



UNIVERSIDAD
DE BURGOS

Programa de estimulación temprana en
problemas del neurodesarrollo

GARCÍA AHUMADA, BRIANDA Mariel
JAHOUH, Maha
MARTÍNEZ CUMPLIDO, Miriam
SANZ CABALLERO, Raquel
VALLINA GUTIÉRREZ, Aroa

Estimulación Temprana, Terapia Ocupacional 2016-2017

ÍNDICE

1. Introducción	¡Error! Marcador no definido.
2. Justificación.....	5
3. Descripción del servicio	10
4. Desarrollo de la línea base de intervención.....	13
4.1. Objetivos, indicadores de Evaluación, Tarea, Materiales y actividades de generalización	13
4.2 Cronograma	18
4.3 Resultados	23
4.4 Planificación del seguimiento	24
5. Conclusiones.....	24
6. Líneas futuras de intervención.....	24
7. Bibliografía.....	25
8. Anexos.....	27

EL TRASTORNO DEL AUTISMO. DESCRIPCIÓN.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social.

La Atención Temprana, desde los principios científicos sobre los que se fundamenta: Pediatría, Neurología, Psicología, Psiquiatría, Pedagogía, Fisiatría, Lingüística, etc., tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social.

Para llevar a cabo la una evaluación y posteriormente una intervención en las áreas en las que el niño presenta una disfunción, se precisa un caso con las características del mismo.

La edad cronológica actual del niño es de 3 años, la madre tuvo un embarazo y parto normal y pasó al nacer 3500 gramos. Tuvo un desarrollo aparentemente normal el primer semestre de vida con sonrisa social. Presenta cierta tendencia a andar de puntillas, y se resiste a los cambios y la novedad, además. Dijo sus primeras palabras a los 20 meses y eran palabras funcionales como “agua”, “pan”, “papa” y “mama” y además se observa la repetición ecolalia de frases.

En el área de desarrollo del lenguaje, puede comprender órdenes sencillas y puede identificar tanto objetos como acciones reales, aunque los contextos nuevos precisan indicaciones. En cuanto a la expresión, hay una alteración de desarrollo de los aspectos pragmáticos.

Así pues, al estudiar las características principales que presenta el niño, se sospecha de un posible caso de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).

Los trastornos del espectro autista (TEA), también denominados trastornos generalizados del desarrollo, son un conjunto de problemas vinculados al neurodesarrollo, con manifestaciones preferentemente cognitivas y comportamentales, que ocasionan

notables limitaciones en la autonomía personal y son una importante causa de estrés en la familia.

Más del 50% de los padres de niños con TEA expresa abiertamente algún tipo de inquietud acerca del neurodesarrollo de sus hijos cuando estos tienen entre 18 y 24 meses. Por tanto, es frecuente que los padres sospechen la existencia de algún problema en su hijo, pero que no reciban información clara hasta bastante tiempo más tarde el diagnóstico de TEA no se llega a hacer hasta dos o tres años después de reconocer los padres algunos síntomas. Es decir, es frecuente que el diagnóstico de TEA se realice a los 6 años de edad, a pesar de que muchos padres expresaban preocupaciones desde que sus hijos tenían entre 18 y 24 meses.

Con todo, la identificación precoz del niño con TEA es de enorme importancia, ya que permite el inicio temprano de la terapia y se consiguen resultados mejores que los alcanzados con tratamientos más tardíos. Además, el diagnóstico precoz de los TEA facilita la planificación educativa, las previsiones de ayudas familiares y asistenciales, el manejo del estrés familiar y la puesta en marcha de una adecuada atención médica y psicoeducativa, al tiempo que impide la asignación a programas terapéuticos inapropiados y se evita la tensa y desconcertante trayectoria que siguen muchos padres hasta que se establece el diagnóstico (1)

Aunque el autismo, en sentido estricto, tal como fue definido por Leo Kanner en 1943, es un trastorno relativamente infrecuente tiene una prevalencia en torno a 4.5 / 10.000, las alteraciones de lo que se ha llamado "el espectro autista" son mucho más frecuentes y se encuentran en dos a tres de cada mil personas. Esas alteraciones en general, y el autismo en particular, plantean desafíos importantes de comprensión, explicación y educación. De comprensión porque resulta difícil entender cómo es el mundo interno de personas con problemas importantes de relación y comunicación.

La dimensión del espectro autista abarca una complejidad clínica considerable que es, a su vez, expresión de la multitud de sistemas implicados en el funcionamiento del sistema nervioso central; cada día se evidencian distintos factores biológicos que ponen en discusión los factores que, de una forma más objetiva, parecen implicados en una etiología definida. (3)

Debido a anomalías biológicas, los niños autistas no pueden desarrollar las capacidades intersubjetivas secundarias (que implican la noción de los otros como sujetos) necesarias para ser cómplices internos de las interacciones. Ello podría deberse a que no se activan adecuadamente, en el desarrollo, relaciones entre el sistema límbico y el neocórtex cerebral (especialmente frontal).

Ello daría lugar a los dos síntomas cruciales del autismo: la soledad y la inflexibilidad. La mente solitaria e inflexible de los niños autistas no podría adquirir, en las condiciones normales de interacción que se producen en el desarrollo preoperatorio humano, ciertas funciones de enorme importancia: lenguaje, símbolos en general, destrezas de atribución de mente, ficción, engaño y negociación, cooperación con otro etc. La consecuencia es clara, esas funciones tienen que explicarse explícitamente puesto que no pueden adquirirse por los poderosos procesos del desarrollo y el aprendizaje incidental que los evocan en el niño normal.

