



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Máster Universitario en Atención Temprana y Desarrollo
Infantil

Diseño de una intervención para aumentar la comunicación oral en un niño diagnosticado de TEA

Trabajo fin de estudio presentado por:	Lucía Garcinuño Marcos
Tipo de trabajo:	Tipo 1: Propuesta de Intervención
Línea de trabajo:	<input type="checkbox"/> Línea 3. Atención Temprana Centrada en Familia y Entornos
Director/a:	Rocío Domínguez Hernández
Fecha:	29/06/2022

Resumen

El aumento de diagnósticos de TEA y el cambio en las prácticas que se llevan a cabo en atención temprana, han sido los precursores a la realización de este Trabajo Fin de Estudios. En él podemos comprender la importancia de intervenir en el desarrollo de las personas con esta condición de salud siguiendo unas prácticas respetuosas para el niño, su entorno y la familia.

La dificultad que presentan estos niños a la hora de comunicarse con otras personas ha marcado la temática de este trabajo ya que se presenta una intervención sobre el desarrollo de la comunicación en un niño de 3 años diagnosticado de TEA. La comunicación es esencial en el desarrollo de cualquier persona, ya que todos los seres humanos (incluso los animales) nos comunicamos en diversos momentos de nuestra vida. Y no solo por eso, sino que para entendernos a nosotros mismos debemos saber qué nos pasa; y esto se hace mediante el lenguaje.

La metodología que se lleva a cabo en la intervención está centrada en las prácticas recomendadas en atención temprana, en concreto en las prácticas centradas en la familia y desarrolladas en el entorno natural del niño; el entorno familiar. Por ello, la intervención en el desarrollo de la comunicación se realiza teniendo en cuenta las necesidades que expone la familia y redactando estrategias diseñadas en las rutinas que lleva a cabo la familia con el niño. También se muestra la importancia de la calidad de vida familiar y cómo cuidar este aspecto de la familia para influir positivamente en la intervención y desarrollo de las habilidades comunicativas del niño.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista (TEA), comunicación oral, Prácticas Centradas en la Familia (PCF), atención temprana, entornos naturales del desarrollo.

Abstract

The increase in diagnoses of ASD and the change in practices that are carried out in early attention, have been the precursors to the realization of this final studies work. In this work we can understand the importance of intervening in the development of people with this health condition following practices respectful to the child, his environment and the family.

The difficulty that these children in communicating with other people has marked the theme of this work as it present an intervention on the development of communication in a child of 3 years old diagnosed with ASD. Communication is essential in the development of any person, as all human beings (including animals) communicate at various times in our lives. And not only for that, but to understand ourselves we must know what happens to us; and this is done through language.

The intervention methodology focuses on best practices recommended in early attention, specifically in the practices centered on the family and developed in the natural environment of the child; the family environment. For this reason, the intervention in the development of communication is carried out taking into account the needs that the family and writing strategies designed in the routines that the family carries out with the child. The importance of the quality of family life and how to take care of this aspect of the family to positively influence the intervention and development of the child's communication skills.

Keywords: Autism Spectrum Disorder (ASD), oral communication, Family Centered Practices, early attention, natural development environments.

Índice de contenidos

1.	Introducción	7
1.1.	Justificación y planteamiento del tema elegido	8
1.2.	Objetivos	10
2.	Marco Teórico	11
2.1.	Qué es el Trastorno del Espectro Autista	11
2.1.1.	Desarrollo “típico” de un niño con TEA: Señales de alerta	13
2.1.2.	Criterios diagnósticos del TEA	16
2.1.3.	Teorías explicativas del comportamiento de personas con TEA.....	18
2.2.	Comunicación y lenguaje	20
2.2.1.	Desarrollo de la comunicación y el lenguaje en niños con TEA	21
2.2.2.	Modelos para intervenir la comunicación y el lenguaje en casos TEA.....	22
2.3.	Prácticas Centradas en la Familia y Entornos Naturales en Atención Temprana	26
2.3.1.	Qué son las Prácticas Centradas en la Familia (PCF)	26
2.3.2.	Qué son los Entornos Naturales	27
3.	Contextualización	29
4.	Diseño de la Propuesta	31
4.1.	Objetivos de la propuesta de intervención	31
4.2.	Destinatarios	31
4.3.	Metodología.....	33
4.4.	Actividades/sesiones	35
4.5.	Temporalización.....	40
4.6.	Evaluación	42
5.	Conclusiones.....	43

6. Limitaciones y Prospectiva	45
Referencias bibliográficas.....	46
Anexos	50
Anexo A. Hoja de acogida	50
Anexo B. Ecomapa	51
Anexo C. Entrevista Basada en Rutinas (EBR)	52
Anexo D. Pictogramas de saludo y despedida.....	56
Anexo E. Historia social sobre el saludo.....	57
Anexo F. Cómo usar DictaPicto	59

Índice de tablas

Tabla 1. Resultados de prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista	9
Tabla 2. Señales de alerta en el desarrollo: rasgos TEA	13
Tabla 3. Temporalización de las sesiones de intervención	41

1. Introducción

El presente Trabajo Fin de Estudios del Máster de Atención Temprana y Desarrollo Infantil, pretende recoger las actuaciones que realiza el profesional del Equipo de Atención Temprana en una familia con un hijo diagnosticado de Autismo. La intervención va a estar centrada, especialmente, en el desarrollo de habilidades comunicativas y del lenguaje; aunque, atendiendo a los principios de la Atención Temprana, debe planificarse la intervención de manera holística para que observemos al niño como un todo y no por esferas del desarrollo (Grupo de Atención Temprana, 2019). Por ello, aunque el objetivo principal que persigue este trabajo es el de aumentar las habilidades comunicativas y el lenguaje oral del niño, se realiza una observación del comportamiento del niño, en relación al desarrollo y las necesidades de la familia, para la redacción de los objetivos específicos que perseguirá la intervención con el niño (no solo se observa su desarrollo comunicativo).

He elegido centrarme en el Trastorno del Espectro Autista porque es una condición de salud¹ que, desde los primeros años en el Grado en Pedagogía, me llamó mucho la atención por su diversidad de alteraciones y las diferencias que puede haber de unas personas con TEA a otras. Es decir, todas las personas somos diferentes tengamos o no una condición de salud determinada, lo mismo pasa con las personas con TEA; todas son diferentes. Aunque dentro del autismo, nos encontramos con un alto porcentaje de personas que tienen una gran dificultad para comunicarse, otras que tienen afectadas la comunicación y el lenguaje, otras que además de la comunicación y el lenguaje también se ven afectadas sus capacidades cognitivas, etc. Es muy diverso, pero en la mayoría de los casos se destaca alteraciones en la comunicación y el lenguaje.

Durante el Máster en Atención Temprana descubrí lo importante que era la comunicación. Gracias al desarrollo de la comunicación sabemos lo que nos pasa, podemos socializar con otras personas dentro o fuera de nuestro entorno cotidiano, podemos aprender aquello que nos suscite curiosidad, etc. Si no fuéramos capaces de comunicarnos, seríamos personas aisladas e incapaces de realizarnos como seres sociales que somos (Educalab, s.f.).

¹ Término recogido en el Paradigma CIF para referirse a un trastorno o enfermedad, con el objetivo de hacer el lenguaje más inclusivo y no referirse a los déficits.

A lo largo de mi etapa de estudiante universitaria, he conocido muchos trastornos y he estudiado sobre ellos, pero con el autismo me pasa que siempre necesito saber más y siempre hay algo nuevo por descubrir. Respecto a la comunicación, considero que es una habilidad esencial en el ser humano. Comunicarnos nos permite desarrollarnos, ya sea a través del lenguaje o de otros sistemas (ej.: SACC²). Todos estos pensamientos, creencias e inquietudes me llevaron a decir hacer este Trabajo Final de Estudios centrado en el autismo y la comunicación.

Además, toda la intervención se llevará a cabo siguiendo la filosofía de Prácticas Centradas en la Familia y en los Entornos Naturales del niño. Es decir, se seguirá la metodología recomendada en los contenidos del Máster, aquella que se centra en el desarrollo de capacidades por parte del niño y de la familia cuidando, al mismo tiempo, de la calidad de vida familiar.

1.1. Justificación y planteamiento del tema elegido

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en una nota de prensa publicada el 1 de junio de 2021, afirma que estiman que en el mundo 1 de cada 160 niños padece TEA (OMS, 2021). Este número hace referencia a una media de los diferentes estudios consultados, ya que en algunos países (subdesarrollados) no existen datos al respecto.

La Confederación Autismo España (s.f.), señala que en nuestro país no existen estudios poblacionales que nos den un número exacto de personas que padecen TEA; pero, sabemos que en los últimos años han aumentado notablemente el número de casos diagnosticados al año. Posiblemente, este aumento se deba a la investigación y precisión de las herramientas que se usan para detección y diagnóstico. Pero fuera como fuere, el dato es que los casos van en aumento y, por lo tanto, también ha aumentado el número de intervenciones que se realiza con personas autistas.

A continuación, se muestran algunos datos que disponemos sobre los diagnósticos de TEA y como estos han ido en aumento a lo largo de los años.

² Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación.

Tabla 1. Resultados de prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista

Año de vigilancia	Año de nacimiento	Población total de niños/as 8 años bajo vigilancia	Prevalencia TEA por 1,000 (intervalo de confianza 95%)	Aproximadamente 1/x niños
2000	1992	187.761	6,7 (6,3 - 7,1)	1/150
2002	1994	407.578	6,6 (6,4 - 6,9)	1/150
2004	1996	172.335	8,0 (7,6 - 8,4)	1/125
2006	1998	307.790	9,0 (8,6 - 9,3)	1/110
2008	2000	337.093	11,3 (11,0 - 11,7)	1/88
2010	2002	363.749	14,7 (14,3 - 15,1)	1/68
2012	2004	346.978	14,6 (8,2 - 24,6)	1/68

Fuente: Alcantud et al., 2018

Si observamos la tabla, podemos apreciar que la prevalencia del autismo ha aumentado notablemente desde el año 1992 hasta el 2012; es decir, se ha más que duplicado el diagnóstico de TEA en niños. Por lo que podemos deducir que es una problemática que va en crecimiento y, de la cual, los profesionales de AT debemos estar preparados para intervenir durante los primeros años de vida, que son clave para el éxito en la intervención.

Además, este trastorno se caracteriza principalmente por el retraso en la adquisición del lenguaje, las habilidades motoras, sociales y cognitivas (APA, 2014). Principalmente, destaca la dificultad para la comunicación social y los comportamientos restringidos y repetitivos que presentan estas personas. El desarrollo de la comunicación es clave para el desarrollo personal y social, como veremos más adelante.

En cuanto a la comunicación, según el DSM-V, es una de las áreas del desarrollo que se ve más afectada en la mayoría de los casos (APA, 2014). Ello, junto con la importancia que se le otorga al área de la comunicación en la atención temprana y que va a determinar (en parte) el desarrollo de las demás áreas del desarrollo, considero un aspecto fundamental a intervenir dentro de este colectivo.

1.2. Objetivos

El objetivo general que sigue este trabajo, es el de:

- Diseñar una intervención en atención temprana con prácticas centradas en la familia y en el entorno natural para un niño con TEA y con retos en la comunicación.

Como objetivos específicos que se pretenden conseguir, podremos observar:

- Conocer cómo implantar una intervención con los principios de prácticas centradas en la familia.
- Exponer información, por parte de los profesionales de Atención Temprana, que ayuden a los padres a saber cómo aumentar las habilidades comunicativas de su hijo con TEA.
- Analizar la calidad de vida familiar, cuando se tiene un hijo con necesidades educativas especiales.
- Mostrar los conocimientos aprendidos durante el Máster en Atención Temprana y Desarrollo Infantil, en relación con el planteamiento de estrategias para la consecución de los diferentes objetivos propuestos en la intervención.

2. Marco Teórico

2.1. Qué es el Trastorno del Espectro Autista

El concepto de autismo³ ha ido cambiando a lo largo de los años. El primero en utilizar la palabra “autismo” fue Eugen Bleurer (1929), para referirse a personas con esquizofrenia con notables dificultades en la socialización y que permanecían aisladas en sí mismos (Gómez et al., 2010). Pero, es a Leo Kanner a quien se le considera el “padre del autismo” ya que sentó las bases del concepto de autismo que hoy conocemos. En 1943, publicó el artículo *Trastornos autistas del contacto afectivo*, donde subrayaba las principales características de las personas que formaban parte de su investigación. En dicha publicación, subrayaba la ausencia de socialización con otras personas, retraso en la adquisición del lenguaje, ausencia de intención comunicativa (lenguaje verbal y no verbal), alteración sensorial y estereotipias⁴, entre otros (Gómez et al, 2010).

Toda la evolución que ha tenido el TEA se ha visto reflejada en los distintos manuales de la American Psychiatric Association⁵, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders⁶ (DSM). El manual DSM-IV-TR, publicado en el año 2000, considera el autismo como un trastorno generalizado o profundo del desarrollo (TGD) junto con los trastornos de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia; además, indica que se caracteriza por afectaciones en las habilidades de interacción social y habilidades comunicativas, y comportamientos restringidos y estereotipados (Gómez et al., 2010). Sin embargo, la edición más actualizada, el DSM-V⁷ publicado en el año 2013, lo clasifica como un trastorno del desarrollo neurológico relacionado por retrasos en la adquisición del lenguaje y de las habilidades motoras, sociales y cognitivas, otorgándole un concepto dimensional (espectro) (Zúñiga et al., 2017).

