



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Estrategias de intervención y terapéuticas para
niños con TEA. Estudio de caso

Autor/es

Pilar Abizanda Ferrer

Director/es

Esther Ayllón Negrillo

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2019

Índice

	Página
Resumen	4
Introducción	5
Marco Teórico	
1. Conceptualización TEA	7
1.1 Evolución del término	7
1.2 Prevalencia	11
1.3 Signos de alarma	11
2. Modelos educativos	
2.1 Sistema TEACCH	14
2.2 SAAC	16
2.3 Modelos de intervención desde otras disciplinas	
2.3.1 Terapia ocupacional	17
2.3.2 Musicoterapia	19
2.3.3 Equinoterapia	21
3. Estudio de caso	
3.1 Situación	23
3.2 Procedimiento	25
3.3 Anámnesis	25

3.4 Relación con los hermanos	26
3.5 Metodología utilizada en el aula	27
3.6 Uso de PECS en el aula	30
3.7 Terapia ocupacional	30
3.8 Equinoterapia	32
3.9 Musicoterapia	34
4. Conclusión	36
5. Referencias bibliográficas	38
Anexos	

Estrategias de intervención y terapéuticas para niños con TEA. Estudio de caso.

Interventional and therapeutic strategies for children with autism spectrum disorder (ADS). Case study.

- Elaborado por Pilar Abizanda Ferrer.
- Dirigido por Esther Ayllón Negrillo.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio del año 2019.
- Número de palabras: 12025.

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado tiene como finalidad tener mayor conocimiento acerca del Trastorno del Espectro Autista (TEA) investigando aspectos tales como aquellos autores que son relevantes en este tema, haciendo una evolución del término; la prevalencia de este trastorno, los signos de alarma y diversas metodologías educativas entre las que se destaca el sistema TEACCH, los SAAC y diferentes terapias que favorecen a los niños con TEA en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Este Trabajo Fin de Grado se centra en un estudio de caso de un niño con TEA que no se comunica verbalmente resaltando las medidas educativas que le resultan beneficiosas.

Palabras clave

TEA, método TEACCH, SAAC, PECS, equinoterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, intervención educativa.

INTRODUCCIÓN.

Este Trabajo Final de Grado tiene varios objetivos, el primero es tener un mayor conocimiento acerca del Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA) haciendo una evolución del concepto de forma teórica, y el segundo es resaltar aquellas actividades y metodologías que resultan beneficiosas para niños con TEA sobretodo para mejorar o permitir una comunicación durante el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se llevará a cabo además un estudio de caso para reflejar dichos beneficios.

Se destaca además la metodología TEACCH, diseñada para niños con TEA en la que se tiene en cuenta la distribución tanto espacial como temporal del aula y la organización de las actividades y los materiales que se utilizan en la misma.

En este trabajo se van a tratar diversos apartados. En primer lugar se definirá el concepto TEA a través de una evolución del mismo; se explicará la prevalencia y los signos de alarma. Seguidamente se desarrollarán diferentes metodologías de intervención tanto en el ámbito escolar como en el extraescolar y finalmente se desarrollará el estudio de caso contextualizando el entorno en el que se encuentra el niño, el proceso que he seguido para recabar información, una anámnesis para detallar la situación del niño, la relación que mantiene con su familia. Analizaremos también las metodologías educativas que trabaja en el colegio, la utilización de PECS y diferentes terapias que son beneficiosas para el niño como por ejemplo la equinoterapia, musicoterapia y terapia ocupacional.

En cuanto al tema, lo he elegido por varios motivos: el primero se centra en la oportunidad que tuve hace varios años en tener mi primer contacto con niños con TEA. Me ofrecieron trabajar en una ludoteca, en un aula con cinco niños con este trastorno. Pese a no tener muchos conocimientos de cómo enseñar a estos niños, creció mi curiosidad sobre informarme y aprender aspectos relacionados con el mundo del TEA y la verdad es que me gustó bastante la experiencia. El segundo motivo es porque tras estudiar la mención de atención a la diversidad, creo que se estudian la mayoría de los trastornos muy por encima y sin ninguna experiencia práctica. Por ello, sentí la necesidad de aumentar mis conocimientos sobre el TEA y aprender diferentes técnicas o herramientas para mejorar la comunicación y atención en estos niños.