La terapia en el autismo consiste esencialmente en la enseñanza intencionada y explícita de esas funciones superiores que el niño autista no puede desarrollar por sí mismo y que, en los niños normales se derivan de las interacciones naturales con las figuras de crianza o, con los iguales en el periodo

2. JUSTIFICACIÓN

Es importante antes de llevar a cabo la intervención tener claros cuáles van a ser nuestros objetivos, es decir una línea base de trabajo. Para ello se necesitarán instrumentos para una previa valoración y evaluación de cuáles son las necesidades del niño.

Existen varios instrumentos, la mayoría de ellos son un registro sistemático de la información que pueden aportar los padres. En la aplicación de estos instrumentos se debe tener siempre en cuenta el psicopatograma nosológico y evolutivo y la variabilidad sintomatológica de los TEA, lo que lleva a aconsejar el empleo de más de uno de ellos. En todo caso, la combinación de la información proporcionada por estos instrumentos con las preocupaciones espontáneas manifestadas por los padres aumenta notablemente el grado de acuerdo en la identificación precoz de los TEA.

Con una adecuada formación y un oportuno entrenamiento, estos instrumentos pueden aplicarse tanto en la asistencia primaria como en los centros de educación infantil. Sin embargo, es importante tener siempre presente del proceso de diagnóstico (evaluación global de los TEA) no está determinado exclusivamente por las puntuaciones obtenidas en estos instrumentos, sino que depende de la sospecha clínica de profesionales formados, reforzada por esos datos.

El *grupo de Filipek* elaboró una lista de preocupaciones de los padres que son indicadores de alerta de los TEA y constituyen una gran ayuda. Entre las manifestaciones referidas por los padres, destacan las siguientes: no responder al nombre, no mostrar objetos ni decir adiós, no sonreír recíprocamente, no mostrar interés por otros, tener rabietas frecuentes y desproporcionadas, andar de puntillas y tener una adhesión excesiva a algún objeto.

Varios estudios de clase I han puesto de manifiesto que las preocupaciones de los padres acerca de los comportamientos y el desarrollo motor y del lenguaje de sus hijos tienen una elevada sensibilidad (75-83%) y una alta especificidad (79-81%) en la detección de alteraciones en el neurodesarrollo. Sin embargo, que los padres no manifiesten ninguna preocupación en este campo tiene una baja especificidad sobre la normalidad del neurodesarrollo (47%).

Dado que los padres con esas preocupaciones no suelen acudir en primera instancia a los especialistas ni éstos vigilan el neurodesarrollo de los niños sin factores de riesgo, es imprescindible que los profesionales de asistencia primaria reconozcan esas manifestaciones y que, expresamente, las busquen en todo niño que presente algún grado de retraso neuromadurativo (primer nivel) o que sufra una pérdida de habilidades ya adquiridas. Como se ha señalado, existe acuerdo en considerar que las alteraciones de la atención conjunta son, en gran medida, síntomas nucleares y precoces de los TEA.

En este sentido, el estudio de Charman señala que la capacidad de atención conjunta a los 20 meses de edad se correlaciona positivamente con la elaboración del lenguaje, las habilidades de comunicación y las conductas sociales que tiene el niño a los 42 meses. Más en concreto, algunos aspectos de la atención conjunta, como son los declarativos y los cambios en la mirada triádica, predicen el lenguaje y la gravedad de los síntomas, mientras que los imperativos y el contacto ocular tienen escaso poder predictivo.

Si bien, hasta el momento, la identificación de los TEA descansa principalmente en las impresiones clínicas basadas en la observación, se han desarrollado varios instrumentos destinados al diagnóstico precoz que son irrenunciables, ya que facilitan la identificación fiable de las características clínicas, cognitivas y conductuales del autismo.

Los tres instrumentos que gozan de mayor respaldo científico, aun considerando sus limitaciones, son el *cuestionario de Gillberg* (anexo), el *CHAT* (anexo) (del inglés Checklist for Autism in Toddlers) y el *PDDST* (del inglés, Pervasive Developmental Disorders Screening Test). Gillberg elaboró un instrumento de cribado de autismo para niños entre 10 y 18 meses de edad. Algunas de las preguntas que se les formulan a los padres son las siguientes: ¿Considera que el contacto ocular de su hijo es normal?, ¿se opone al contacto corporal?, ¿muestra algún interés por su entorno? Lamentablemente, todavía no disponemos de datos sobre las propiedades psicométricas de este instrumento.

ADI-R (del inglés, Autism Diagnostic Interview-Revised): se trata de una entrevista semiestructurada, dirigida a los padres de niños con una edad mental superior a 18 meses. Su duración es de aproximadamente una hora y media con niños de 3 y 4 años de edad, y en torno a tres horas en el caso de niños mayores o adultos. Tiene una alta correlación con los criterios clínicos del DSM-IV y la CIE-10 y goza de buenas propiedades psicométricas (96% de sensibilidad y 92% de especificidad); no obstante, presenta algunas limitaciones,

tales como el sesgo por sobrevaloración de ciertos síntomas que pueden hacer algunos padres y la carencia de un punto de corte que separe los casos de autismo de otros TEA .