Después de hacer un pequeño recorrido por cómo surgió el concepto “autismo”, vamos a adentrarnos en la actualidad. En los últimos años, la OMS ha detectado que la prevalencia del

³ Proviene del griego y significa “estar encerrado dentro de uno mismo”.

⁴ Son movimientos continuos y repetitivos que consisten en el balanceo del cuerpo, movimiento constante de las manos y mirada dirigida hacia los pies.

⁵ Asociación americana de psiquiatría.

⁶ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

⁷ En marzo de 2022, después de redactar este marco teórico, se publicó el DSM-V-TR.

autismo tiene un crecimiento positivo cada año; por ejemplo, en el año 2018 han aumentado los casos de autismo (diagnosticado) respecto al número de diagnósticos de autismo que hubo en el año anterior, 2019. De hecho, esta misma organización estima que 1 de cada 100 niños en todo el mundo padece autismo (OMS, 2022). Es por este dato, que surge la necesidad de conocer más sobre el TEA y cómo intervenir, ya que la cifra total de afectados en todo el mundo es bastante alta. Además, la OMS subraya el gran impacto que puede tener en las personas que lo sufren si no son atendidas adecuadamente ya que, el TEA, es un trastorno que limita las capacidades de la persona en su día a día, en su desarrollo físico y emocional y cognitivo llegando a afectar a la participación de estas personas en la sociedad dañando el bienestar emocional, no solo de las personas TEA, sino también de sus familias (Montagut et al, 2018).

Según la Revista Medicina (2019), de Buenos Aires, el TEA es un trastorno de base neurobiológica⁸ con una alta heredabilidad, cuya presencia se atribuye a causas genéticas, inmunológicas y ambientales; también, se ha visto que afecta a la transmisión de información entre neuronas y a la hora de establecer conexiones neuronales. Al estar dañados estos procesos neuronales, se ven afectados diversos procesos que se dan en el cerebro y que afectan, principalmente, a la comunicación e interacción social y al desarrollo del lenguaje.

El autismo es un trastorno que se conoce desde hace muchos años, pero que ha ido “evolucionando” gracias a las investigaciones de diversos profesionales de la medicina, la psicología, la educación, etc. Actualmente, lo conocemos como Trastorno del Espectro Autista (TEA) y sabemos que afecta, principalmente, a la comunicación, las relaciones sociales y el lenguaje; y que son personas que presentan conductas repetitivas e inflexibilidad mental. Pero, el grado en el que se presentan estas características varía mucho en las personas que padecen TEA, por lo que se le empezó a denominar espectro (diferentes grados de alteración dentro de un continuo). De hecho, dentro de este espectro se ven comprendidos el Síndrome de Asperger, el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), Síndrome de Rett y autismo (APA, 2014).

⁸ La neurobiología, se encarga del estudio del sistema nervioso que influye en la conducta y en los procesos mentales (emociones, memoria y pensamiento).

Además, los resultados de diversos estudios demuestran se puede diagnosticar en los primeros 2 años de vida, y que un diagnóstico precoz es fundamental para aumentar el éxito de la intervención temprana. Como dato, para finalizar este punto, también sabemos que, aunque lo normal es diagnosticarlo durante la infancia, hay personas que no obtienen su diagnóstico hasta la adolescencia o incluso en la edad adulta; por ello, es necesario más información y formación de los profesionales para poder dar respuesta y ayuda a las personas que lo padecen y a sus familias.

2.1.1. Desarrollo “típico” de un niño con TEA: Señales de alerta

El diagnóstico de autismo muchas veces es complicado porque hay una gran diversidad de síntomas indicativos y, además, no todas las personas que padecen autismo presentan el mismo cuadro clínico. En la **Tabla 3**, podemos apreciar las señales de alerta que nos pueden indicar que estamos ante un posible caso de TEA.

Tabla 2. Señales de alerta en el desarrollo: Rasgos TEA.

Antes de los 12 meses
<ul style="list-style-type: none">➤ Ausencia de contacto ocular cuando interactuamos con él.➤ No responde cuando le llamamos por su nombre.➤ Ausencia de lenguaje protodeclarativo (señalar) para conseguir un objeto.➤ Ausencia de balbuceo.➤ No muestra respuesta ante gestos faciales que el adulto realiza para llamar su atención.➤ Déficit en la comunicación y en las interacciones sociales.
Desde los 12 hasta los 18 meses
<ul style="list-style-type: none">➤ No emite ninguna palabra que se pueda entender.➤ Evita el contacto ocular en las interacciones sociales o cuando se le llama.➤ No tiene intención de ejecutar respuesta cuando se le llama.➤ No muestra querer interactuar con nadie, ni siquiera con sus iguales.

- No ejecuta juegos simbólicos⁹.
- Muestra ecolalias¹⁰.
- Presenta estereotipias (balanceo continuo, agitación de las manos, dirige la mirada hacia los pies continuamente).

Desde los 18 hasta los 36 meses

- Le cuesta cambiar el orden de las rutinas (inflexibilidad en las rutinas).
- Pasa mucho tiempo solo, sin querer interactuar con personas.
- Ausencia de imitaciones espontáneas.
- No muestra balbuceo o emisión de palabras.
- Ausencia de juego simbólico.
- No muestra respuesta ante las llamadas de atención de las personas.
- Muestra atención y comprensión selectiva.
- Para captar su atención se necesita invadir su campo de visión. Presenta hipersensibilidad o hiposensibilidad a ruidos y sonidos.

Desde los 3 a los 5 años

- Muestra déficits en la comprensión verbal.
- Tiene baja respuesta cuando se le llama.
- Alteraciones del lenguaje verbal y no verbal.
- Baja capacidad comunicativa.
- Apenas interacciona con los iguales.
- Normalmente está centrado en sí mismo y presta poca atención a lo que sucede a su alrededor.
- Apego hacia un objeto, que lo usa en todas sus actividades.
- Dificultades para mantener la atención o focalizarla hacia un estímulo concreto.
- Muestra estereotipias.

⁹ Aquel en el que se hace uso de la imaginación y se personifican objetos, por ejemplo: usar una escoba como un caballo.

¹⁰ Repetición de palabras, frases o canciones que acaba de escuchar.

- Inflexibilidad en las rutinas.
- Comienza a sufrir rabietas a las que el adulto no encuentra explicación y que no se pueden justificar por la edad.

Desde los 5 años

- Déficits para mantener o comenzar interacciones sociales con otras personas.
- No muestra intenciones de querer jugar con sus iguales.
- Normalmente está solo.
- Uso del lenguaje para temas de su interés (limitación en el lenguaje).
- Muestra ecolalias y mutismo.
- Inflexibilidad para los cambios (rutinas, juegos...).

Fuente: Hijosa (2017) y Zúñiga et al. (2017).

Aunque diversos estudios subrayan los síntomas anteriores como señales de alerta temprana, lo cierto es que debemos realizar un proceso de evaluación holística del niño, para comprobar de manera certera el diagnóstico, aunque se cumpla uno o varios de los signos de alerta anteriormente mencionados. En esta evaluación holística que vamos a llevar a cabo, deberemos recoger diversa información como, por ejemplo: primera reunión con los padres (acogida) para recoger preocupaciones, recogida de información sobre el desarrollo del niño, revisión de historial clínico del niño y recogida de información del funcionamiento familiar y de las preocupaciones de los padres respecto a la evolución del niño y su futuro (Barthélémy et al. (2019).

Pero, para planificar una intervención no es necesario un diagnóstico de TEA. Solo es necesario que la familia, médico o profesional cercano al niño transmita la preocupación por alteraciones en el desarrollo y la recogida de la información anteriormente señalada. No se necesita un informe diagnóstico que clasifique los comportamientos del niño dentro de un trastorno. De esta manera se conseguirá agilizar la intervención y poder dar sentido al concepto “Temprana” de la Atención (Busquets et al., 2018).

2.1.2. Criterios diagnósticos del TEA

Como hemos visto en el punto anterior, las características del TEA son muy variadas y, además, las personas que lo padecen no tienen las mismas características; son muy heterogéneas. No hay dos personas diagnosticadas de TEA que presenten la misma cantidad de síntomas ni frecuencia de estos. Por ello, es necesario conocer los criterios diagnósticos y saber lo que actualmente se requiere para poder considerar que es una persona autista.

Existen tres manuales o sistemas de clasificación, que son los más usados para el diagnóstico de autismo. Estos son la CIE-10, desarrollado por la OMS y cuya publicación se realizó en el año 1992; también es frecuente el uso de la CIF¹¹, junto con la CIE-10, ya que aporta información acerca del funcionamiento del niño con una condición de salud, las limitaciones que puede presentar en la ejecución de actividades cotidianas y hace referencia a las estructuras que se ven involucradas en dicha condición de salud; y el manual DSM-V, desarrollado por la APA¹² y publicado en el año 2013. Teniendo en cuenta los cambios que ha experimentado la concepción e investigación de este trastorno, vamos a usar los criterios diagnósticos del DSM-V ya que son los más actualizados que poseemos en la actualidad.

Según dicho manual, los criterios diagnósticos que se tienen en cuenta en el TEA son (APA, 2014):

- a. Dificultades presentes en los ámbitos de la comunicación y de la interacción social en diferentes contextos, que pueden tener lugar en la actualidad o en el pasado.
 - i. Problemas en la reciprocidad socioemocional, que puede implicar un acercamiento social anormal y fracaso en la interacción verbal y/o falta de intereses, emociones o afectos que llevarían al fracaso para iniciar o responder correctamente a interacciones sociales.
 - ii. Déficits en la comunicación a través del empleo de lenguaje no verbal, no mantiene el contacto visual y hay ausencia de comprensión del lenguaje no verbal de la persona con la que se interactúa.

¹¹ Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud.

¹² American Psychiatric Association.

- iii. Alteración durante el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales que pueden ir desde dificultades para entablar amistades o compartir juegos que requieren un alto nivel de abstracción hasta problemas para adaptar el comportamiento a los distintos contextos.
- b. Existencia de comportamientos e intereses restrictivos y repetitivos que se han podido observar en la actualidad o en el pasado, en dos o más de las siguientes situaciones:
 - i. Durante el uso de objetos.
 - ii. Repetición de conductas verbales y motoras.
 - iii. Inflexibilidad para cambiar el orden de las rutinas.
 - iv. Presenta intereses limitados e inflexibles y una intensidad extrema hacia estos intereses.
 - v. Muestra una alta o baja reacción ante estímulos sensoriales inhabituales que se den en el entorno.
- c. Los síntomas deben estar presentes durante las primeras fases del desarrollo (primera infancia), aunque su manifestación en la conducta del niño puede ser más tardía.
- d. Se ve afectado su funcionamiento en ámbitos sociales, laborales u otros ámbitos.
- e. El TEA no está necesariamente ligado a un diagnóstico de discapacidad intelectual, aunque en la mayoría de los casos hay ambos diagnósticos en una misma persona.

Además de tener en cuenta estos criterios, en el informe diagnóstico de la persona se debe tener en cuenta si (APA, 2014):

- Hay presencia de discapacidad intelectual.
- Hay retraso en el lenguaje.
- Si la causa puede deberse a la genética o a factores ambientales desconocidos¹³.

El informe diagnóstico, el cual debe recoger toda la información mencionada anteriormente, suele ir acompañado de los resultados de pruebas estandarizadas cuantitativas en las que se obtienen datos numéricos que se pueden comparar para poder conseguir una información más objetiva y no solo basada en la observación de las conductas y comportamientos del niño.

¹³ Investigar historial clínico familiar para descartar o afirmar la presencia de factores genéticos como posible causa del TEA.

Algunas de las herramientas más utilizadas en estos casos de diagnóstico, son la entrevista semiestructurada ADOS¹⁴ y el cuestionario ADI-R¹⁵ (Zuñiga et al. 2017).

2.1.3. Teorías explicativas del comportamiento de personas con TEA

Para comprender el comportamiento y desarrollo de las personas con TEA, a lo largo de numerosas investigaciones se han ido diseñando teorías que intentan explicar cómo estas personas perciben y entienden mundo que les rodea (Vermeulen, 2020).

➤ Teoría de la disfunción ejecutiva.

Esta teoría pretende explicar el comportamiento de las personas autistas subrayando que están afectadas diversas funciones ejecutivas, ya que dichas funciones son las encargadas de numerosos procesos cognitivos (planificación, razonamiento, toma de decisiones, inicio y finalización de tareas, organización, inhibición, anticipación, flexibilidad, etc.). “Estas funciones son necesarias tanto para una acción motora muy sencilla, como para planificar y ejecutar pensamientos e intenciones complejas” (Echeverry, 2010, p.120). Es por ello por lo que al estar afectadas se podría dar explicación a la problemática de las relaciones sociales, retraso en el lenguaje, afectación de la motivación y problemas para llevar a cabo una tarea.

➤ Teoría de la ceguera mental.

Subraya la dificultad de interaccionar y comunicarse que padecen estas personas porque no saben interpretar los gestos y reacciones de la persona con la que interactúan en un contexto determinado, ya que no suelen entender el contexto.