Por otro lado, tras estos años, he mantenido el contacto más cercanamente con uno de esos niños con los que trabajé y he tenido el privilegio de disponer de información tanto de la familia como del entorno más cercano de este niño. Cabe destacar que es un niño que no se comunica verbalmente y he querido reflejar en este trabajo un estudio de este caso.

1. MARCO TEÓRICO

1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEA.

1.1 Evolución del término.

La palabra autismo tiene origen griego y deriva de la palabra “autos” que significa “en sí mismo”, para autores como Tusin (1997), esta palabra significa “vivir en función de uno mismo”, es decir, niños sumidos en sí mismos.

El término Trastorno del Espectro Autista fue utilizado por Bleuler por primera vez en 1985 relacionándolo con un trastorno del pensamiento que aparecía en ciertos pacientes con esquizofrenia, pero hacía referencia solamente a adultos. Para él significaba una separación de la persona con la realidad externa, es decir, sin apenas reacción ante estímulos del entorno y con cierta confusión de la realidad (Cuxart, 2000).

Posteriormente, aparece otro autor muy conocido en cuanto a este trastorno, Leo Kanner (1943), que gracias a sus numerosas observaciones a niños que padecían conductas extrañas, detalla el comportamiento de los niños con autismo y los clasifica en diferentes áreas: falta de contacto afectivo con otras personas, deseo obsesivo por mantener las cosas en el mismo orden, afición por los objetos, dificultades en la comunicación y un potencial de conocimiento alto. Lo definía de esta forma:

Aislamiento profundo para el contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa y una alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa (Artigas y Paula, 2012).

La aportación de la psiquiatra infantil, Lorna Wing (1981), es muy relevante, pues define el TEA como una serie de alteraciones neurológicas que se manifiestan durante el primer año de vida a través de una serie de síntomas basados en la denominada “tríada de Wing”. Se fundamenta en el conjunto de áreas afectadas: deficiencias en la interacción social, en la comunicación y lenguaje y la flexibilidad e imaginación (Varga y Navas, 2012).



Figura 1. Tríada de Wing.

Años más tarde, Hans Asperger, en 1994 investiga una serie de casos y se da cuenta que estos niños tenían características en común a las que había descrito unos años atrás Leo Kanner. Asperger afirmó que los niños con autismo tenían importantes limitaciones en cuanto a las relaciones sociales, desembocando en una gran dificultad para poder tanto expresar como comprender emociones y sentimientos (Cuxart, 2000). Es decir, tanto Kanner como Asperger nombran la existencia de un trastorno que afecta al contacto afectivo y a los instintos, aluden a problemas en la comunicación, a movimientos estereotipados y repetitivos e incluso a problemas en situaciones de adaptación.

Pocos años después, Ángel Riviere y Juan Martos (2001), definen al niño con autismo como:

Aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como ausente mentalmente a las personas presentes y que, por todo ello, se siente incompetente para predecir, regular y controlar su conducta por medio de la comunicación (p 26).

Por otra parte, el autor Ángel Riviere (Riviere y Martos 2000), establece las diversas alteraciones a nivel psicológico del paciente y habla de doce dimensiones “las

doce dimensiones de Riviere” que se muestran alteradas siempre en aquellos pacientes con TEA:

-Área de relación social: Trastorno de la relación social, trastorno de las capacidades de referencia conjunta y trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.

-Área del lenguaje y la comunicación: Trastorno de las funciones comunicativas, trastorno del lenguaje expresivo y trastorno del lenguaje receptivo.

-Área de flexibilidad mental y comportamental: Trastorno de las competencias de anticipación, trastorno de la flexibilidad mental y comportamental y trastorno del sentido de la actividad propia.

-Área de ficción e imaginación: Trastorno de la imaginación y de las capacidades de ficción, trastorno de la imitación y trastorno de la suspensión.