PIA (del inglés Parent Interview for Autism): es una entrevista estructurada destinada a padres de niños pequeños con un posible trastorno autista [106]. Consta de 118 ítems, organizados en 11 dimensiones, que evalúan varios aspectos de la conducta social, la comunicación, las actividades repetitivas y el comportamiento sensorial. Su aplicación requiere unos 45 minutos. Goza de aceptables propiedades psicométricas

CARS (del inglés Childhood Autism Rating Scale): es una escala de evaluación de conductas por medio de una entrevista a los padres y de la observación del niño. Identifica retrasos en el neurodesarrollo, problemas en la imitación y las relaciones interpersonales, resistencia al cambio y afecto inapropiado.

ABC (del inglés Autism Behavior Checklist): contiene 57 descripciones de conductas anómalas propias del autismo que se agrupan en cinco áreas sintomáticas: sensorial, relación, uso de los objetos y del propio cuerpo, lenguaje, autonomía social y personal.

ADOS-G (del inglés Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic): es una entrevista semiestructurada destinada a evaluar el juego, la interacción social, la comunicación y el juego simbólico por medio de una serie de actividades sociales de tipo lúdico . Está normalizada desde los 15 meses hasta los 40 años. Consta de cuatro módulos diferentes en función del grado de desarrollo. Ofrece un diagnóstico de tipo algorítmico, según los criterios clínicos de la CIE-10 y el DSM-IV, con puntos de corte para diferenciar el trastorno autista de otros trastornos del espectro. Tiene buenas propiedades psicométricas (95% de sensibilidad y 90% de especificidad).

El inventario I.D.E.A. (4) tiene el objetivo de evaluar doce ítems características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo. Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de esas dimensiones. Cada uno de esos niveles tiene asignada una puntuación par (8, 6, 4 ó 2 puntos), reservándose las puntuaciones impares, para aquellos casos que se sitúan entre dos de las puntuaciones pares.

De todos los instrumentos de medición mencionados, el equipo de trabajo ha seleccionado el inventario I.D.E.A de A. Rivière para la previa valoración del niño, puesto que es el que más se adecúa al perfil del usuario y posible trastorno del mismo.

Después de analizar las distintas dimensiones del inventario con las características de desarrollo del niño, se ha decidido basar la intervención en el área del lenguaje puesto que la comunicación es imprescindible para el desarrollo óptimo del niño con el entorno.

Dimensión social

1. Trastorno de las relaciones sociales: **7**(No establece interacciones directas ni hacia los adultos ni hacia los grupos de iguales)

2. Trastorno de la referencia conjunta: **7** (Tiene protoimperativos pero no protodeclarativo)

3. Trastorno intersubjetivo y mentalista: **5** (El niño presenta sonrisa social, no tiene protodeclarativo)

Dimensión de la comunicación y el lenguaje

4.-Trastorno de las funciones comunicativas: **5** (Puede señalar con el dedo lo que desea (protoimperativos))

5.-Trastorno del lenguaje expresivo: **5** (Usa palabras funcionales como “agua”, “pan” “papá” y “mamá” y tiene ecolalia. Alterados los aspectos pragmáticos)

6.-Trastorno del lenguaje receptivo: **3** (puede comprender órdenes sencillas y puede identificar tanto objetos como acciones reales, si bien los contextos nuevos precisan indicaciones para comprender el mensaje)

Dimensión de la anticipación/flexibilidad

7.-Trastorno de la anticipación: **5** (se resiste a los cambios y a las novedades)

8.-Trastorno de la flexibilidad: **5** (Se resiste a cambios y novedades)

9.-Trastorno del sentido de la actividad: **5** (Si hace la torre de cubo y se viste solo)

Dimensión de la simbolización

10.-Trastorno de la ficción: **5** (Siempre realiza el mismo juego)

11.-Trastorno de la imitación: **7** (El niño no tiene conductas de imitación)

12.-Trastorno de la suspensión: **7**(Crea gestos comunicativos para pedir o mostrar cosas (protoimperativos))

Puntuación total en el espectro autista: 66

El usuario es un niño de 3 años de edad, que presenta diversas dificultades en su desarrollo tanto a nivel psicomotor, cognitivo y del lenguaje.

En cuanto al desarrollo psicomotor presenta buen equilibrio y marcha autónoma, sin embargo, se corresponde con un desarrollo de un niño de 24 meses. Además se advierte un retraso al adquirir la sedestación, que no se logró hasta el noveno mes.

Respecto al nivel cognitivo, presenta un desarrollo cognitivo de 23 meses (coloca cubos formando un tren pero no por imitación), comprende órdenes sencillas pero no las obedece, emplea pronombres pero siempre los invierte, tiene una alteración en el desarrollo de los aspectos pragmáticos y, finalmente, tiene problemas con la interacción social con iguales y adultos.

Por último, en referencia al lenguaje cabe destacar que emitió su primera palabra con 20 meses, señala con el dedo las que conocen, tiene un lenguaje estructurado y presenta repetición ecológica de frases.

Dado que el lenguaje es tan importante para lograr una comunicación fluida y un correcto desarrollo en muchas otras áreas, nuestro trabajo se va a centrar en ampliar y mejorar su vocabulario.

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El Terapeuta ocupacional (T.O) en atención temprana, atiende a niños entre 0 y 6 años, con una diversidad funcional ya establecida o con riesgo de padecerla.

En atención temprana se pueden atender niños de entre 0 y 6 años con una diversidad funcional ya establecida, o en riesgo de padecerla. Es decir, bastaría con la sospecha de la existencia de un problema del lenguaje (sea un retraso en la adquisición, TEL o cualquier otro síndrome que produzca una alteración del lenguaje), para poder acceder a este servicio.