Vermeulen (2020), ejemplifica esta explicación diciendo que:

el significado de una mano levantada depende del contexto: las personas levantan la mano para hacer una pregunta, saludar a alguien, pedir permiso para hablar, parar un taxi, decir adiós, etc. El significado o la intención detrás del gesto concreto no se puede encontrar en el gesto en sí, sino en el contexto de ese gesto (p.198).

¹⁴ *Autism diagnostic observational Schedule.*

¹⁵ *Autism diagnostic interview-revised.*

Además, este planteamiento podría explicar la ausencia de la Teoría de la Mente, ya que al no entender el contexto no entiende el comportamiento y gestos de las personas.

➤ Teoría de la mente.

Esta práctica comprende una serie de procesos cognitivos que están implicados en la socialización de las personas. Comprende ciertas habilidades de las personas para comprender, interpretar y adelantar las intenciones y comportamientos de la persona con la que estamos manteniendo una interacción (Zuluaga & Marín & Becerra, 2018). La ausencia de esta teoría en las personas TEA, es decir la presencia de problemas cognoscitivos, podría explicar la dificultad en las relaciones sociales ya que no entienden el comportamiento de la otra persona.

➤ Teoría de la Coherencia Central.

Esta creencia, enunciada por Utha Firth (1989), viene a destacar la problemática de las personas con TEA a unir toda la información que proporciona el entorno y procesarlo como un “todo”. Los autistas suelen focalizar su atención en pequeños detalles, lo que les impide percibir lo más importante que se está desarrollando a su alrededor (Herlyn, 2017).

➤ Sistema de las neuronas espejo.

Las neuronas espejo se encargan, principalmente, del aprendizaje por imitación. Cuando se observa a una persona haciendo un gesto o una acción que ha llamado nuestra atención, estas neuronas se activan y comienza un proceso de aprendizaje (García, 2008). Está demostrado que gran parte de los aprendizajes que realizamos los hacemos por imitación a nuestras personas de referencia (normalmente, en la infancia, son los padres o los hermanos). Al estar afectado este sistema en las personas autistas, su aprendizaje por imitación va a estar muy limitado, por lo que en los primeros años de vida apenas va a poder adquirir ciertos conocimientos o acciones cotidianas mediante la imitación.

Todas estas suposiciones, enunciadas por expertos en la materia, intentan dar una explicación del comportamiento que se observa en las personas con autismo. Pero ninguna de ellas, por sí sola, puede explicar todos los comportamientos y actitudes más representativos y comunes de las personas con autismo. Aunque, nos sirven para que los profesionales y las familias

puedan dar una pequeña respuesta a “por qué son así”, ya que esta es una de las inquietudes que más se presenta en las familias.

2.2. Comunicación y lenguaje

Para empezar, vamos a conocer las diferencias entre lenguaje y comunicación, porque, aunque la mayoría de las personas nos comunicamos a través del lenguaje, hay individuos que se comunican sin lenguaje; por lo tanto, llevar a cabo un proceso de comunicación no implica necesariamente el uso del lenguaje. La comunicación es un acto en el que hay un intercambio de información entre dos o más personas (emisor y receptor). Hay tres tipos de comunicación: verbal, que es la que más se utiliza y hace uso de la palabra para componer el mensaje; no verbal, que se da mediante gestos (LSE¹⁶) o expresiones faciales o el tono de voz; y la comunicación gráfica que se realiza mediante ilustraciones para complementar, o apoyar, el lenguaje verbal (mapas, logotipos, gráficos).

Sin embargo, el lenguaje es una forma específica de comunicación que implica el uso de un código (sonidos o signos) para desarrollar la acción de comunicarse con otras personas (RAE, 2014). A través de este código podemos expresar nuestras ideas y sentimientos a otras personas y a nosotros mismos, ya que el lenguaje permite a la persona conocerse mejor y saber lo que le pasa (poner nombre a lo que siente o piensa). Esta habilidad va a influir en el comportamiento (Ríos, 2010); es decir, una persona que no sabe expresar lo que le pasa, tienen tendencia a presentar conductas disruptivas o que, generalmente, no son aceptadas. Acosta y Moreno (2007, como se citó en Guasp, 2019), afirman que las dificultades de la comunicación y del lenguaje influyen en el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño.

Para entender mejor lo importante que es el lenguaje en el desarrollo de las personas, Castañeda (1999) destaca las funciones que lleva a cabo el lenguaje en la vida de los seres humanos. Numera siete funciones, como son la función comunicativa (interacción social), cognoscitiva, instrumental para satisfacer necesidades inmediatas (hambre, sed, ayuda...), personal (expresar sentimientos e ideas), informativa (recibir y obtener información), adaptativa (capacidad de ajustarse al entorno social) y reguladora del comportamiento. Todas

¹⁶ Lengua de Signos Española.

las funciones están vinculadas entre sí, es decir, cuando se realiza una intervención sobre el desarrollo del lenguaje se hace sobre todas las funciones que tiene el lenguaje en la vida de las personas; esto es muy importante, hacer una intervención holística sobre el lenguaje, ya que su limitación va a limitar también el desarrollo de la persona.

2.2.1. Desarrollo de la comunicación y el lenguaje en niños con TEA

En el proceso del desarrollo comunicativo, de cualquier persona, podemos distinguir dos fases: prelingüística y lingüística. Estas mismas fases (prelingüística y lingüística) son las que componen el desarrollo comunicativo y del lenguaje de un niño con autismo, pero el proceso interno de cada fase es diferente. A continuación, se hace una síntesis de cada fase y cómo se desarrolla en los niños con TEA.

➤ Características de los niños TEA en la fase prelingüística.

Desde las primeras semanas de vida, los bebés llevan a cabo acciones comunicativas como, por ejemplo: seguir con la mirada, focalizar la mirada en la persona que está hablando, reaccionar a la voz de los cuidadores principales, etc. Aunque los diagnósticos de TEA se suelen dar en torno a los dos años, ya desde el primer año de vida se puede observar que tienen una baja respuesta al ser llamados o a la voz de los cuidadores y también a responder con gestos corporales y faciales; además, suelen presentar comportamientos no aceptados socialmente (agresiones a otras personas o a sí mismo) (sonrisa) (Díaz & Jaramillo, 2016). La presencia de estos signos nos puede llevar a pensar que puede haber interferencias en el desarrollo del lenguaje, pero no implica necesariamente que vaya a haber problemas en el desarrollo del lenguaje; por lo que es un comportamiento al que se debe prestar atención cuando se haga un proceso de diagnóstico, pero que en la etapa prelingüística no asegura un retraso en el lenguaje durante la etapa lingüística.

➤ Características de los niños TEA en la fase lingüística.

Alrededor del año de edad, los niños comienzan esta fase en la que empiezan a comunicarse a través de palabras. Los niños autistas, en la mayoría, el desarrollo del lenguaje verbal suele ser más lento respecto a los niños con un desarrollo normalizado. Lo más significativo del TEA, durante este proceso, es que después

de comenzar a decir algunas palabras (sobre los 12 a los 18 meses) sufren una regresión del lenguaje en la que no adquieren nuevas palabras, es decir, no continúan con el ritmo que habían cogido a la hora de emitir palabras; de hecho, pueden incluso dejar de decir las palabras que habían aprendido. Este es un signo muy importante para el diagnóstico de TEA, ya que es exclusivo de este trastorno (Díaz & Jaramillo, 2016). Otra de las dificultades que tiene lugar en esta etapa es la aparición de ecolalias que realizan con la intención de comunicarse pero que, a la vez, hace difícil que la persona que está con ellos les entienda; por ello, en las intervenciones uno de los principales objetivos suele ser disminuir o eliminar las ecolalias como uno de los primeros pasos para poder llevar a cabo una comunicación efectiva (Díaz & Jaramillo, 2016).

2.2.2. Modelos para intervenir la comunicación y el lenguaje en casos TEA

A lo largo de los años, se han realizado diferentes investigaciones y estudios para conocer de qué manera (metodología) se puede intervenir la comunicación y lenguaje con este colectivo; es decir, mostrar los principios a seguir para optimizar el desarrollo de la comunicación y lenguaje en estas personas que presentan dificultades en este ámbito. A continuación, se van a describir algunas de las metodologías más usadas hasta el momento para exponer nociones básicas a tener en cuenta para el diseño de la intervención.

2.2.2.1. Picture Exchange Communication System (PECS)

Este modelo de comunicación se encuentra dentro de los Sistemas Alternativos y/o Aumentativos de la Comunicación (SAAC). Se caracteriza por el uso de imágenes (pictogramas), para llevar a cabo el proceso de comunicación. Es un modelo de uso frecuente, ya que no conlleva una inversión económica importante ni cualificación para usarlo, tan solo pictogramas de objetos o actividades cotidianas de interés para la persona que usa este SAAC (Pérez y Pérez, 2018).

Es una metodología que tiene un gran uso actualmente, empleada tanto por familias como por profesionales del centro educativo o del equipo de atención temprana. Normalmente, el niño tiene en una carpeta diferentes pictogramas (que él ya conoce) para expresar sus deseos o sentimientos y poder comunicarse con las personas de su entorno. Se suele usar como método complementario, a la vez que se están llevando a cabo intervenciones de la conducta

u otros modelos para intervenir la comunicación. Por lo que PECS sería una ayuda visual para el niño, a la vez que se estimula la comunicación a través del lenguaje oral.

2.2.2.2. Método TEACCH¹⁷ (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*)

Este modelo se caracteriza por tener en cuenta los intereses, necesidades y habilidades del niño con TEA y de la familia. Es un método que fomenta la estructuración de actividades, siendo flexible para adaptarse a los intereses y habilidades del niño y que, él, en todo momento sepa el objetivo de la actividad, qué debe hacer, cuánto tiempo tiene, etc. (González, 2019).

Además, promueve el uso de frases cortas que contengan la información esencial, evitar conceptos abstractos que los niños no sepan interpretar, flexibilidad a los intereses del niño, alternancia de tareas que son del gusto del niño y otras que no lo son para fomentar la motivación y la consecución de objetivos fomentando el esfuerzo, uso de pictogramas y materiales visuales precisos (agenda visual, relojes de arena o temporizadores) (March et al. 2018). El objetivo de esta metodología es conseguir la autonomía del niño con TEA y sus familias para salvaguardar la calidad familiar y la inclusión en la comunidad (Adalid y Navarra, 2020).

2.2.2.3. Programa Hanen (creado por Ayala Manolso en el Centro Hanen, Canadá)

Este método se centra en el entrenamiento de familias y profesionales para adaptar los entornos de desarrollo natural del niño a sus intereses y fortalezas, y así estimular la comunicación e interacción. Está especialmente diseñado para niños de 3 a 6 años con alteraciones en la comunicación, aunque se suele usar bastante para intervenir el área de la comunicación en niños con TEA.

Usa la estrategia del juego para fomentar la comunicación, a la vez que se realiza tareas centradas en los gustos del niño. El objetivo principal de este programa es conseguir autonomía y desarrollar la capacidad de adaptación en distintos contextos por parte del niño,

¹⁷ Creado por Eric Shopler y Gary Mesibov en el año 1966.

enseñando a la familia a adaptar las actividades que se dan en el día a día para favorecer su desarrollo (Pérez & Pérez, 2018).

Se estructura en reuniones del profesional con diferentes familias a la vez, a las cuales no asisten los niños, para formar a los padres; y, asistencia domiciliaria del profesional al entorno del niño, para conocer en primera persona el entorno y el comportamiento del niño y ofrecer a las familias información centrada en la propia familia, el entorno y el niño.

2.2.2.4. Programa de Comunicación total-habla signada de Benson Schaeffer

El programa está diseñado para personas con dificultades en la comunicación, especialmente se usa para personas con TEA. El objetivo de este programa es que se consiga la comunicación espontánea a través de la realización de signos junto con la articulación del lenguaje oral. Es necesario que las familias y los cuidadores más cercanos al niño tengan aprendizajes sobre los signos que ofrece el programa (Álvarez & Martín, 2019).

Son los cuidadores, o un profesional con formación sobre este programa, el que se comunica con el niño a través del lenguaje signado junto con la ejecución de lenguaje verbal, con el objetivo de que el niño aprenda los signos y los ejecute con el objetivo de transmitir información a su entorno (comunicarse). Con el tiempo, conseguiremos que el niño emita “palabras” junto con esos gestos; dichas palabras al principio serán un acercamiento a las palabras que conocemos pero, con la práctica, irán evolucionando y perfeccionándose.

Es un programa que no requiere una gran inversión económica, ya que no se utilizan materiales costosos, simplemente se requiere formación en la ejecución de signos.

2.2.2.5. Lenguaje natural asistido

El lenguaje natural asistido, es una estrategia que se utiliza en las intervenciones cuando se quiere desarrollar la comunicación de aquellas personas que tiene dificultades para comunicarse. Sustituye al lenguaje natural mediante el uso de tecnologías que ayudan a la persona a comunicarse (Contenidos, 2021).

Aunque este sistema de comunicación, mediante aparatos electrónicos, puede disponer de innumerables palabras para llevar a cabo diversos procesos de comunicación, se recomienda que la persona que usa este sistema tenga acceso únicamente a las palabras que sabe utilizar y que se añadan más palabras a medida que se van aprendiendo, para asegurarnos que en

todo momento sabe lo que quiere decir y cómo lo está comunicando (Contenidos, 2021). Sigue el mismo proceso de aprendizaje de la comunicación normotípico, lo único que la persona no es la que dice las palabras, sino que indica lo que quiere decir a través de un sistema que lo dice por él.