Autores más recientes tales como Larripa y Erausquin (2010) definen TEA como “un conjunto de trastornos del desarrollo caracterizados por presentar alteraciones en la interacción social y en la comunicación, así como manifestar también comportamientos repetitivos y un repertorio restringido de intereses y actividades” (p. 168).

Por último y no menos importante, según la Organización Mundial de la Salud, los TEA son un grupo de afecciones caracterizadas por algún grado de alteración del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, y por un repertorio de intereses y actividades restringido, estereotipado y repetitivo (2018).

Con el paso de los años, la clasificación de este trastorno ha ido cambiando y evolucionando, por ello hoy en día existe un sistema de clasificación diagnóstico, el DSM V (2013) con una serie de criterios que detalla acerca del TEA (**Ver anexo 1**)

Por tanto, resumiendo, hoy en día se denomina TEA a un conjunto de síntomas que presentan en su primera infancia los niños, que inciden especialmente en la comunicación y el lenguaje, en la interacción social y en el comportamiento. Dichos síntomas permanecen a lo largo de toda su vida, limitando su día a día a nivel personal, social y familiar.

Actualmente, el DSM V (2013) detalla tres niveles diferentes de severidad del TEA, y mostrando las deficiencias referentes tanto a la comunicación social como a los intereses restringidos y conductas repetitivas:

Niveles	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva.
Nivel 3: Requiere mucho apoyo	Déficits severos en habilidades de comunicación social: inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros.	Las preocupaciones, rituales y conductas repetitivas interfieren significativamente con el funcionamiento en todos los ámbitos.
Nivel 2: Requiere bastante apoyo	Déficits marcados en habilidades de comunicación social, número limitado de interacciones sociales y respuestas apáticas o reducción ante los intentos de relación de otros.	Las conductas repetitivas o los intereses restringidos aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos.
Nivel 1: Requiere apoyo	Sin apoyo, las dificultades de comunicación social causan alteraciones	La conducta repetitiva interfiere significativamente con el

	evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas inadecuadas a las aperturas sociales de otros.	funcionamiento en uno o más contactos. Resiste los intentos de otros de redirigir sus intereses repetitivos.
--	--	--

1.2 PREVALENCIA.

Analizando los datos que aporta Marín y Alonso (2016), existen pocos estudios publicados referentes a la prevalencia del TEA en España y muy variables, pues la cifra más alta encontrada es la detallada en niños de Tarragona (15,5-1000) y la menor, descrita en la población infantil de Cádiz en 2014 (0,2-1000). El estudio más reciente encontrado ha sido también en Tarragona en 2018 que se llevó a cabo por los autores Morales, Domenech-Llaberia, Jané y Canals (2018) en una población escolar de 2765 niños analizándose dos tramos de edades: de 4-5 años y de 10-11. Los resultados fueron (15,5-1000) y (10-1000) respectivamente.

1.3 SIGNOS DE ALARMA

Es bastante importante detectar este trastorno de forma temprana, pues cuanto antes se detecte, antes se podrá beneficiar el niño de las terapias que le puedan ayudar a su desarrollo integral. En muchas ocasiones esto resulta un poco difícil, pues muchas veces, hasta que estos niños no cumplen los 3 años de edad, no se derivan a servicios especializados.

Para detectar ciertas anomalías, existen diferentes ámbitos de gran relevancia: el contexto familiar suele ser en el que se detecta en primer lugar cierta sospecha, pues el niño no se comporta o actúa como lo hacen el resto de niños como por ejemplo cuando tienen que dar respuesta a su nombre o mantener un contacto visual. Por otro lado,

como apunta Cabodevilla, Monje, de los Arcos, Ulibarri, Guinea y Aguilera (2017) en “Protocolo para la detección, el diagnóstico y la intervención de niños y niñas con sospecha de TEA”, son las escuelas infantiles fundamentales para detectar dificultades en la comunicación, lenguaje y conducta, y reciprocidad social, pues los profesionales de la educación tienen los suficientes conocimientos como para saber cómo educar y tratar a estos niños que pueden encontrarse en cualquier aula hoy en día. El último contexto es el sanitario, pues cuando acude una familia o desde el centro educativo, el profesional sanitario es el encargado de hacer una evaluación y determinar un diagnóstico con pautas que ayuden a la familia.