Las intervenciones se pueden desarrollar directamente con un alumno o grupo de alumnos, de forma indirecta a través de otros profesionales, y sobre el entorno (colegio, familia etc...).

La Terapia Ocupacional se administra dentro de lo posible en los ambientes típicos del alumno. Estos ambientes pueden incluir entre otros la clase, el comedor escolar, los servicios o el recreo.

En este caso se llevarán a cabo los dos tipos de intervenciones dentro del ámbito escolar.

Tipo de atención: Individual y grupal.

Personal adscrito: Entre el personal con el que cuenta este servicio se encuentra, por un lado, el tutor o profesor del aula, y, por otro lado, los apoyos específicos, que en este caso son el pedagogo terapéutico y el profesor de audición y lenguaje.

Población receptora del servicio: población infantil con una edad comprendida entre 3 y 6 años, con problemas en el neurodesarrollo o en riesgo de padecerlos, ya sea por factor biológico o por factores ambientales.

Recursos personales y materiales: Entre los recursos personales con los que cuenta el centro se encuentra el servicio de Terapia Ocupacional desde la Asociación de Autismo Burgos.

Coordinación con otros servicios: dirección provincial de educación y dirección del centro de autismo.

Objetivos del servicio:

Generales:

- Desarrollar una intervención que potencie las habilidades comunicativas, de autorregulación y emocionales, adaptativas, de autonomía personal y social, que sirva de apoyo para que la persona con TEL alcance las mayores cotas de autonomía y autodeterminación
- Potenciar el asesoramiento y la implicación de la familia en todo el proceso de intervención, alentar la participación activa y apoyar el bienestar.
- Proporcionar las herramientas y mecanismos que faciliten la inclusión en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve la persona con TEL.

Específicos:

- Entrenar el rendimiento ocupacional en las áreas ocupacionales
- Potenciar las destrezas de ejecución necesarias para un rendimiento funcional óptimo
- Adaptar los ambientes, si fuera necesario, para una mejor funcionalidad
- Promover la participación activa de la persona: Intervención y objetivos negociados con el usuario y/o con la familia desde las áreas de interés de la persona con TEL, situándola en el centro de proceso de intervención.

4. DESARROLLO DE LA LÍNEA BASE DE INTERVENCIÓN

4.1 Objetivos, Indicadores de evaluación, Tarea, Materiales y Actividades de generalización.

- **Objetivo 1:** El niño es capaz de identificar 5 objetos familiares, entre un grupo de objetos de la misma categoría, cuando se les nombre.

Indicadores de evaluación

1. El niño es capaz de señalar 1 de los objetos cuando el terapeuta lo nombra.
2. El niño es capaz de señalar 3 de los objetos cuando el terapeuta los nombra.
3. El niño es capaz de señalar la totalidad de los objetos cuando el terapeuta los nombra.

Tarea:

El terapeuta mostrará cinco objetos familiares relacionados con la actividad de la comida, como pueden ser: plato, vaso, tenedor, cuchara y servilleta. Posteriormente se irán nombrando uno a uno pidiéndole al niño que lo repita simultáneamente.

Para dificultar la tarea y comprobar que haya adquirido los conceptos, el terapeuta nombra un objeto de los cinco y el niño deberá señalarlo.

El mismo proceso se realizará con los cinco objetos hasta que el niño los identifique.

Materiales:

-Plato

-Vaso

-Tenedor

-Cuchara

-Servilleta

Actividad de generalización:

Una vez en casa, que el niño ayude a la madre a poner la mesa. La madre irá nombrando los objetos anteriormente trabajados y el niño sabrá identificarlos.

- **Objetivo 2:** El niño es capaz de identificar 5 objetos familiares, entre un grupo de objetos de diferentes categorías, cuando se les nombra.

Indicadores:

1. El niño es capaz de señalar 1 de los objetos cuando el terapeuta lo nombra.
2. El niño es capaz de señalar 3 de los objetos cuando el terapeuta los nombra.
3. El niño es capaz de señalar la totalidad de los objetos cuando el terapeuta los nombre.

Tarea:

El terapeuta mostrará cinco objetos familiares de distintas categorías, las cuales serán alimentación, aseo, juego, vestido y descanso o sueño.

Los objetos que se le mostrarán son los siguientes:

- Alimentación: una fruta, por ejemplo una manzana.
- Aseo: un cepillo de dientes.
- Juego: su juguete favorito.
- Vestido: una chaqueta.
- Descanso o sueño: la mantita o el peluche con el que duerme.

Una vez enseñados los objetos anteriores, se irán nombrando uno a uno pidiéndole al niño que lo repita simultáneamente.

Para dificultar la tarea y comprobar que haya adquirido los conceptos, el terapeuta nombrará un objeto de los cinco y el niño lo tendrá que señalar.

El mismo proceso se realizará con los cinco objetos hasta que el niño los identifique.

Materiales:

- Manzana
- Cepillo de dientes
- Juguete favorito
- Chaqueta
- Mantita o peluche

Actividad de generalización:

Una vez en casa, en cada momento del día que se dedique a las actividades de alimentación, aseo, juego, vestido y sueño, la madre nombrará los objetos anteriormente trabajados y el niño sabrá identificarlos. Por ejemplo, a la hora de irse a dormir, la madre le dirá al niño frases como “¿dónde está tu mantita?” o “coge tu mantita que vamos a dormir” y el niño identificará el objeto.

- **Objetivo 3:** El niño es capaz de nombrar los objetos previamente trabajados en el objetivo 1, respondiendo a la pregunta: ¿Qué es esto?.