2.2.2.6. Sistema Pictográfico de la Comunicación (SPC)

Este modelo se centra en comunicación de personas autistas a través del uso de imágenes, fotos o dibujos (pictogramas) de temas muy variados. No solo representan objetos o acciones, sino que también deben estar ligados a temas sociales para conseguir que el niño se comunique en distintos ámbitos (Guerrero & Ramirez, 2021).

Los objetivos que pretende conseguir este modelo a través del uso de pictogramas, son el de aprender cómo se realiza una actividad mediante el desglose de dicha actividad en conductas simples representadas por imágenes, potenciar la habilidad de comunicación para que pueda expresar sus opiniones y preferencias ante cualquier suceso, comprender el entorno (objetos, emociones de las personas, acciones, sonidos...), facilitar la comprensión de los sentimientos y deseos que experimentan las personas del entorno según las acciones que realizan. (Guerrero & Ramirez, 2021)

Es un sistema muy parecido al PECS, pero se distinguen en el componente social de la comunicación para que, a través de los pictos, la persona pueda comprender las emociones o sentimientos que experimentan otras personas de su entorno según las acciones que realizan. Esto facilitará el desarrollo de habilidades sociales, un aspecto muy dañado en las personas con TEA.

Como se puede apreciar en las metodologías expuestas hasta el momento, todas ellas intervienen los procesos de comunicación y lenguaje a través de recursos visuales (pictogramas) que le muestran a la persona con TEA lo que se le quiere comunicar, qué debe hacer, cómo hacerlo... Por lo que se entiende que estas personas tienen un procesamiento de la información muy visual, y que para comunicarnos con ellos una buena manera de empezar es a través de pictogramas, imágenes o fotografías (esto debe estar adaptado a los intereses y gustos de la persona con autismo). En el momento en el que consigamos que los cuidadores establezcan una comunicación efectiva con el niño y que este entienda lo que se le quiere

trasmitir, es cuándo podremos dar paso a que el niño comience a practicar la comunicación, ya que primero necesita experiencias y ejemplos que le guíen sobre cómo comunicarse.

2.3. Prácticas Centradas en la Familia y Entornos Naturales en Atención Temprana

2.3.1. Qué son las Prácticas Centradas en la Familia (PCF)

Las Prácticas Centradas en la Familia, en el contexto de la Atención Temprana, surgen por la necesidad de situar a las familias en un papel protagonista a la misma altura que el niño y los profesionales que planifican la intervención. Hasta ahora, las prácticas que se han llevado a cabo son las que conocemos como ambulatorias o clínicas, donde las familias no están presentes en las sesiones del profesional, las cuales se realizan en la consulta del profesional (entorno clínico), y solo reciben breves indicaciones sobre lo que se ha hecho en la sesión y lo que se debe trabajar en casa.

Las PCF proponen un enfoque en el que se tengan en cuenta las necesidades e intereses de la familia, no solo del niño, para poder involucrarlos activamente en la intervención al mismo nivel de cualquier profesional que forme parte del equipo de atención temprana (García et al. 2018). Esto tiene sentido porque, si nos paramos a reflexionar, el niño con quién más tiempo va a pasar a lo largo de su desarrollo, desde el nacimiento hasta los 6 años (etapa que comprende la Atención Temprana), es con su familia, sobre todo con los padres.

Si nos ponemos en el caso de que se lleven a cabo sesiones clínicas, el niño pasaría con el profesional unas 52 horas al año¹⁸ (aproximadamente 300 horas si el niño recibiera atención desde el nacimiento), en contraposición de las horas que restan, las cuales, está en su entorno natural. Por lo tanto, pasa mucho más tiempo con los padres de lo que lo hace con el profesional; por lo que tiene sentido que la familia sea participe de la evolución y desarrollo del niño y tenga los conocimientos suficientes para saber actuar en cualquier circunstancia, teniendo la capacidad de tomar decisiones en base a toda la información de la que disponen.

¹⁸ Suponiendo que reciba una hora semanal de atención clínica, teniendo en cuenta que el año tiene 52 semanas. Este tiempo se verá reducido por los periodos de vacaciones o fiestas locales y nacionales.

Plena Inclusión (s.f.), una organización que atiende a los derechos de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, nos dice que en las prácticas centradas en la familia el profesional de la atención temprana debe respetar las actuaciones y opiniones de la familia, conocer el entorno y capacidades que tiene la familia, motivarles a que participen activamente en la intervención a la vez que se empoderan gracias a los conocimientos que le debe transmitir el profesional, aprovechar las capacidades familiares y el funcionamiento de estos para planificar la intervención y aplicar estrategias. Todas estas actuaciones nos llevan (a los profesionales) a seguir la línea de las prácticas recomendadas por la literatura que sustenta las bases de las PCF.

2.3.2. Qué son los Entornos Naturales

La Atención Temprana considera esencial el ámbito familiar y tiene en cuenta el funcionamiento de la familia, así como sus intereses y preocupaciones. Es por ello, por lo que se recomienda el traslado del profesional a la casa familiar para conocer cómo es el funcionamiento de la familia (rutinas) y la participación del niño en estas actividades cotidianas.

Lo que se ha mencionado en el párrafo anterior como “casa familiar” es a lo que nos referimos cuando hablamos de entornos naturales. Estos contextos no comprenden únicamente el hogar, sino los escenarios con los que el niño interactúa (escuelas infantiles, parque, casa de los abuelos, etc.) en su día a día (Escorcia y Rodríguez, 2019).

Que el profesional de AT trabaje directamente con los cuidadores del niño, y en los entornos en los que tiene lugar ese cuidado, facilita la participación de los padres o profesores, ya que las sesiones están orientadas a conocer las necesidades y objetivos que los cuidadores tienen con el niño (García-Sánchez et al, 2014). Además, en las visitas periódicas se pregunta a los cuidadores por lo que han hecho entre sesión y sesión, los avances que han visto, lo que necesitan, si tienen dudas, cómo están, etc. El estar en el entorno del cuidador facilita la relación cuidador-profesional, a la vez que nos da información para plantear estrategias de intervención que no signifiquen un esfuerzo extra por parte del cuidador y que ello nos lleve, en numerosas ocasiones, a enlentecer el proceso de crecimiento personal del niño y de los cuidadores.

Después de la información que se ha aportado en los últimos apartados (prácticas centradas en la familia y entornos naturales), podemos concluir que las PCF implica que se lleven a cabo en los entornos naturales donde se desarrolla el niño ya que el enfoque tiene como núcleo de la intervención, además del niño, a la familia o el profesorado (dependiendo del entorno en el que estemos desarrollando dicha intervención). No se conseguiría el mismo nivel de implicación de los cuidadores principales si nos limitáramos a llevar a cabo una intervención clínica en el entorno del profesional en el que los cuidadores fueran meros observadores. Además, es lógico que el profesional observe el funcionamiento de los cuidadores y del niño en el entorno natural (casa o escuela) para facilitar que se lleven a cabo las estrategias propuestas y con ello se consigan los objetivos, planteados por los cuidadores, de la intervención.

3. Contextualización

Como se ha mostrado en el apartado 2.1. de este trabajo final de estudios, la OMS (2021) afirma que los diagnósticos de TEA han aumentado en los últimos años y plantea la necesidad de que estos casos sean tratados de manera multidisciplinar para conseguir la promoción social, educativa y de salud de estas personas. Dentro de este trastorno, lo que destaca en la mayoría de los diagnósticos son las dificultades que presentan estos niños para comunicarse con su entorno, ya que en muchas ocasiones no comprenden lo que está sucediendo a su alrededor porque la información no está adaptada a su método de procesamiento.

Esta propuesta de intervención tiene en cuenta los contenidos sobre los que se fundamenta el Máster de Atención Temprana y Desarrollo Infantil, las Prácticas Centradas en la Familia y en los Entornos Naturales. Es por ello, y por la necesidad de participación por parte de la familia que se da en la intervención en atención temprana, por lo que la intervención está diseñada para ser llevada a cabo en el entorno familiar, en concreto en las rutinas que se dan en la casa familiar.

Así mismo, la intervención versa sobre un niño de 3 años diagnosticado de TEA y su familia. Alex es hijo único y en su historial médico no existen datos relevantes sobre posibles factores hereditarios que hayan podido influir en su condición. El embarazo se desarrolló sin ningún imprevisto, fue un parto a término y sin complicaciones.

Hace un año, el pediatra derivó a servicios de orientación psicopedagógica al detectar algunos signos de alarma como, por ejemplo, que no emitía ninguna palabra ni mostraba intenciones de hacerlo, su balbuceo era apenas apreciable, no seguía objetos con la mirada, presentaba ausencia de sonrisa social, etc. Con el informe diagnóstico, los padres solicitaron plaza en un colegio público ordinario que les queda cerca de casa y en el que le dan atención especializada con la asistencia de las profesionales de Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje.

Desde que recibe atención especializada su mejora ha sido notable, es un niño que juega con diferentes objetos, no tiene problemas para correr, saltar o coger cosas y a nivel cognitivo presta mucha atención a los números y a las letras, de hecho es capaz de ordenar los números del 1 al 10 de menor a mayor y decir las letras del abecedario (mamá o papá comienzan a decir “a, b, c...” y el niño sigue con ayuda hasta la z). La necesidad que destaca la familia está

relacionada con la comunicación, ya que Alex no es capaz de decirles lo que quiere mediante palabras y en pocas ocasiones señala. Esto le crea momentos de tensión que desembocan en rabietas, porque no le están entendiendo y no le dan lo que quiere.

Otra de las preocupaciones que muestra la familia está relacionada con el futuro cercano de Alex y su relación con los demás, ya que el no poder comunicarse de una manera que una persona externa a su entorno le comprenda, va a dificultarle la posibilidad de establecer relaciones sociales. Por ello, la necesidad urgente de posibilitar esta comunicación a través de palabras que sean lo más inteligibles posibles.

4. Diseño de la Propuesta

4.1. Objetivos de la propuesta de intervención

Mediante las estrategias de intervención que se van a plantear en este trabajo y dadas las características que presenta la familia y el niño, el objetivo principal que pretende conseguir la intervención es:

- Fomentar la capacidad de comunicación de un niño diagnosticado de TEA con 3 años, a través de interacciones orales con sus cuidadores principales en el entorno familiar.

Además del objetivo planteado anteriormente y que va a estructurar todo el diseño de la intervención, también vamos a destacar algunos de los objetivos específicos que se quieren lograr con este trabajo. Estos son:

- Aumentar la calidad de vida familiar, atendiendo a las necesidades de formación e información de los familiares cercanos al niño.
- Conseguir que Alex efectúe comunicaciones exitosas en las que sea comprendido por la persona, o personas, a las que quiere transmitir un mensaje. En estos actos comunicativos, tendrá gran importancia la comunicación a través del lenguaje oral.
- Ampliar los actos comunicativos a través diferentes estrategias como, por ejemplo, señalar y nombrar objetos deseados o elegir entre dos opciones dadas. El propósito de estas estrategias es que el niño aumente su intención comunicativa a la vez que se le ofrecen diferentes momentos, a lo largo del día, para practicar la comunicación.
- Incrementar el vocabulario interiorizado de Alex usando recursos en los que se establezca una interacción social como, por ejemplo, a través de canciones.
- Aprender el protocolo de saludo y despedida esencial para comenzar interacciones sociales de calidad, y enseñar la importancia de llevarlo a cabo al comienzo y final de una interacción con otra persona.

4.2. Destinatarios

Los destinatarios de esta intervención son una familia y su hijo diagnosticado de TEA que actualmente tiene tres años. El núcleo familiar está compuesto por una madre de 33 años que

trabaja como secretaria en una empresa de venta de material de oficina, y un padre de 35 años que trabaja como carpintero en una pequeña empresa.

Los ingresos mensuales de los padres no superan los 2.000€ por lo que, aunque no tienen problemas actualmente para “llegar a fin de mes”, su economía no les permite una gran inversión en terapias y materiales costosos para su hijo. Todas aquellas estrategias que llevemos a cabo y que requieran el uso de algún material, deberemos asegurarnos de que este sea de bajo coste o, mejor, de coste cero que puedan construirse con materiales de casa.

La familia reside en el municipio de Móstoles, en la Comunidad de Madrid, dentro de un barrio obrero habitado por familias humildes y con bajos ingresos, en la mayoría de los casos. En esta misma zona viven los abuelos maternos, ambos están jubilados y viven de la pensión del abuelo que anteriormente era fontanero autónomo. Los abuelos maternos son un gran soporte para los padres, pues son las personas que ayudan a la pareja cuando no pueden estar con Alex (niño TEA); le recogen del colegio cuando los padres están todavía trabajando, se quedan con Alex cuando los padres tienen que ir al médico o ir a algún lugar al que no pueden llevar a Alex.

Alex, es un niño de 3 años que fue diagnosticado de TEA cuando tenía 2 años. Este curso escolar ha sido el primero en el que ha estado escolarizado en el colegio público que está cerca de su casa; durante las horas lectivas, recibe atención de la profesional en PT y de la profesional en AL. Recibe 4 horas semanales de Audición y Lenguaje y 5 horas semanales de Pedagogía Terapéutica, ambas profesionales realizan sus sesiones fuera del aula.