A continuación se detallan las dificultades que pueden aparecer con este trastorno según Carlos Carrascón (2016):

Inmediatas:

- No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de habilidades del lenguaje o a nivel social a cualquier edad.

Antes de los 12 meses:

- Poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a personas.
- No muestra anticipación cuando va a ser cogido.
- Falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucú-tras”.
- Falta de sonrisa social.
- Falta de ansiedad ante los extraños sobre los 9 meses.

Después de los 12 meses:

- Menor contacto ocular.
- No responde a su nombre.

- No señala para pedir algo (protoimperativo).
- No muestra objetos.
- Respuesta inusual ante estímulos auditivos.
- Falta de interés en juegos interactivos simples.
- No mira hacia donde otros señalan.
- Ausencia de imitación espontánea.
- Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversa con el adulto.

Entre los 18-24 meses:

- No señala con el dedo para compartir un interés.
- Dificultades para seguir la mirada del adulto.
- No mirar hacia donde otros señalan.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo.
- Falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos.
- Ausencia de juego simbólico.
- Falta de interés en otros niños o hermanos.
- No suele mostrar objetos.
- No responde cuando se le llama.
- No imita ni repite gestos o acciones que otros hacen.
- Pocas expresiones para compartir afecto positivo.
- Antes usaba palabras pero ahora no.

En el momento que se detecta alguno de estos síntomas, se acude a los profesionales como por ejemplo el médico correspondiente para que pueda evaluar su desarrollo y comportamientos. Se realiza además una evaluación diagnóstica integral del niño, en la que se pueden incluir pruebas neurológicas, genéticas, y pruebas de la vista y oído. Si se muestran alteradas, se hacen evaluaciones adicionales de diferentes especialistas para poder llevar a cabo un programa especializado y adecuado a cada niño.

2. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

Teniendo en cuenta las características citadas anteriormente de las personas con TEA, resulta interesante facilitar metodologías que les faciliten la comunicación:

2.1.1 SISTEMA TEACCH

Una de las metodologías que se utiliza en la escuela es la TEACCH (tratamiento y educación de los niños con autismo y con problemas de comunicación) Surge en EE.UU de la mano del doctor Schopler (citado en Howley, 2015) para dar respuesta a las necesidades educativas de los niños con TEA y pretende aumentar las habilidades y comprensión de la persona con TEA. Los objetivos principales de esta metodología son: aumentar la autonomía del niño, mejorar ciertas habilidades y prevenir los problemas de conducta. Para Gándara (2007), es decir, potenciar la capacidad de comunicación en la vida cotidiana y que el niño se haga entender. En general, el modelo TEACCH se centra en entender la forma de pensar, aprender... que tienen las personas con TEA.

Según Tortosa y Guillén (2003) los objetivos de este programa son: desarrollar formas especiales en las cuales el niño pueda disfrutar y comprender a otras personas, incrementar la motivación y la habilidad del niño para explorar y aprender; mejorar el desarrollo de las funciones intelectuales; superar los impedimentos en áreas motoras de percepción fina y gruesa a través de ejercicios físicos y actividades de integración; reducir el estrés de vivir con una persona con autismo o desórdenes relacionados a otros miembros de la familia y superar los problemas de adaptación escolar del niño. (p.1).

Siguiendo a Tortosa y Guillén (2003), este programa se basa en diferentes actividades: enseñanza estructurada, actividades secuenciadas visualmente, enseñanza uno a uno, comunicación expresiva, juego y problemas conductuales.