Indicadores:

1. El niño repite los nombres de los objetos después del terapeuta.
2. El niño responde de forma correcta a la pregunta con el nombre del objeto.

Tarea: El terapeuta mostrará cinco objetos familiares relacionados con la actividad de la comida, tal y como se hizo en la primera actividad, con los mismo objetos: plato, vaso, tenedor, cuchara y servilleta.

Esta vez el niño deberá ser capaz de nombrarlos los cinco objetos cada vez que el terapeuta los señale.

Materiales:

- Plato
- Vaso
- Tenedor
- Cuchara
- Servilleta

Actividades de generalización:

El niño deberá ayudar a su madre a poner la mesa. La madre irá señalando los objetos anteriormente trabajados y el niño sabrá nombrarlos.

- **Objetivo 4:** El niño nombra a otros 5 miembros de la familia por sus nombres propios, incluyendo mascota doméstica.

Indicadores:

1. El niño dice el nombre de la mascota.
2. El niño dice el nombre propio tanto de su madre como de su padre.
3. El niño dice el nombre de sus 2 hermanos

Tarea:

El terapeuta mostrará fotos en donde aparezca: papá, mamá, hermanos y la mascota, nombrando a cada integrante mientras se señala en la foto. Posteriormente se le pedirá al niño que repita los nombres junto con el terapeuta.

Materiales:

- Fotos de familiares: Mamá, papá, hermanos y mascota.

Actividades de generalización:

Cuando el niño salude o se despida de algún familiar o de la mascota, deberá saludar y nombrarlo con su nombre propio.

- **Objetivo 5:** El niño es capaz de nombrar 5 partes de la cara de su muñeco favorito.

Indicadores:

1. El niño nombra la nariz y la boca cuando el terapeuta lo señala.
2. El niño nombra la oreja y los ojos cuando el terapeuta lo señala.
3. El niño nombra las cejas cuando el terapeuta lo señala.

Tarea:

El terapeuta le mostrará al niño la cara de su muñeco y cada una de las partes. Le señalará las orejas, los ojos, las cejas, la nariz, la boca etc. Posteriormente le señalará cada una de sus partes para que el niño las vaya diciendo de una en una aleatoriamente.

Materiales:

-Su muñeco favorito

Actividad de generalización:

Cuando el niño esté en casa lavándose la carita deberá decirle a su madre que partes de la cara se está secando en cada momento con la toalla

- **Objetivo 6:** El niño es capaz de nombrar 5 partes del cuerpo de su muñeco favorito.

Indicadores:

1. El niño nombra los brazos y las piernas cuando el terapeuta lo señala.
2. El niño nombra el cuello y barriga cuando el terapeuta lo señala.
3. El niño nombra las rodillas cuando el terapeuta lo señala.

Tarea:

El terapeuta junto al niño y su muñeco favorito, irán repitiendo y señalando una a una las diferentes cinco partes del cuerpo como son los brazos, las piernas, el cuello, la barriga y las rodillas. Una vez que el niño tenga soltura, irá nombrandolas él solo cuando el terapeuta le señale cualquiera de ellas.

Para añadirle complejidad, se llevará a cabo el mismo proceso pero dibujando y verbalizando en voz alta las diferentes partes del cuerpo.

Materiales:

-Muñeco

-Folios

-Pinturas de colores

-Lápiz

Actividad de generalización:

Cuando el niño se vaya a vestir en casa, tanto si es con ayuda de la madre, padre o hermanos, la persona que lo esté atendiendo en ese momento, le hará preguntas que incentiven al niño a nombrar e identificar las diferentes partes de su cuerpo . Por ejemplo: ¿por dónde hay que meter la camiseta? y que el niño responda: por los brazos o brazos.

4.2 Cronograma

Cronograma específico

2 meses / 8 semanas / 16 sesiones. De 45 minutos cada sesión

	MARTES	JUEVES
Semana 1	Objetivo 1: “El niño es capaz de señalar 3 de los objetos cuando el terapeuta los nombra.”	Objetivo 1: “El niño es capaz de identificar 5 objetos familiares, entre un grupo de objetos de la misma categoría, cuando se les nombre.”
Semana 2	Objetivo 2: “El niño es capaz de señalar 3 de los objetos cuando el terapeuta los nombra.”	Objetivo 2: “El niño es capaz de identificar 5 objetos familiares, entre un grupo de objetos de diferentes categorías, cuando se les nombra.”
Semana 3	Objetivo 3: “El niño repite los nombres de los objetos después del terapeuta.”	Objetivo 3: “El niño es capaz de nombrar los objetos previamente trabajados en el objetivo 1, respondiendo a la pregunta: ¿Qué es esto?”
Semana 4	Objetivo 3: “El niño es capaz de nombrar los objetos previamente trabajados en el objetivo 1, respondiendo a la pregunta: ¿Qué es esto?”	Objetivo 3: “El niño es capaz de nombrar los objetos previamente trabajados en el objetivo 1, respondiendo a la pregunta: ¿Qué es esto?”
Semana 5	Objetivo 4: “El niño dice el nombre propio tanto de su madre como de su padre y de su mascota.”	Objetivo 4: “El niño nombra a otros 5 miembros de la familia por sus nombres propios, incluyendo mascota doméstica.”

