaguri-Vittenberg, S., & Golos, A. (2025). Participation patterns and quality of life of children with autism in inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 30(7), 1356-1373.
- Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Cooper, B., Sterzing, P. R., Wagner, M., & Taylor, J. L. (2012). Postsecondary education and employment among youth with an autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 129(6), 1042-1049.
- Shattuck, P. T., Orsmond, G. I., Wagner, M., & Cooper, B. P. (2011). Participation in social activities among adolescents with an autism spectrum disorder. *PLoS One*, 6(11), e27176.
- Silverman, F., & Tyszka, A. C. (2017). Supporting participation for children with sensory processing needs and their families: community-based action research. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 7104100010p1-7104100010p9.
- Simpson, K., & Adams, D. (2024). Parent-reported environmental factors and strategies to support home and community participation in children on the autism spectrum. *Disability and Rehabilitation*, 46(17), 3970-3979.
- Taylor, J. L., & Seltzer, M. M. (2011). Employment and post-secondary educational activities for young adults with autism spectrum disorders during the transition to adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(5), 566-574.
- Tint, A., Maughan, A. L., & Weiss, J. A. (2017). Community participation of youth with intellectual disability and autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research : JIDR*, 61(2), 168-180.
- Toomey, M., Schwartz, J., Laverdiere, M., Tucker, C. A., Bevans, K., Forrest, C. B., & Blum, N. J. (2016). Preliminary Validation of the PROMIS parent-proxy peer relationships measure in children

with autism spectrum disorder: A DBPNet study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 37(9), 724-729.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: versión abreviada*. Español: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2019). *Autism spectrum disorder (HA60)*. Recuperado el 14 de enero de 2026, de <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es#437815624>

Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 15(5), 778-790.

Contribución de las Autoras

Nuria Rebaldería, Beatriz Madroñero-Miguel, Rebeca Montes-Montes, Laura Delgado-Lobete y Beatriz Matesanz-García participaron activamente en la problematización y conceptualización del estudio, en el análisis de los datos, en la discusión de los resultados, en la redacción del manuscrito y en la revisión del mismo. Todas las autoras aprueban la versión final del texto.

Disponibilidad de los datos

Los datos que respaldan los resultados de este estudio están disponibles a través del autor de correspondencia, previa solicitud razonable.

Fuente de Financiamiento

Esta investigación fue financiada mediante la II Beca de Investigación COPTOCAM, Convocatoria 2024 del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid, España.

Autora para la correspondencia

Beatriz Madroñero-Miguel
e-mail: bmadmi@campuslasalle.es

Editora de sección

Profª. Dra. Daniela Edelvis Testa