El desarrollo de Alex presenta dificultades, sobre todo, a nivel comunicativo. Los padres subrayan la necesidad de que Alex se comunique con ellos, les diga lo que le pasa o si le duele algo. Quieren que vaya adquiriendo autonomía en el control de esfínteres, que diga cuándo quiere hacer pis o caca, cuándo tiene hambre, cuándo quiere jugar. Otra de las necesidades que se plantean es que Alex los escuche y los mire cuando le están diciendo algo.

A nivel motor el desarrollo de Alex es el esperado, no hay nada destacable en este sentido. A nivel cognitivo los principales problemas que se presenta es la falta de lenguaje y la ausencia de comunicación para expresar preferencias. La intervención que se planifica en este documento va a centrarse especialmente en aumentar y posibilitar la comunicación del niño pensando en que llegue a comunicarse a través del lenguaje oral.

4.3. Metodología

El comienzo de la relación familia-profesional tiene lugar durante la evaluación funcional, el primer paso que se da antes de comenzar la intervención. En esta evaluación el objetivo es recoger información, de la familia y del niño y su entorno, necesaria para plantear los objetivos que va a perseguir la intervención.

El primer paso de esa evaluación funcional se denomina “acogida” y tiene lugar en el momento en que la familia se pone en contacto con el equipo de Atención Temprana. Durante esta ocasión, el profesional rellena una “Hoja de acogida” (ver Anexo 1) dónde se recoge la información más relevante del caso: nombre de los padres y edad, nombre del niño y edad, preocupaciones de la familia, por qué han acudido a un equipo de Atención Temprana y que necesitan del equipo. Además, se acuerda una cita, de unas dos horas, en la que va a tener lugar el ecomapa y la EBR¹⁹.

En esta segunda sesión, se hace uso de la herramienta ecomapa (ver Anexo 2), la cual nos aporta información acerca de los apoyos que tiene la familia, personas del entorno que les crean estrés o no les apoyan, pero están cerca del núcleo familiar, amistades que los apoyan y comparten con ellos tiempo, servicios de los que hace uso la familia, si pertenecen a algún grupo de ocio o religioso. Toda esta información nos sirve para conocer más a la familia, su red de apoyos, con quién se relaciona el niño, el entorno de la familia, etc.

Así mismo, en esta segunda sesión también se hace uso de la EBR (ver Anexo 3) que nos va a servir para conocer las necesidades de la familia, el funcionamiento de la familia y del niño en su día a día y recoger información para redactar los objetivos funcionales que van a estructurar la intervención. Esta herramienta hace un recorrido por un “día tipo” para la familia sobre las diferentes rutinas que realizan. En cada momento del día (rutina), se pide a los padres que le den una puntuación del 1 al 5 para conocer su satisfacción con dicho momento y la participación que el niño tiene; del nivel de satisfacción con la rutina obtenemos información que usaremos para plantear los objetivos que se quieren conseguir en esa rutina. Además, se les pregunta a los padres por las necesidades que tienen con su hijo, con la familia, con ellos

¹⁹ Entrevista Basada en Rutinas.

mismos y lo que quieren que cambie. Toda la información recogida con estas herramientas (EBR y ecomapa) va a ser fundamental para diseñar la intervención, en concreto para redactar los objetivos que se quieren conseguir, así como las estrategias que se usaran para la consecución de los distintos objetivos y que se adapten al funcionamiento y características familiares.

Además de estas herramientas, también se va a hacer uso de escalas cuantitativas que pueden medir los cambios que se dan tras, o durante, la intervención. La primera de ellas es la escala PEDI²⁰, un instrumento que mide la capacidad (lo que el niño puede hacer en las actividades cotidianas) y la participación (lo que el niño hace en dichas actividades diarias) en tres dominios: autocuidado, función social y movilidad en las rutinas (García Bascones, 2013). Está diseñada para niños de 6 meses hasta los 7 años, para conocer el funcionamiento del niño en el entorno natural. Al ser cuantitativa, nos permite conocer las diferencias que ha marcado la intervención; para ello necesitaremos aplicar esta escala al comienzo de la intervención y a los 6 meses, más o menos, de haber comenzado a aplicar la intervención. Estos resultados también nos darán información, no solo acerca del éxito (o fracaso) de la intervención, sino de los avances del niño en su funcionamiento.

Otra de las herramientas que vamos a aplicar con la familia es la FEIQoL, una escala de 39 preguntas tipo Likert que nos da información acerca de la calidad de vida familiar en relación con el funcionamiento del niño (Martínez Santos, 2020). Es decir, nos dice lo que debería cambiar en el funcionamiento para que la familia mejorara su calidad de vida. Dado que uno de los objetivos que persigue la intervención es mejorar la calidad de vida familiar, es esencial esta herramienta para tener en cuenta los valores que se obtienen la primera vez que se pasa y ver cómo, un año después, ha cambiado esta calidad de vida familiar según el objetivo marcado en la intervención.

Tras recoger toda esta información, que llevará unas tres horas de trabajo con la familia que se dividirá en dos sesiones (la primera de dos horas donde se pasará el ecomapa y la EBR, y la segunda de una hora para aplicar las escalas PEDI y FEIQoL; en caso de que no diera tiempo en la última sesión, la herramienta cuantitativa FEIQoL la pueden rellenar los padres en casa

²⁰ Pediatric Evaluation of Disability Inventory.

porque es muy sencilla), se procederá a redactar las necesidades en forma de objetivos funcionales y a proponer diferentes estrategias, para conseguir los objetivos, que pueden ser modificadas a lo largo de la intervención y a medida que se conoce más a la familia.

Una vez por semana se reunirán los padres con el profesional en la casa de la familia, durante una hora, con el niño presente y se comentará qué tal han pasado la semana, qué avances han vistos, si han visto cambios o no, que necesidades les han surgido y se llegara a una parte de acuerdos donde se anotara (en un documento compartido vía online) los objetivos que se van a abordar de cara a la siguiente sesión y las estrategias que se van a seguir para conseguir dicho objetivo.

Esta es la metodología que se propone para llevar a cabo la intervención donde, destaca, la fase de evaluación funcional y el posterior comienzo de la intervención con la información obtenida en la evaluación. A los 6 meses se realizará una evaluación (explicada en el punto 4.6 de este trabajo fin de estudios) para comprobar los avances realizados y hacer los cambios pertinentes que nos sugiera la evaluación; aunque, debemos subrayar que los objetivos y estrategias propuestos pueden padecer cambios en cualquier momento, adaptándonos a los posibles cambios familiares que puedan tener lugar.

4.4. Actividades/sesiones

En este apartado vamos a observar los objetivos definidos por la familia en la EBR que, posteriormente, se han desarrollado de manera funcional para que puedan ser aplicables a las rutinas del niño y de la familia, y medibles. Este paso de objetivo definido por la familia a redacción de objetivo de manera funcional, lo realizan los profesionales que diseñan la intervención haciendo partícipes a la familia de su redacción; ya que, será la familia quien aplique las estrategias definidas dentro de cada objetivo. Por ello, es importante tener la aceptación de la familia en relación con el momento (del día) en el que se llevaran a cabo determinadas estrategias y lo que se va a realizar.

Objetivo nº 1: Realizar el protocolo de saludo y despedida.

Objetivo funcional nº 1: Alex participará en el momento de saludar o despedirse de una persona que entra o se va de casa mostrando señales que se entiendan como una bienvenida o una despedida. Diremos que lo ha conseguido cuando durante una semana seguida muestre

intención de saludar o despedirse en al menos 3 ocasiones con alguno de los siguientes gestos: dar un beso, levantar la mano, diciendo hola y/o adiós o comunicarse con pictogramas de hola y adiós.

- **Estrategia 1.** Imitación → siempre que llegue alguien a casa, los padres deberán de saludar siguiendo siempre el mismo esquema (hola/bienvenido/buenos días o noches o tardes + nombre de la persona). Lo mismo sucederá cuando hagamos el ritual de la despedida. Debemos asegurarnos de que Alex nos está escuchando, para ello podemos llamarle la atención o invadir su campo visual y decirle “Alex, vamos a decir hola/adiós a (nombre de la persona)”. Estas palabras las debemos acompañar de un gesto, normalmente solemos levantar y mover la mano; de esta manera podrá ir asociando las palabras con los gestos.
- **Estrategia 2.** Poner un panel visual al lado de la puerta con pictogramas que indiquen la acción que debemos ejecutar cuando llega alguien a casa o se va (ver Anexo 4). De esta manera le podemos decir, cuando llegue o se vaya una persona de casa, “Alex, ¿quieres decir hola/adiós a (nombre de la persona)?”. Si todavía no está preparado para decirlo y no quiere decir hola/adiós, le ofrecemos que lo haga con el panel visual y le anunciamos a la persona que llega o se va de casa lo que ha hecho Alex. Esta estrategia está planificada en la metodología PECS, ya que hacemos uso de material visual para influir en la comunicación del niño y permitir que se pueda expresar, en el momento del saludo y la despedida en casa, de manera que todas las personas entiendan su mensaje.
- **Estrategia 3.** Hacer uso de una historia social que hable del saludo (ver Anexo 5). Haciendo uso de pictogramas, haremos participe a Alex de un “cuento” que nos enseña a saludar y despedirse de las personas. Es un material muy visual que, a la vez que sus padres se lo leen como si fuera un cuento, él debe visualizar las imágenes para asociar la acción verbal que la representa. Podemos llamar al protagonista de la historia Alex, para que el niño sepa que es él quien debe realizar esas acciones en esos momentos. Esta estrategia está fundamentada en las bases del Sistema Pictográfico de la Comunicación, ya que se hace uso de material de procesamiento visual (pictogramas) para descomponer en pequeños pasos la ejecución de una actividad cuyo principal

objetivo es la comunicación (interacción) con otras personas a través de comportamientos sociales aceptados.

Objetivo nº 2: Aumentar la calidad de vida familiar.

Objetivo funcional nº 2: Rebeca y Armando pasaran tiempo juntos y solos (hacer deporte, salir a cenar o al cine), sin la presencia de Alex, antes del mes de junio del 2022.

- **Estrategia 1:** Dejar a Alex con los abuelos la noche que vayan a salir ellos solos.
- **Estrategia 2:** Alternarse los días para que uno salga a correr mientras que el otro está compartiendo el tiempo con Alex.
- **Estrategia 3:** Apuntar a Alex a alguna extraescolar en la que pueda participar, ofrecida por el ayuntamiento o por el colegio público al que acude. Esta estrategia se irá pensando a lo largo de la intervención y adaptando a las necesidades e intereses de Alex y de su familia.

Objetivo nº 3: Producir palabras inteligibles.

Objetivo funcional nº 3: Alex participara en el momento del baño, de la comida y del juego emitiendo palabras que se entiendan. Sabremos que lo ha conseguido cuando emita 6 palabras, que entendamos, a lo largo de un día y esta acción se prolongue durante 4 días de la misma semana.

- **Estrategia 1.** Exagerar los gestos al hablar. Usar palabras claras y concretas acompañadas de expresiones faciales y corporales (sonrisas, movimientos de manos...). Usar el tono de voz como motivación a que Alex preste atención a lo que estamos diciendo.
- **Estrategia 2.** Hacer preguntas cortas y concretas que puedan ser contestadas con sí o no, o con una palabra. Estas preguntas deben estar relacionadas con el contexto en el que estamos en ese momento; por ejemplo: si estamos en la bañera preguntarle si quiere algún juguete o qué juguete quiere, si quiere jugar a salpicar con el agua o si quiere hacer algo con el agua.

Podemos encontrarnos que el niño se ponga a salpicar con el agua o que coja él el juguete que quiere meter en la bañera, en ese caso le decimos que ha decidido salpicar con el agua o que ha cogido los patos amarillos.

- **Estrategia 3.** Hacer partícipe a Alex de las tareas de casa, aunque no nos ayude a hacerlas. Mientras que estamos cocinando, le podemos dar la tarea de poner los platos y vasos (de plástico para evitar incidentes y que se cargue el ambiente) encima de la mesa y le vamos contando lo que estamos haciendo de cena y cómo lo hacemos (asegurándonos de que él vea lo que hacemos). El objetivo es que aumente su vocabulario y tenga oportunidades de practicar el decir palabras e incorporar más vocabulario.

Objetivo nº 4. Señalar y nombrar el objeto que quiere.

Objetivo funcional nº4: Alex participará en el momento del juego, de televisión y de la merienda expresando lo que quiere. Diremos que lo ha conseguido cuando nos busque y exprese con palabras lo que desea durante tres momentos a lo largo de una semana y esto se prolongue durante tres semanas seguidas.