Semana 6	<u>Objetivo 5:</u> “El niño nombra la nariz y la boca cuando el terapeuta lo señala.”	<u>Objetivo 5:</u> “El niño es capaz de nombrar 5 partes de la cara de su muñeco favorito.”
Semana 7	<u>Objetivo 6:</u> “El niño nombra los brazos y las piernas cuando el terapeuta lo señala.”	<u>Objetivo 6:</u> “El niño nombra el cuello y barriga cuando el terapeuta lo señala”
Semana 8	<u>Objetivo 6:</u> “El niño nombra las rodillas cuando el terapeuta lo señala.”	<u>Objetivo 6:</u> “El niño es capaz de nombrar 5 partes del cuerpo de su muñeco favorito.”

Cronograma general

	MARTES	JUEVES
Semana 1	Objetivo1: “El niño es capaz de identificar 5 objetos familiares, entre un grupo de objetos de la misma categoría, cuando se les nombre.”	Objetivo1: “El niño es capaz de identificar 5 objetos familiares, entre un grupo de objetos de la misma categoría, cuando se les nombre.”
Semana 2	Objetivo 2: “El niño es capaz de identificar 5 objetos familiares, entre un grupo de objetos de diferentes categorías, cuando se les nombra.”	Objetivo 2: “El niño es capaz de identificar 5 objetos familiares, entre un grupo de objetos de diferentes categorías, cuando se les nombra.”
Semana 3	Objetivo 3: “El niño es capaz de nombrar los objetos previamente trabajados en el objetivo 1, respondiendo a la pregunta: ¿Qué es esto?”	Objetivo 3: “El niño es capaz de nombrar los objetos previamente trabajados en el objetivo 1, respondiendo a la pregunta: ¿Qué es esto?”
Semana 4	Objetivo 3: “El niño es capaz de nombrar los objetos previamente trabajados en el objetivo 1, respondiendo a la pregunta: ¿Qué es esto?”	Objetivo 3: “El niño es capaz de nombrar los objetos previamente trabajados en el objetivo 1, respondiendo a la pregunta: ¿Qué es esto?”

Seman a 5	Objetivo 4: “El niño nombra a otros 5 miembros de la familia por sus nombres propios, incluyendo mascota doméstica.”	Objetivo 4: “El niño nombra a otros 5 miembros de la familia por sus nombres propios, incluyendo mascota doméstica.”
Seman a 6	Objetivo 5: “El niño es capaz de nombrar 5 partes de la cara de su muñeco favorito.”	Objetivo 5: “El niño es capaz de nombrar 5 partes de la cara de su muñeco favorito.”
Seman a 7	Objetivo 6: El niño es capaz de nombrar 5 partes del cuerpo de su muñeco favorito.	Objetivo 6: El niño es capaz de nombrar 5 partes del cuerpo de su muñeco favorito.
Seman a 8	Objetivo 6: El niño es capaz de nombrar 5 partes del cuerpo de su muñeco favorito.	Objetivo 6: El niño es capaz de nombrar 5 partes del cuerpo de su muñeco favorito.

Evaluación final

Después de haber realizado una intervención en función de los déficits detectados por parte del niño, se ha llevado a cabo una evaluación final para poder registrar si ha habido algún cambio o mejora

Dimensión social

1. Trastorno de las relaciones sociales: (No establece interacciones directas ni hacia los adultos ni hacia los grupos de iguales)

2. Trastorno de la referencia conjunta: **7** (Tiene protoimperativos pero no protodeclarativo)

3. Trastorno intersubjetivo y mentalista: **5** (El niño presenta sonrisa social, no tiene protodeclarativo)

Dimensión de la comunicación y el lenguaje

4.-Trastorno de las funciones comunicativas: **3 (señala con el dedo lo que desea y lo nombra si conoce la palabra)**

5.-Trastorno del lenguaje expresivo: **3** (utiliza las palabras que conocía más las nuevas que ha adquirido durante la intervención y sus frases son menos ecológicas)

6.-Trastorno del lenguaje receptivo: **2** (puede comprender órdenes más complejas que anteriormente y puede identificar tanto objetos como acciones reales, si bien los contextos nuevos precisan indicaciones para comprender el mensaje)

Dimensión de la anticipación/flexibilidad

7.-Trastorno de la anticipación: **5** (se resiste a los cambios y a las novedades)

8.-Trastorno de la flexibilidad: **5** (Se resiste a cambios y novedades)

9.-Trastorno del sentido de la actividad: **5** (Si hace la torre de cubo y se viste solo)

Dimensión de la simbolización

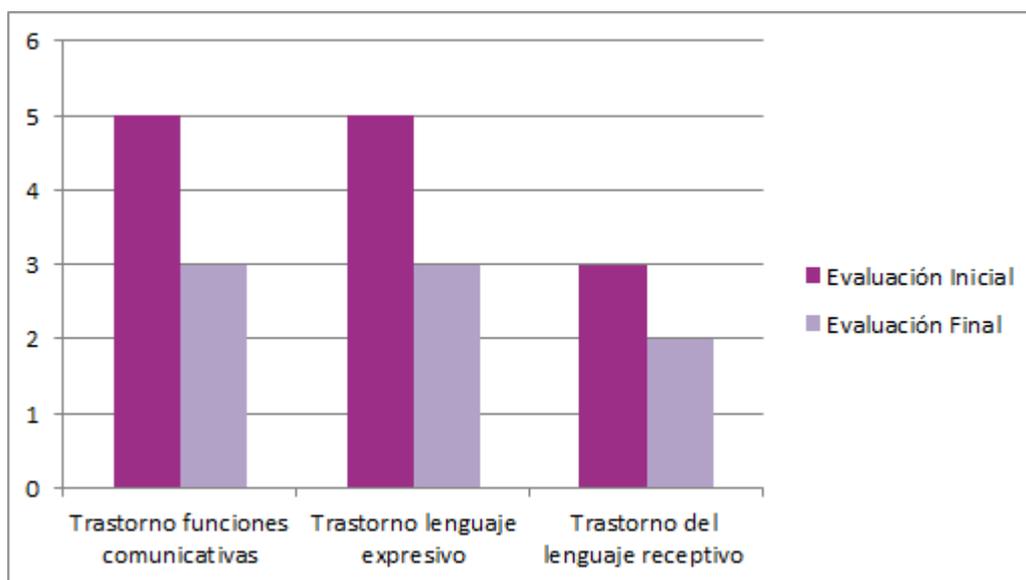
10.-Trastorno de la ficción: **5** (Siempre realiza el mismo juego)