Por tanto, el programa TEACCH, tal y como establece Gándara (2007) hace gran hincapié en la estructuración del aula, pues la enseñanza estructurada tiene su base fundamental en la organización física del aula, es decir, toma gran importancia la disposición del entorno, los materiales y el mobiliario del aula, de forma que todo esté claro a primera vista y donde los espacios de trabajo estén claramente delimitados. Los materiales siempre deben guardarse en el mismo lugar para que los niños puedan usarlos y guardarlos ellos mismos. El aula deberá tener además una zona de trabajo individual, trabajo grupal, zona de juego para poder asociar la acción con el lugar concreto, así el niño sabe qué es lo que va a hacer en todo momento. Toma también importancia el horario, es decir, poner orden a todo lo que van a hacer durante el día y permitir una organización fomentando la creación de una rutina en su día a día.

Gándara destaca además la estructura del trabajo, pues el niño necesita saber qué trabajo tiene que hacer, cuánto trabajo tiene que hacer, a qué hora lo terminará, qué va a hacer después... A ello debe sumársele que sean actividades motivantes o que incluyan aspectos que les gusten. Como bien se sabe, en los niños con TEA, las rutinas cobran gran importancia, ya que cualquier tipo de cambio les resulta frustrante, por ello la agenda diaria es parte fundamental de esas rutinas que les hace sentirse más a gusto y seguros. Ligado a esto se encuentra la estructura visual, que con un tablero visual hace que el niño comprenda y exprese las necesidades o deseos en cada momento.

Este autor no deja de dar importancia a la ubicación del educador en esta metodología de trabajo, pues dependerá del tipo de actividad que se esté llevando a cabo y de las necesidades que presente cada alumno. El educador se puede situar en diversos lugares: cara a cara (requiere mayor atención y suele utilizarse para comunicarse y evaluar), al lado del alumno (hace que el niño tienda a la imitación ya que puede ver en cada momento lo que está ejecutando el educador desde el mismo punto de vista) y detrás del niño (hace que éste se concentre mejor en aquellas actividades que no necesite su ayuda fomentando una actividad más autónoma limitándose a ser un simple observador o moderador si necesita su intervención en algún momento puntual).

2.1.2 SAAC

Otro recurso para aumentar la capacidad para la comunicación de los niños con TEA son los SAAC (Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación), que como define Basil “la comunicación aumentativa y alternativa es un ámbito interdisciplinar que abarca un extenso conjunto de elaboraciones teóricas, sistemas de signos, ayudas técnicas y estrategias de intervención que se dirigen a sustituir y/o aumentar el habla”. (Peña- Casanova,J., 1994).

Como es evidente, tanto la comunicación como el lenguaje son algo primordial para los seres humanos por diferentes razones: permite que nos relacionemos con el resto de personas, hace más sencilla la vida en sociedad... Por ello, todas esas personas que por cualquier circunstancia no hayan adquirido el lenguaje hablado o tengan problemas para comunicarse, necesitan estos SAAC.

Es muy habitual utilizar los SAAC con personas con TEA por diferentes razones: favorecen la comunicación o intención comunicativa (muchas veces las rabietas de estos niños son causadas por la falta de entendimiento ante sus deseos), favorecen la atención, contribuyen a un mejor conocimiento de su entorno, propician la capacidad de anticipación y predicción, se fomenta y estimula la aparición del lenguaje verbal y contribuyen a una organización más estructurada de los datos en la memoria.

Como aporta Basil (2010) en el portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa, esta comunicación engloba diferentes sistemas de símbolos:

- Gráficos: palabras, dibujos, letras, pictogramas, fotos... Requieren además el uso de productos de apoyo como las tablets personales o los comunicadores de habla artificial, o recursos no tecnológicos como los libros de comunicación o los tableros.
- Gestuales: gestos, mímica o signos manuales.

Uno de los SAAC que más se utiliza en el caso de niños con TEA es el PECS (Sistema de Comunicación a través de Pictogramas).