- **Estrategia 1.** Elaborar un panel visual con los pictogramas que representen lo que Alex suele pedir cuando ve la tele o cuando es la hora del juego. Necesitamos que el material sea manipulable, pues es el niño el que debe decirnos lo que quiere. Podemos añadir pictogramas en función del cambio de intereses y gustos. Con este panel queremos que Alex nos diga lo que quiere hacer o ver en la tele. Comenzaremos preguntándole por lo que le apetece ver en la tele en ese momento, e invitándole a que vaya al panel de pictos para que nos lo comunique. Después mamá o papá dirán con palabras lo que Alex ha dicho con imágenes. Esta estrategia está planificada en relación con la metodología PECS (ver punto 2.2.2.1), siguiendo la recomendación de que los niños autistas, y las personas de su entorno, se comuniquen a través de imágenes ya que estas personas tienen un procesamiento muy visual de la información que le ofrece el entorno. Además, este sistema de comunicación (pictogramas) es complementario a la comunicación oral, ya que debes ser aplicados simultáneamente.
- **Estrategia 2.** Jugar con la plastilina a hacer instrumentos o cualquier figura nos puede permitir momentos de interacción con Alex en los que nos pida algún color o que le ayudemos a hacer alguna figura. Comenzaremos por presentarle o poner a su alcance

uno o dos colores de plastilina para propiciar que nos pida otros colores; podemos preguntarle si necesita algún color o si necesita nuestra ayuda.

Objetivo nº 5. Elegir entre dos opciones con lenguaje oral.

Objetivo funcional nº 5. Alex participará en el momento de vestido, desayuno, merienda, juego y cena expresando sus preferencias. Diremos que lo ha conseguido si nos dice lo que quiere entre las dos opciones dadas por el adulto, en al menos 4 momentos de la semana durante 3 semanas seguidas.

- **Estrategia 1.** Hacer preguntas cortas en las que exponamos dos opciones para que él elija. Por ejemplo: “Alex, ¿qué quieres merendar: galletas o sándwich?”; y le enseñamos las galletas y el sándwich. No nos vale que lo señale, sino que tiene que decir la palabra “galletas” o “sándwich”. Al principio podemos aceptar que diga “etas” o “ich”, pero pasada una semana debemos darle lo que haya elegido cuando entendamos la palabra entera, esta palabra no la pronunciará exactamente, pero debemos de entender que ha hecho el intento de emitir la palabra entera.

Durante la primera semana, cuando nos nombre el final de la palabra debemos repetirle la palabra entera para que se vaya familiarizando con ella.

- **Estrategia 2.** Uso de la Aplicación Dictapicto. Cuando estemos en situaciones en las que no se pueda enseñar las dos opciones que se le están proporcionando para que elija, bien porque no tenemos los objetos a mano o porque es complicado enseñárselos, podemos hacer uso de la App DictaPicto para mostrarle visualmente las opciones que se le están ofreciendo.

DictaPicto, es una aplicación para móvil que hace uso de los diferentes pictogramas disponibles en ARASAAC para comunicar algo a las personas con problemas en la comprensión o que necesitan una ayuda visual. Se puede escribir lo que queremos comunicar y se transforma en pictogramas; además, podemos cambiar los pictogramas que salgan predeterminados por otras opciones que nos ofrezca la aplicación o poner la fotografía del objeto o de la persona a la que estemos haciendo referencia.

*Ver Anexo 6 para conocer cómo se usa DictaPicto.

Objetivo nº 6: Seguir las canciones que comiencen sus padres.

Objetivo funcional nº 6. Alex participará en los momentos de juego y en el baño (bañándose o lavándose los dientes) siguiendo la canción que estén cantando sus padres. Sabremos que lo ha conseguido cuando siga la canción y llegue al final de esta en dos momentos durante la semana y esto se prolongue durante dos semanas seguidas.

- **Estrategia 1.** Poner vídeos en los momentos de tele en YouTube de las canciones de los dibujos que más le gustan, por ejemplo: Patrulla Canina, Bob Esponja, Phineas y Ferb, etc. Que papá y mamá se pongan en el centro del salón y la canten. Que animen a Alex a bailar y cantar la canción.
- **Estrategia 2.** Durante los momentos de juegos o de ver tele, podemos ponerle las canciones de los Cantajuegos que tienen letras cortas y los videoclips son muy visuales. Mamá y papá se ponen en el campo de visión de Alex e imitan los gestos de las canciones.

Podemos comenzar con las canciones más sencillas de los Cantajuegos como, por ejemplo:
 - “Para dormir a un elefante”
 - “El Arca de Noe”
 - “La Gallina Turuleca”
- **Estrategia 3.** De camino a casa desde el cole, o desde alguna actividad extraescolar, podemos ir cantando alguna canción que haya escuchado más de 3 veces. Comienzan cantándola papá y/o mamá, invitando a Alex a que los ayuden a seguir la canción.

4.5. Temporalización

A continuación, se presenta una tabla con la estimación de sesiones previstas a lo largo de 6 meses. En cada sesión se presentarán dos objetivos, que serán los que se trabajen hasta la próxima visita. Debemos tener en cuenta que los objetivos son acumulativos; es decir, aunque en la 4ª sesión se presenten los objetivos 3 y 4 debemos seguir teniendo presentes los objetivos 1 y 2, ya que de momento no se habrán conseguido completar.

Debemos tener presente que esta temporalización simplemente es orientativa ya que el avanzar en la explicación de objetivos y estrategias depende del progreso que hayan tenido

desde la última sesión. Puede darse el caso de que no hayan podido trabajar desde la última sesión porque el niño ha estado enfermo o los padres, o que tengan muchas dudas sobre ciertas estrategias y necesitemos dedicar una sesión a resolución de dudas.

Tabla 3. Temporalización de las sesiones de intervención.

11/01/2022	Sesión EBR y ECOMAPA
18/01/2022	PEDI y FEIQoL
25/01/2022	Sesión presencial con la familia para exponer los objetivos funcionales extraídos de las pruebas anteriormente mencionadas. Adaptación de los objetivos a las sugerencias de la familia.
01/02/2022	Presentamos objetivos 1 y 2.
15/02/2022	Recogemos avances desde la anterior sesión. Presentamos objetivos 3 y 4.
01/03/2022	Recogemos avances desde la anterior sesión. Presentamos objetivos 5 y 6.
15 y 29/03/2022, 19 y 26/04/2022, 10 y 24/05/2022, 7 y 21/06/2022	Sesiones para hacer ajustes de las estrategias planteadas inicialmente, recogida de observaciones personales y de los padres.
28/06/2022	Sesión de evaluación de la intervención y de la calidad de vida familiar con las herramientas PEDI y FEIQoL.

4.6. Evaluación

La evaluación que se hará en esta intervención tendrá lugar a los 6 meses de comenzar a aplicar las estrategias diseñadas para conseguir los objetivos propuestos por la familia. Esta evaluación se realizará a través de la escala estandarizada PEDI, que se usó en una de las primeras sesiones con la familia con el objetivo de conocer el funcionamiento del niño de manera cuantitativa en el momento inicial de la intervención. De esta manera, a los 6 meses la volveremos a pasar para conocer los cambios que ha habido en el funcionamiento del niño en relación con los avances del niño y el desarrollo de sus habilidades, además de comprobar si la intervención diseñada está teniendo éxito o necesitamos hacer cambios, y qué tipo de cambios debemos hacer para conseguir los objetivos planteados.

Además, dado que uno de los objetivos es “aumentar la calidad de vida familiar”, en el proceso de evaluación también se aplicará la herramienta FEIQoL para comparar los resultados que se obtuvieron en la primera aplicación. El manual de esta herramienta subraya que su repetición debe darse tras un año de comenzar la intervención con la familia, ya que 6 meses es un tiempo demasiado corto como para observar cambios notables en la calidad de vida familiar.

Los resultados de estas pruebas nos darán información acerca del éxito o fracaso que está teniendo la intervención, ya que al ser cuantitativa se pueden comparar fácilmente los resultados. Además, podremos obtener información de aquellos aspectos de la intervención que no han mejorado desde los resultados iniciales y sobre los que debemos realizar cambios.

De la intervención diseñada en este trabajo no se pueden aportar datos objetivos, ya que no se pudieron llevar a cabo las estrategias diseñadas ni poner en marcha el proceso de evaluación, debido a falta de tiempo para ejecutar la intervención.

5. Conclusiones

Tras el exhaustivo trabajo de información y reflexión que he llevado a cabo para completar los diferentes contenidos que componen este trabajo, así como para el diseño de la intervención planificada, he podido llegar a diversas conclusiones.

La primera de ellas es que las prácticas recomendadas en atención temprana nos dicen que la metodología que más éxito y beneficios está aportando al ámbito de la intervención son las prácticas centradas a la familia donde, a grandes rasgos, los profesionales no son los que dirigen en exclusiva la intervención del menor; sino que la familia es un eje, similar en importancia al profesional o al niño, esencial en la recogida de información, el diseño de la intervención y, por último, la aplicación de esta. Esta información, es la que se ha tenido en cuenta para diseñar la intervención mostrada en el presente trabajo.

Teniendo en cuenta las PCF y los conocimientos aprendidos en el máster, se ha implementado una intervención siguiendo un proceso centrado en obtener información de la familia a cerca del funcionamiento del niño, de las preocupaciones familiares y de las necesidades del niño y su familia. La importancia del papel de las familias en la intervención en atención temprana radica en que son el entorno que más tiempo pasa con el niño, quienes conocen su funcionamiento en el día a día, y sus gustos e intereses. Además, el profesional de atención temprana no llega para quedarse, en algún momento ese profesional no estará en la vida del niño y de la familia; por ello, debemos conseguir que este profesional no sea indispensable en la vida de estas personas. Y ¿cómo podemos conseguir este propósito?, lo más lógico es enseñando a las personas que van a estar siempre con el niño a saber cómo actuar con el desarrollo, funcionamiento y aprendizaje del niño; y estas personas son la familia, los padres o cuidadores principales del niño.

A través de las estrategias propuestas en cada objetivo que persigue la intervención, estrategias desarrolladas en conjunto con la familia, se exponen una serie de conocimientos prácticos en los que la familia se va a centrar para conseguir los objetivos marcados. Estas estrategias suponen el principio de un aprendizaje que se irá complementando a medida que avance la relación familia-profesional y se vivan diferentes experiencias en relación con el desarrollo del niño.

Otra de las conclusiones que podemos obtener de este trabajo, y en general del máster, es que la calidad de vida familiar influye directamente en el proceso de intervención; ya que si, por ejemplo, nos encontramos con una familia que acaba de recibir el diagnóstico y no se lo esperaban o tienen muchas preocupaciones por lo que conseguirá su hijo y cómo será su futuro, la llegada de una intervención para comenzar a trabajar con su hijo puede no ser bien recibida. Por ello, el profesional de atención temprana debe prestar especial atención a la situación actual de las familias y las preocupaciones y sentimientos que vayan experimentando a lo largo de la relación. Así mismo, el profesional debe tener formación en acompañamiento a las familias y dedicar en cada sesión momentos de poder compartir preocupaciones y que estas sean validadas y resueltas, si fuera posible.

Para finalizar este punto, he de destacar que las conclusiones que he obtenido tras la realización y reflexión de este trabajo están más relacionadas con la importancia de la atención temprana y el trato a las familias que con la temática del autismo. Ya que, como hemos visto en apartados anteriores, la participación de las familias es esencial en el éxito de la intervención y de la relación profesional-familia; independientemente de la condición de salud del niño. Y, conseguir la implicación de la familia depende, principalmente, de la relación que el profesional establezca con ellas y del respeto a los tiempos de las familias.

6. Limitaciones y Prospectiva

A cerca de las limitaciones que me he encontrado durante la realización de este trabajo, destaco la dificultad para acceder a fuentes documentales de calidad y pertinentes para el tema que se trata en este documento. Me ha resultado complicado encontrar fuentes documentales primarias relacionadas con el tema, por ejemplo artículos escritos por McWilliams sobre la aplicación de la EBR. En su lugar, he usado fuentes documentales secundarias que recapitulan aspectos tratados por autores más conocidos en el ámbito del autismo y de la atención temprana.

Otra de las limitaciones que puedo destacar, está relacionada con la falta de acceso a intervenciones que han sido diseñadas. Esta falta de documentación ha complicado la tarea de enunciar estrategias para cada objetivo; tarea que ha quedado supeditada a los conocimientos que he aprendido durante el máster y las prácticas curriculares del máster.

Además, la literatura que he encontrado sobre autismo está centrada, principalmente, en señalar los déficits que padece este colectivo pero no indica de qué manera desarrollar esas carencias o necesidades que presentan. El desarrollo de actividades y estrategias parte exclusivamente del profesional, no hay bases científicas que te guíen en la práctica ni en el uso de materiales.

Prospectivamente, nos encontramos ante la necesidad de realizar más investigaciones en el ámbito de la atención temprana con la metodología de prácticas en la familia ya que la literatura que encontramos sobre este tema es limitada; y es aún más limitada cuando hablamos de cómo llevar la metodología de PCF a la práctica, en una intervención con familias y niños reales. Por ello, se ha llevado a cabo el diseño de esta intervención en la que podemos observar los pasos básicos que debemos de seguir para realizar una intervención en el área de la atención temprana siguiendo las prácticas centradas en la familia.