11.-Trastorno de la imitación: **7** (El niño no tiene conductas de imitación)

12.-Trastorno de la suspensión: **7**(Crea gestos comunicativos para pedir o mostrar cosas (protoimperativos)

Puntuación total en el espectro autista: 60

4.3 Resultados



Después de llevar a cabo la intervención en la dimensión de comunicación y lenguaje , como se puede comprobar en la gráfica 1, el usuario ha mejorado satisfactoriamente, disminuyendo la puntuación en los ítems trabajados.

En el ítem de trastornos de las funciones comunicativas el usuario tenía una puntuación de 5 en la evaluación inicial, tras la intervención se ha obtenido una puntuación de 3 puntos

En el ítem de trastornos de lenguaje expresivo, en la evaluación inicial el niño obtuvo 5 puntos, tras la intervención, se ha obtenido una puntuación de 3 puntos.

Para finalizar, para el ítem de trastornos del lenguaje receptivo, el usuario tenía una puntuación de 3 puntos y en la evaluación final se obtiene una puntuación de 2 puntos.

Tras finalizar la evaluación inicial, el niño obtuvo una puntuación total de 66 puntos, tras llevar a cabo la intervención en la dimensión de comunicación y lenguaje, se realizó una evaluación final, en la cual se obtuvo un total de 60 puntos.

Estos cambios en la puntuación reflejan una mejora, concretamente en las funciones comunicativas, lenguaje expresivo y lenguaje receptivo, puesto que como se refleja en la última valoración, el niño nombra el objeto y lo señala con el dedo cuando quiere algo, ha

adquirido nuevo vocabulario y sus frases son menos ecolalias y puede comprender órdenes más complejas que anteriormente.

4.4 Planificación del seguimiento

Una vez finalizada la intervención, se llevará a cabo el seguimiento del niño cada 3 semanas, a través de la información que transmitan los padres sobre cómo el niño se va desarrollando en su día a día, en el ámbito familiar y escolar. Además se administrará la escala IDEA una vez que el niño haya finalizado cada curso académico, durante los próximos 3 años.

4. CONCLUSIONES

La realización de este proyecto nos ha permitido comprender de forma más amplia los problemas del desarrollo en niños con TEA, especialmente en el área del lenguaje y sus limitaciones para la integración social.

Después de haber llevado a cabo las sesiones planificadas, en las que se ha intervenido en el área del lenguaje, específicamente en el aumento del vocabulario, en un tiempo fijado de 8 semanas, los resultados han sido satisfactorios.

Se han cumplido todos los objetivos fijados, pero cabe destacar que algunos han precisado más tiempo de trabajo por su complejidad, como el 3 y el 6, para los que se ha necesitado dos semanas en lugar de una, como en el resto de objetivos.

Se ha contado con la participación activa y una buena predisposición por parte del usuario. Además, una ayuda fundamental para el desarrollo exitoso de la intervención ha sido el apoyo obtenido de la familia en cuanto al refuerzo de todas las actividades, trasladando lo trabajado en el aula de terapia a su ámbito familiar.

5. LÍNEAS FUTURAS DE INTERVENCIÓN

En función de los resultados obtenidos durante las sesiones de seguimiento y la información aportada por los padres, se establecerán unas líneas futuras de intervención. Se contemplarán las cuatro dimensiones del cuestionario IDEA, centrándonos siempre en la dimensión del lenguaje y la comunicación.

A medida que el niño vaya creciendo su lenguaje será cada vez más complejo, con lo cual, la intervención deberá adaptarse en todo momento a las exigencias académicas, sociales y familiares.

Por otro lado, también se contemplarán el resto de las dimensiones evaluadas y en el caso de que sea necesario, se trabajará con el niño para evitar posibles desequilibrios en su desarrollo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cabanyes Truffino J , García-Villamisar D , Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. Revista de neurología [revista en Internet]*2004 [22 de febrero de 2017]**; 39 (1): [81-90***]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Javier_Cabanyes-Truffino/publication/8451175_Identification_and_early_diagnosis_of_the_autistic_spectrum_disorders/links/574d720808ae061b330304fb.pdf
- (2) Mulas F , Hernández-Muela S , Etchepareborda M.C , Abad-Mas L. Bases clínicas neuropediátricas y patogénicas del trastorno del espectro autista. Revista de neurología [revista en Internet]*2004 [22 de febrero del 2017]**; 38 (1): [4-19***]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13859/bases_clinicas_neuropediatricas_y_patogenicas.pdf
- (3) Martos J. Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Primera edición. Madrid: ARTEGRAF, S.A; 1998
- (4) Fundación ASEMCO [sede Web]*. Argentina:[23 de febrero del 2017]. T.E.A. Disponible en: <http://www.asemco.org/documentos/asemco-idea.pdf>
- (5) <https://es.scribd.com/document/324504137/Desarrollo-Temprano-Del-Lenguaje-en-Ninos-Pequeños-Con-TEA-Con-El-Uso-de-Sistemas-Alternativos-Docx>

8. ANEXOS

CUESTIONARIO DE EXPLORACIÓN (ASSQ)

(Ehlers, Gillberg, Wing, 1999)

Nombre del niño.....	Fecha de nacimiento.....
Nombre del examinador : ¿Padre/ profesor/ psicólogo/ logopeda?	
Fecha de la evaluación.....	