Según Bondy y Frost (2013) este sistema está diseñado fundamentalmente para aquellas personas que no se pueden comunicar a través del lenguaje oral. El PECS no es más que un intercambio de un elemento comunicador o una imagen entre un usuario y

un terapeuta para conseguir un deseo o una necesidad. Para poder aplicar este sistema hay que seguir ciertos pasos previamente: en un principio hay que enseñar al alumno que debe dar el elemento comunicador para poder recibir a cambio aquel objeto o deseo que está demandando. El terapeuta dará refuerzos positivos a modo gestual u oral y guiará al niño hasta llegar al elemento comunicador, de forma que con el paso del tiempo estos refuerzos y ayudas irán desapareciendo gradualmente. Cuando este paso se ha conseguido, se empieza a trabajar en el entorno real de comunicación, donde el niño intente conseguir algún objeto o deseo y con otras personas como por ejemplo en la familia (Bondy y Frost, 2013).

Siguiendo a Bondy y Frost (2013) son esenciales los pictogramas en la vida de los niños con TEA, pues gracias a ellos se puede demandar acciones (beber, jugar, comer), peticiones o deseos (quiero...), rutinas del día a día (vestirse, lavarse dientes...), acciones relacionadas con la organización diaria o semanal (hoy vas a ir al colegio, comes en casa de los abuelos, te recogerá del colegio...), comprender diferentes textos (cuentos, canciones...) A través de ellos se les proporciona seguridad, ya que el niño se siente seguro porque sabe qué es lo que se pretende que consiga. Además se le proporciona un autocontrol de sus impulsos y rabietas y les aporta mayor autonomía aunque necesiten algo de ayuda ante diferentes instrucciones.

Cada vez hay más herramientas tecnológicas innovadoras como: aplicaciones para tablets, páginas web, aplicaciones para móviles...que facilitan la creación de magníficos comunicadores para niños con TEA.

MODELOS DE INTERVENCIÓN DESDE OTRAS DISCIPLINAS

2.2.1 TERAPIA OCUPACIONAL

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) (2019) define la Terapia Ocupacional como:

una profesión sanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo, pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad. (Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales).

Según “Autismo diario” (2019) en la Terapia Ocupacional se trabajan actividades que se consideran necesarias en la vida de una persona, para que pueda tener conductas que se adapten a lo que su entorno demanda, es decir, se pretende que esa persona tenga unos hábitos y rutinas adaptadas a su vida real y unas destrezas cognitivas, sociales, motoras y sensoriales que le proporcionen una vida de calidad y una vida feliz.

Aunque parezcan cosas simples las que se tratan en las sesiones de esta terapia, no lo son, pues detrás de una actividad que una persona normal hace sin pensar, hay que tener en cuenta que una persona con TEA tiene que aprender por ejemplo multitud de cosas antes de llegar a realizar dicha acción o actividad. Por ejemplo para lavarse las manos se debe tener en cuenta: qué es lo que hay que hacer, que es una actividad de cuidado personal; por qué hacemos esa acción, cuándo y dónde se realiza: si es después de comer, de cenar, si lo tiene que hacer en el baño; quién la realiza: si es una actividad que se realiza de forma individual deberá entender que no se necesitan más personas para poder realizar esa actividad; el cómo se realiza también cuesta trabajo llegar a aprenderlo: los minutos que debe durar aproximadamente, asegurarnos que tenemos jabón, luz para poder ver, qué se echa primero, que se tiene que aclarar el jabón... También se aprende a que debemos dejar las cosas tal y como estaban, cuál es el movimiento adecuado para que se realice esa acción correctamente, la coordinación óculo-manual para ver si lo estamos haciendo bien... Son muchos los aprendizajes los que conlleva cualquier rutina de la vida diaria y cuesta mucho trabajo ese proceso de enseñanza-aprendizaje hasta que se consigue establecer la actividad como rutina tanto en clase como en la familia.

Tal y como establece “Autismo diario”, se trabajan actividades de diferentes tipos tales como actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales más complejas que las anteriores, actividades para llegar a insertar a las personas en el mundo laboral, actividades relacionadas con la educación, aprendizaje y participación en la sociedad, actividades de ocio para poder practicar en el tiempo libre, juegos y actividades relacionadas con el descanso. Por otro lado se trabajan actividades relacionadas con las destrezas a nivel físico y motor, como por ejemplo destrezas motoras, praxias, destrezas sensoriales y perceptuales, de regulación emocional, cognitivas y de comunicación.