Referencias bibliográficas

- Adalid Ruiz, P., y Navarra Eslava, R. (2020). El método teacch como herramienta en la intervención educativa de adolescentes de 14 años, con trastorno de espectro autista. *Quaderns digitals. Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad*, (91), 30-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7582208>
- Alcantud Marín, F., Alonso Esteban, Y., & Mata Iturralde, S. (2018). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos.
- American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Barthélémy, C., Fuentes, J., Howlin, P., & van der Gaag, R. (2019). *Personas con trastorno del espectro del autismo. Identificación, comprensión, intervención*. Autismo-Europa. Recuperado el 16 de marzo de 2022 de https://www.autismoeuropa.org/wp-content/uploads/2019/11/People-with-Autism-Spectrum-Disorder.-Identification-Undertanding-Intervention_Spanish-version.pdf
- Busquets, L., Miralbell, J., Muñoz, P., Muriel, N., Español, N., Viloca, L., & Mestres, M. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *PediatríaIntegral*, XXII, 2, 1-6.
- Carreño Riveros, N. M. (2018). *Método Hanen como una herramienta para el desarrollo de la interacción comunicativa entre maestros y preescolares a través del juego* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Castañeda, P.F. (1999). *El lenguaje verbal del niño: ¿cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1-13.
- Confederación Autismo España. (s.f.). *Trastorno del Espectro del Autismo*. <https://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/trastorno-del-espectro-del-autismo>
- Contenidos. (15 de agosto de 2021). *¿Qué es el lenguaje natural asistido?*. Inteligencia artificial.dev. <https://inteligencia-artificial.dev/lenguaje-natural-asistido/>

- Educalab (s.f.). *Somos seres sociales* (s.f.). Recuperado el 15 de marzo de 2022 de http://recursostic.educacion.es/secundaria/edad/4esoetica/quincena1/quincena1-contenidos_1.htm
- Escorcía Mora, C. T., y Rodríguez García, L. (2019). *Prácticas de Atención Temprana Centradas en la Familia y en Entornos Naturales*. UNED- Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Fundación Orange (2016). Dictapicto (Versión 1.1.1) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.orange.dictapicto>
- García Bascones, M. (2013). *Adaptación transcultural y versión española de la escala de discapacidad pediátrica evaluation of disability inventory (PEDI)*.
- García-Sánchez, F. A., Rubio-Gómez, N., Sánchez, N. O., Mora, C. T. E. y Pérez, M. C. (2018). Necesidades de formación en prácticas centradas en la familia en profesionales de atención temprana españoles. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 68(2). doi: <http://doi.org/10.13042/bordon.2018.59913>
- Gómez, S. L., Rivas Torres, R. M., & Taboada Ares, E. M. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Gómez, S. L., Torres, R. M., & Taboada Ares, E. M. (2010). Historia del trastorno autista. *Apuntes de psicología*, 28(1), 51-64.
- González Martínez, P. (2019). *Aplicación del método Teacch a través de materiales didácticos para mejorar la comprensión y expresión del lenguaje en niñas y niños de 3 a 4 años con autismo en la Unidad Educativa " Sagrada Familia de Nazaret", de la Provincia de Esmeraldas del Cantón Quinde de la Parroquia Rosa Zarate en el periodo noviembre 2018-abril 2019*. [Tesis de grado, Instituto Superior Tecnológico Japón]. <http://190.57.147.202:90/xmlui/handle/123456789/618>
- Grupo de Atención Temprana (2019). Libro blanco de la atención temprana.
- Hijosa Torices, L. (2017). Guía informativa para familias de personas con trastorno del espectro del autismo.

- Guasp, J. J. M. (2019). Consideraciones para la intervención de los apoyos de la comunicación y el lenguaje en la escuela inclusiva. *Revista de logopedia, foniatría y audiolología*, 39(1), 41-48.
- March-Miguez, I., Montagut-Asunción, M., Pastor-Cerezuela, G., y Fernández-Andrés, M. I. (2018). Intervención en habilidades sociales de los niños con trastorno de espectro autista: una revisión bibliográfica. *Papeles del Psicólogo*, 39(2), pp. 140-149.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2859>
- Martínez Santos, R. E. (2020). *Estudio sobre el aprendizaje de la construcción de relaciones de colaboración entre profesionales y familias de niños con discapacidad a partir de una intervención basada en rutinas* (Master's thesis, Universidad Casa Grande. Departamento de Posgrado).
- Organización Mundial de la Salud. (1 de junio de 2021). *Trastornos del espectro autista*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (30 de marzo de 2022). *Autismo*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Padilla, A., & Núñez, I. (s.f.) [Blog]. Aprendemos a saludar y a despedir. ARASAAC.
Recuperado de: <https://arasaac.org/materials/es/124>
- Pérez, M. D. L. L. A., & Pérez, R. B. (2018). Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 5(1), 22-31.
- Plena Inclusión. (s.f.). *Guía de la Discapacidad intelectual y del desarrollo: Práctica centrada en la familia*. Recuperado el 28 de marzo de 2022 de
<https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/practica-centrada-en-la-familia/>
- Quiroz, F. C., de La Cuna, L. M., Ticona, L. M. C., Mamani, D. J. M., Prado, H. J. A. (2018). Comentario: Una breve historia del autismo. *Revista de Psicología*, 8(2), 125-133.
- Real Academia Española (s.f.). Comunicación. En *Diccionario de la lengua española*.
Recuperado el 19 de marzo de 2022, de <https://dle.rae.es/comunicación>
- Real Academia Española (s.f.). Lenguaje. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 19 de marzo de 2022, de <https://dle.rae.es/lenguaje>

Ríos Hernández, I. (2010). El lenguaje: herramienta de reconstrucción del pensamiento.

Razón y palabra, 72.

Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA).

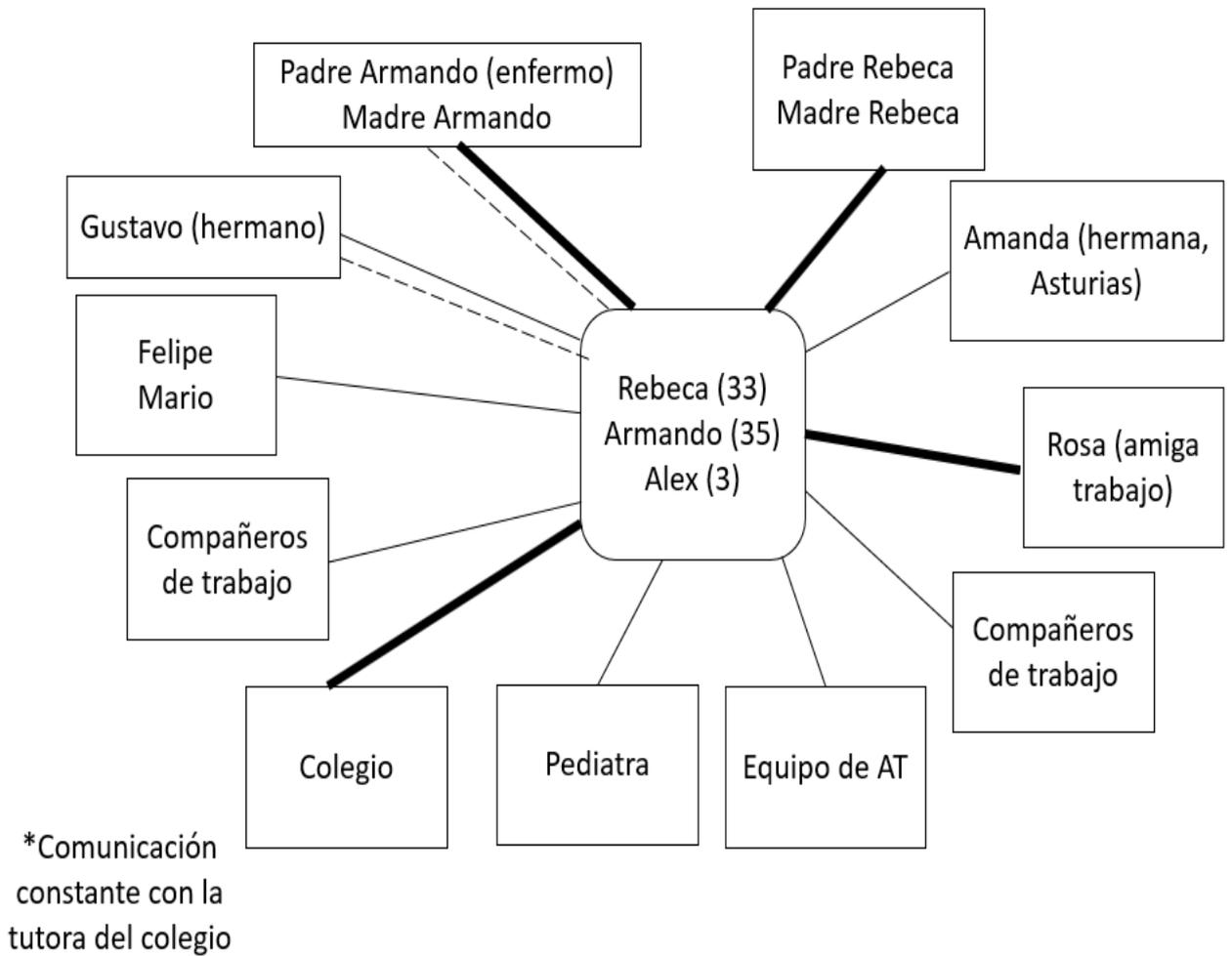
Pediatría integral, 21(2), 92-108.

Anexos

Anexo A. Hoja de acogida

- **Fecha:** 10/01/2021
- **Nos comunican a través de** teléfono.
- **Derivados por:** nos han conocido a través de las redes sociales.
- **Localización:** Móstoles.
- **Breve descripción del caso:** tienen un hijo diagnosticado de autismo hace un año y solicitan más atención ya que consideran que la atención especializada que recibe en el centro educativo no es suficiente para el niño. Además, ellos muestran una gran necesidad de aprender a tratar a su hijo y ayudarle en su desarrollo.
- **Preocupaciones:** comunicación, control de esfínteres, expresar lo que desea o lo que le ocurre.

Anexo B. Ecomapa



Anexo C. Entrevista Basada en Rutinas (EBR)

Fecha de la entrevista 11/01/2022

Quién asiste: Rebeca (madre de Alex) y Armando (padre de Alex).

Nombre del niño: Alex.

Edad del niño: 3 años.

Lugar de la entrevista: online.

Preocupaciones principales:

- La comunicación de Alex.
- Control de esfínteres.
- Que Alex diga lo que quiere y lo que le pasa en cada momento.
- Focalizar la mirada en la persona que está hablando con él.
- Que aumente el número de palabras que sabe decir.
- Cómo enseñar valores sociales (saludo y despedida).

Rutinas en un día “tipo”:

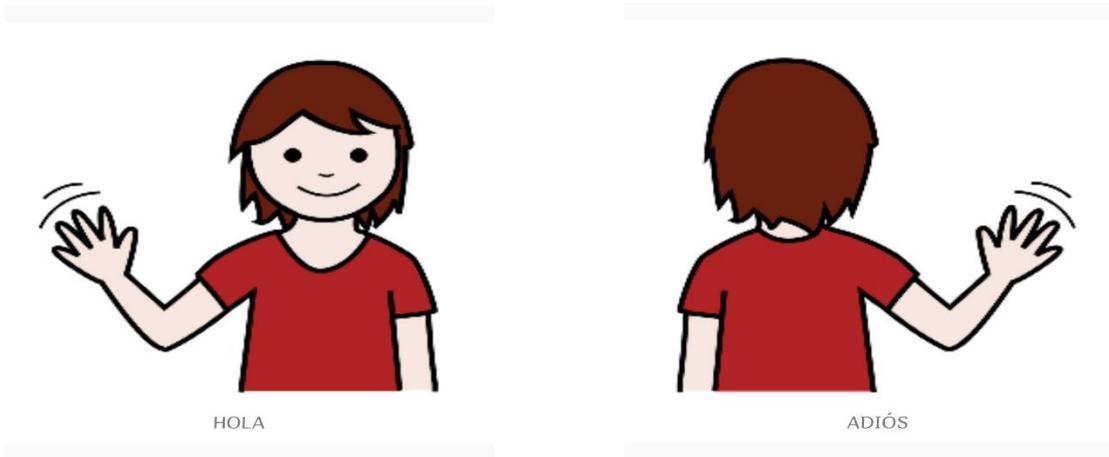
- **Despertar (3):** este momento mejoraría si Alex se levantara de buen humor y no se invirtiera más de 5 minutos en despertarle.
 - Mamá es quien lo despierta todos los días.
 - *Le cuesta despertarse un poco. Hay algunos días que llora porque no quiere levantarse.
 - *Se le quita el pañal y va al baño, pero nunca hace pis porque ya lo ha hecho en el pañal.
 - *No responde cuando se le pregunta qué tal ha dormido, si ha hecho pis en el pañal, si quiere ir al baño. Ni siquiera mira a la cara de mamá.
 - *Normalmente no quiere levantarse de la cama. Le cuesta despertarse.
- **Desayuno (4):** este momento mejoraría si Alex comiera un poco de fruta en el desayuno y si mamá no invirtiera 30 minutos en darle las galletas.
 - Todas las mañanas desayuna leche con galletas, no quiere cereales.
 - *Se toma muy bien la leche, las galletas se las da mamá con una cuchara de silicona.