El niño es diferente con relación a otros niños de su misma edad, en los siguientes comportamientos o áreas del desarrollo:

	No	Algo	Sí
1. El niño se comporta de forma anticuada o parece un niño precoz	[]	[]	[]
2. Es percibido como un “profesor excéntrico” por los otros niños	[]	[]	[]
3. Vive en cierto sentido en su propio mundo con sus intereses intelectuales restringidos e idiosincrásicos	[]	[]	[]
4. El niño acumula datos sobre ciertos temas (buena memoria mecánica) pero realmente no entiende el significado de la información	[]	[]	[]
5. El niño muestra una comprensión literal del lenguaje metafórico y expresiones ambiguas	[]	[]	[]
6. Tiene un estilo de comunicación que se desvía de los patrones normales: es un estilo adornado o formal, o pasado de moda o de naturaleza mecánica	[]	[]	[]

7. Inventa palabras y expresiones idiosincrásicas	[]	[]	[]
8. Tiene un tono de voz o forma de hablar diferente	[]	[]	[]
9. Emite sonidos de forma involuntaria; se aclara la garganta, gruñe, se da manotadas, llora o grita	[]	[]	[]
10. Su actuación en algunas tareas es sorprendentemente buena, mientras que en otras, es sorprendentemente ineficaz	[]	[]	[]
11. Usa el lenguaje con fluidez pero fracasa en acomodar su lenguaje al contexto social o a las necesidades de sus interlocutores	[]	[]	[]
12. Carece de empatía	[]	[]	[]
13. Hace comentarios socialmente embarazosos e inocentes	[]	[]	[]
14. Tiene un estilo idiosincrásico e inusual de mirar a otros	[]	[]	[]
15. Desea ser sociable pero fracasa a la hora de formar relaciones de amistad con sus iguales	[]	[]	[]
16. Solo juega o se relaciona con otros niños cuando los juegos o las cosas se hacen a su manera	[]	[]	[]
17. Carece de un amigo íntimo	[]	[]	[]
18. Carece de sentido común	[]	[]	[]
19. Es poco habilidoso para los juegos: no tiene un sentido de la cooperación en equipo, marca sus “propios goles”	[]	[]	[]
20. Manifiesta movimientos y gestos desgarbados, mal coordinados, torpes y desmañados	[]	[]	[]
21. Manifiesta movimientos corporales y faciales involuntarios	[]	[]	[]
22. Tiene dificultades para completar actividades diarias sencillas debido a la necesidad de repetir de forma compulsiva ciertas acciones o pensamientos	[]	[]	[]

23. Tiene rutinas especiales: resiste el cambio	[]	[]	[]
24. Muestra un apego idiosincrásico a objetos	[]	[]	[]
25. Los demás niños se burlan de el y lo intimidan	[]	[]	[]
26. Sus expresiones faciales son notablemente inusuales	[]	[]	[]
27. Su postura corporal es inusual de forma obvia	[]	[]	[]

Especificar otras razones diferentes a las descritas anteriormente:

-
-

Puntuación total:

Cuestionario de Autismo en la Infancia- Modificado (M-CHAT)₁

Por favor, rellene lo que su hijo hace habitualmente. Trate de responder a todas las preguntas. Si la conducta es poco frecuente (ej. la ha observado una o dos veces), responda "No".

1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...? Si No
2. ¿Muestra su hijo interés por otros niños? Si No
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, como p.ej. las escaleras? Si No
4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite? Si No
5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa? Si No
6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo? Si No
7. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo? Si No
8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente? Si No
9. ¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos? Si No
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos? Si No
11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos) Si No
12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa? Si No
13. ¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara que su hijo imita?) Si No
14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre? Si No
15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira? Si No
16. ¿Anda su hijo? Si No
17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando? Si No
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara? Si No

19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad? Si No

20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo? Si No

21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente? Si No

22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito? Si No

23. ¿Mira su hijo a su cara para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido? Si No

1 Traducción no oficial del original: Robins DL et als. (2001). Modified Checklist for Autism in Toddlers. Journal of Autism and Developmental Disorders.

Instrucciones de corrección del M-CHAT

Un niño puntúa negativamente en el cuestionario cuando no pasa **2 o más ítems críticos** O cuando no pasa **3 ítems cualquiera**. A continuación se listan las respuestas que puntúan negativamente para cada uno de los ítems del M-CHAT. Las respuestas en negrita y mayúscula son los ítems críticos. No todos los niños que puntúan negativamente en el cuestionario cumplen los criterios diagnósticos del espectro autista. Sin embargo, los niños que lo hacen deben ser evaluados de una forma más profunda por un especialista.

1. No 6. No 11. Si 16. No 21. No

2. NO 7. NO 12. No 17. No 22. Si

3. No 8. No **13. NO** 18. Si 23. No

4. No **9. NO 14. NO** 19. No

5. No 10. No **15. NO** 20. Si