De todas estas actividades se puede señalar diferentes características: son repetitivas, se ejecutan de modo intencional y consciente, tienen una verdadera significación para la persona que la recibe, dependen de las necesidades y ambientes de la persona, están realacionadas con el tiempo real e intencional del paciente y como he mencionado anteriormente, son el medio por el que las personas o pacientes aprenden tanto a controlar como equilibrar sus vidas, siendo condicionados por las habilidades, responsabilidades y entornos de cada uno de ellos.

2.2.2 MUSICOTERAPIA

Como apunta Jauset (2009), desde que nacemos, la música hace que aparezcan diferentes estados de ánimo, nos traslada a recuerdos del pasado, hace que volvamos a la calma y relajación, entre otros.

Un autor a destacar en cuanto a este término es Benenzon, que lo define de la siguiente forma:

“un tipo de psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad” (Benezon, 2000, p. 25).

Autores como Soria, Duque y García (2011) definen musicoterapia como:

El uso de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta, con un paciente o grupo, en el proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas (p. 739).

Las personas con TEA tienen cierta dificultad para comprender emociones o sentimientos ajenos, por ello se utiliza la música para favorecer esa comunicación, motivación y de este modo se satisfagan sobretudo las necesidades emocionales, sociales y cognitivas. Macías (2018) sostiene que la equinoterapia “mejora las habilidades de comunicación, su funcionamiento psicológico, cognitivo y conductual, las habilidades motoras y su coordinación, la integración sensorial, su tono muscular, su

control del tronco, control de su postura, su fuerza y su acondicionamiento cardiovascular”.

Tras expresar las definiciones anteriores es evidente que la música favorece de forma positiva en el desarrollo de la persona en diversos niveles: a nivel fisiológico el cuerpo reacciona tras escuchar música en ocasiones alterando la respiración, el ritmo cardíaco, ciertos reflejos como el aumento de la actividad de nuestros músculos, a veces tiene efecto relajante o excitante; también puede afectar a nivel intelectual, pues hay personas que les ayuda a desarrollar su capacidad creativa, otras desarrollan su capacidad de atención y concentración, a otras les provoca placer y les inunda en el mundo de la imaginación. A nivel social ayuda a las personas a expresarse, a aflorar sus sentimientos y a socializarse.

Centrándonos en los niños con TEA, como cita Kern (2010), Whipple en 2004 hizo un estudio acerca de la eficacia de la musicoterapia en niños con este trastorno y los resultados fueron los siguientes: practicar musicoterapia favorece tanto la comunicación como la expresión verbal y las respuestas de manera autónoma; hace que mejore el contacto visual, el desarrollo de la atención y la imitación; sin olvidar el desarrollo progresivo de la autonomía.

Leivinson (2006) detalla diferentes actividades que se realizan en las sesiones de musicoterapia con niños con TEA: se transforman en juego aquellos movimientos repetitivos, se imitan las acciones que realiza el musicoterapeuta, se juega con los turnos de silencio-sonido, existe un control del tiempo, hay una organización previa del mismo y se explora el entorno gracias a objetos sonorizados transmitiendo diferentes sensaciones al niño. Como se ha explicado anteriormente, las áreas que se ven más afectadas en los niños con TEA son la comunicación, la interacción social y las respuestas conductuales y en relación a las mismas, la musicoterapia interviene de forma positiva en las mismas (Mulas et al, 2010) puesto que hace que se cree un entorno ideal para el desarrollo del niño tanto en el aula como en el entorno habitual y real del niño. Crea la capacidad de construir un clima de concentración de modo que se consigue realizar y terminar las tareas que se le demandan. Además es otra forma de comunicación que requiere menor esfuerzo para todas aquellas personas que muestran o presentan dificultades tanto en el habla como en el uso adecuado del lenguaje. Por otra parte ayuda a expresar lo que se siente en cualquier momento de forma libre ofreciendo

la posibilidad de poder comunicarse o interactuar. No hay que olvidar la capacidad que tiene el musicoterapeuta para proporcionarle a la persona el clima de trabajo adecuado y tranquilo para que se pueda sentir en un estado de bienestar. Y por último y no menos importante es el tiempo, que es fundamental en la música porque hace que se sustenten los tiempos de habla con el ritmo o movimientos.