- *No acepta cubiertos que no sean de silicona y blanditos. Usa la cuchara con la que se le empezó a dar papillas cuando era bebé. No tolera los cubiertos de plástico duro o de aluminio.
- *Cuando no quiere más cantidad aparta el bol, derramando el contenido de este. Cuando mamá o papá comienzan a ver gestos raros que hace con la boca, le preguntan si quiere más o ya está lleno pero no responde ni con la cabeza ni verbalmente.
- **Vestido (4):** mejoraría si Alex se vistiera solo.
 - En la habitación de Alex.
 - *Mamá elige la ropa y se la pone.
 - *Mueve los brazos para ponerle la camisa y sube las piernas para los pantalones.
 - *Mamá es quien le pone los zapatos y abrocha el velcro.
- **Baño (4):** mejoraría si dijera que colonia quiere ese día.
 - *Siempre salpica cuando se le ayuda a lavar la cara.
 - *Tiene tres colonias y cada día quiere una diferente. Cuando mamá le pregunta cual quiere responde con sonidos cuando mamá le señala una y esa es la que ha elegido para ese día.
 - *No le gusta estar ante el espejo. Se le peina sentado en el WC.
- **Merienda (2):** mejoraría si Alex dijera el nombre de la fruta y el tipo de galletas que quiere.
 - En este momento como hay más tiempo, mamá le pregunta que es lo que quiere merendar. Responde con sonidos y señas.
 - *Siempre elige galletas pero acepta tomar antes un poco de fruta.
 - *No tolera frutas demasiado húmedas como naranja, sandía, melón. Siempre suele comer manzana o plátano.
 - *No dice lo que quiere y pocas veces lo señala. Mamá le pregunta qué es lo que quiere y le va mostrando galletas y fruta.
 - *Mamá o papá son los que le dan la merienda. Él no coge los trozos de fruta o las galletas del plato. Le van dando la comida a trozos y se lo meten en la boca.

- **Juego (2):** mejoraría si dijera a qué quiere jugar ese día en lugar de gritar hasta que mamá o papá le enseñan un juego que le agrada.
 - *Después de merendar en la cocina, se levanta y va al cuarto de juegos. Siempre demanda a mamá para que lo acompañe y este en el cuarto de juegos.
 - *Cuando no alcanza algo, va a por mamá o papá y lo coge o se pone a gritar hasta que alguien vaya con él.
 - *Usa mucho los juegos de música. Le gusta tocar el tambor.
 - *Su segundo juguete preferido son los coches.
 - *No juega a las construcciones, ni a juegos de mesa.
- **Momento de tv (2):** mejoraría si Alex dijera los dibujos que quiere ver ese día y no tocara la pantalla de la tv porque lo hace con mucha fuerza y la puede romper.
 - Durante el día, dispone de unos 30 minutos para ver algo en la tv.
 - *Usan los videos de youtube sobre dibujos.
 - *Alex elige el vídeo que quiere tocando la pantalla de la tv.
 - *Cuando no le gusta ningún vídeo de los que aparece se pone a gritar.
 - *Cuando quiere cambiar de vídeo, da golpes a la tv.
 - *No responde cuando mamá o papá le preguntan que dibujos quiere ver. Solo toca el vídeo, que quiere ver, en la pantalla de la televisión.
- **Cena (2):** mejoraría si Alex contestara a las preguntas de sus padres de una manera comprensibles, usando palabras y no sonidos.
 - Solo come lo que hay en el plato.
 - *Come en un plato de plástico con cubiertos de silicona.
 - *Mamá o papá son quienes le dan la comida con el cubierto.
 - *Nunca dice si se ha quedado con hambre o le ha gustado algo.
 - *Cuando termina de cenar, se queda sentado en la mesa entretenido con algún juguete que tiene en la mano.
 - *No permite que mamá y papá cenar tranquilos, porque continuamente demanda su atención haciendo ruidos en la mesa o gritando.

- **Acostarse (4):** mejoraría si Alex fuera capaz de dormir en casa de los abuelos.
 - *Se le cambia el pañal.
 - *Se le lee un cuento que el elige. Siempre elige o uno de animales de la granja o uno de animales que tocan instrumentos musicales.
 - *Duerme con una luz encendida.
 - Después del cuento, mamá o papá encienden una luz pequeñita y cierran la puerta. Alex se duerme solo.

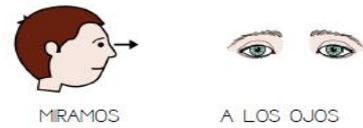
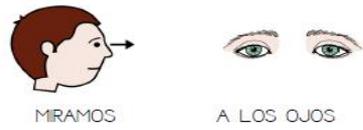
Anexo D. Pictogramas de saludo y despedida



Fuente: App Dictapicto (Fundación Orange, 2016)

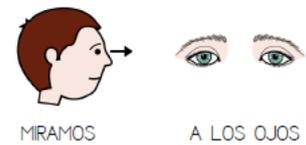
* Podemos usar pictogramas o fotos de las personas que ocasionalmente van de visita (abuela, abuelo, etc.), para que especifique a quién está saludando.

Anexo E. Historia social sobre el saludo



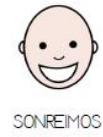
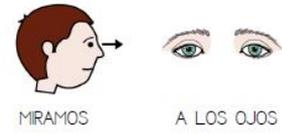
1

2



3

4



5

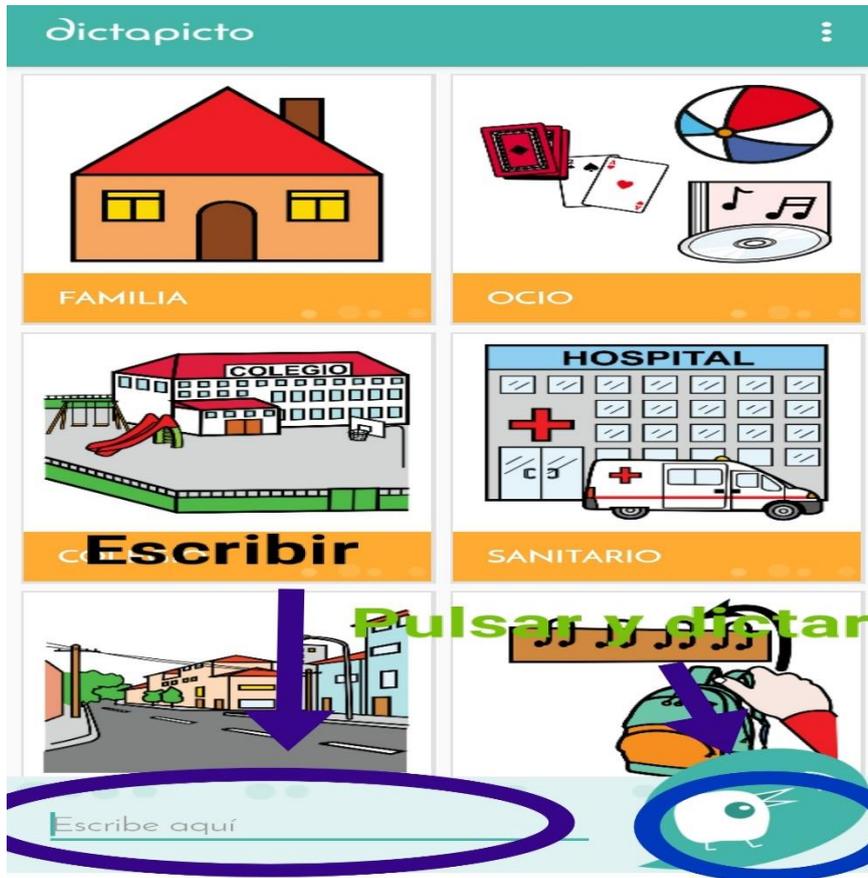
6

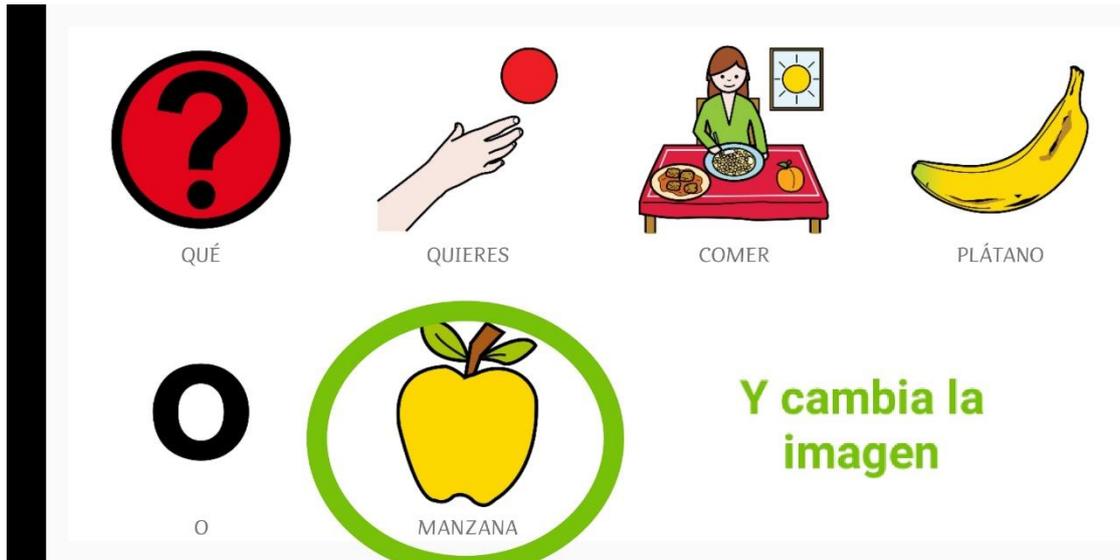


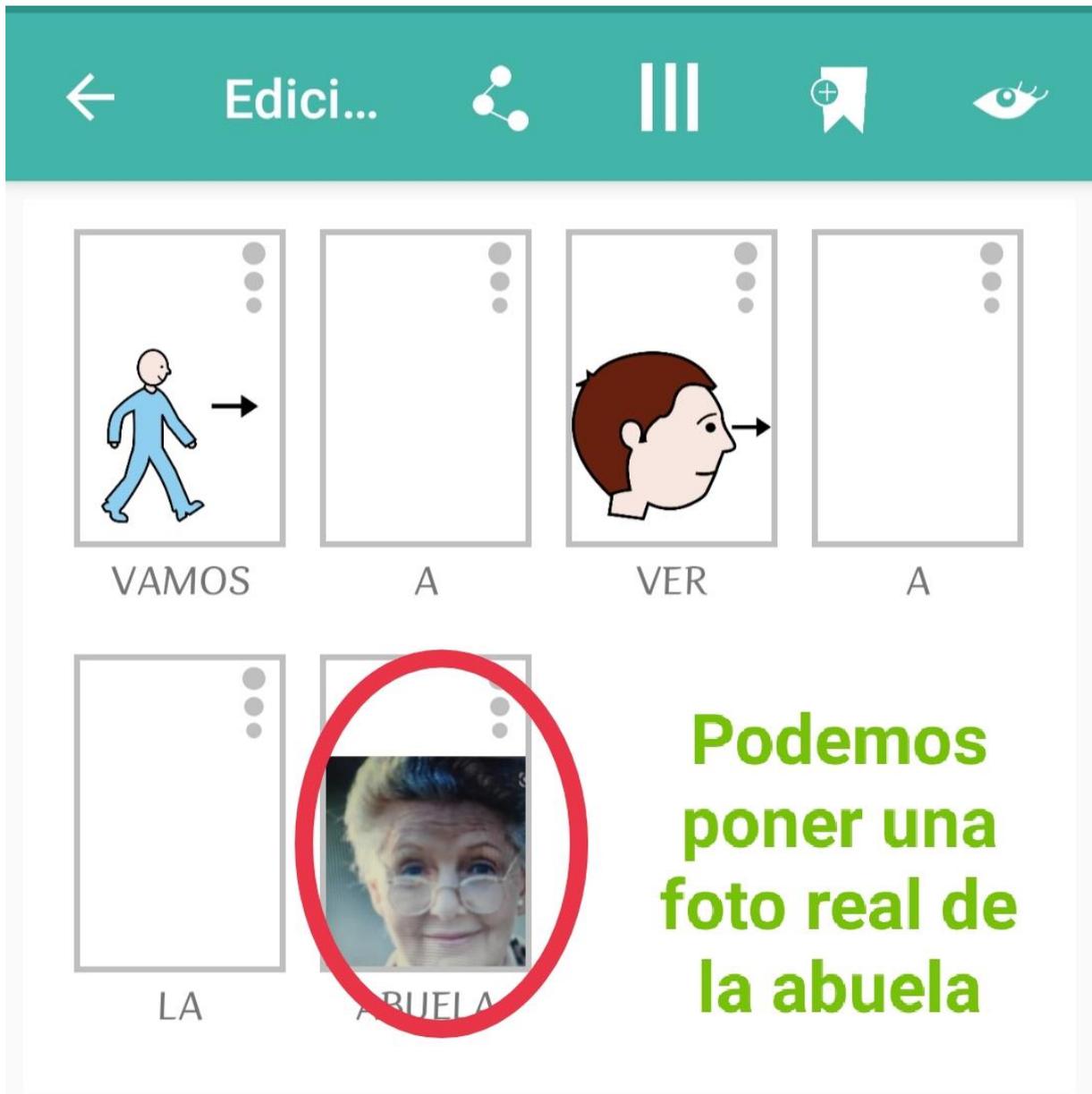
7

Fuente: Padilla & Núñez, s.f.

Anexo F. Cómo usar DictaPicto







Fuente: APP DictaPicto, s.f.