Para que tengan lugar todas esas características Pozo (2012), sostiene que se deben utilizar diferentes técnicas: realizar ejercicios de vocalización, trabajar diversos tipos de audiciones musicales, ejecutar movimientos creativos y trabajar la imitación, jugar a juegos musicales, cantar o tararear con la ayuda y acompañamiento de percusión corporal o pequeñas percusiones ó realizar interpretaciones musicales. Se deben tener en cuenta ciertas estrategias según Eslava (s.f) a la hora de utilizar las técnicas que acabamos de mencionar: hay que hacer uso tanto de actividades musicales que inciten movimiento para así fomentar la coordinación como de canciones para fomentar el uso del lenguaje y ayudar a ampliar el vocabulario, utilizar canciones con órdenes de movimientos diversos para poder repercutir positivamente en el desarrollo de la motricidad tanto fina como gruesa.

Así pues, uno de los objetivos principales de la musicoterapia no es aprender conceptos musicales, pues es común que la mayoría de los pacientes no sepan música; lo que sí que es importante es poder llegar a expresarse. La música en este caso se utiliza como un medio para lograr o mejorar los aspectos que se han mencionado anteriormente y no como un fin, por ello, la musicoterapia facilita las relaciones interpersonales y la comunicación y ayuda a todas esas personas con necesidades a mejorar su calidad de vida.

2.2.3 EQUINOTERAPIA.

La equinoterapia es una de las Terapias Asistidas con Animales (TAA). En este caso es el caballo, que como sostiene García (2018):

“el caballo es un animal sensible y grande, pero en absoluto peligroso. Es sin duda un animal noble, hermoso y con una sensibilidad especial: son capaces de entender nuestros sentimientos sin hablar, razón por la cual, los niños encontrarán en el caballo una aceptación especial, ejercicio y una relajación muy distinta a la habitual: la compenetración, básica entre jinete y caballo”. (citado en revista científica Mundo de la investigación y le conocimiento, p, 654).

Levinson (1953) apuntaba que son intervenciones que tienen un objetivo específico como parte de un proceso de rehabilitación gracias a la interacción entre un animal y un paciente. En todo momento tiene que ser planificada y guiada por un profesional y por supuesto debe estar basada en una evaluación previa para poder decidir y establecer cómo hacerla, en qué momento hacerla y qué objetivos y actividades se van a realizar en función de las particularidades que el paciente presente.

Muchos autores como por ejemplo Gross (2006) coinciden en tres principios elementales que sirven de fundamento para la equinoterapia. Dichos principios son:

- Transmisión del calor corporal entre jinete y caballo. Se basa en que al tener el caballo mayor temperatura corporal que el jinete, hace que el jinete pueda relajar su musculatura y aumente la estimulación de las sensaciones táctiles, y por ello se sienta más seguro y con confianza.
- Transmisión de impulsos rítmicos. El caballo le transmite al jinete a través de su dorso una serie de impulsos que benefician al tono muscular, columna, miembros inferiores y la ejecución de movimientos más coordinados proporcionando así nuevos esquemas de movimiento. Dichos impulsos favorecen al aparato vestibular, mejorando el equilibrio y produciendo sensaciones que ayudan al bienestar tanto emocional como psíquico del jinete aportando cierta coordinación entre tronco y cabeza.
- Transmisión de patrón de locomoción tridimensional. Se fundamenta en mejorar la coordinación de movimientos y la marcha del jinete. El movimiento del caballo transmite dicho movimiento a la pelvis del jinete proporcionándole autoconfianza y estabilidad, es decir, el patrón fisiológico de la marcha humana que el jinete realiza durante la monta, se graba en el cerebro y gracias al paso progresivo del tiempo se automatiza, pudiéndose transferir a la marcha pedestre.

Además de estos tres principios, Gross (2006) explica diferentes beneficios para todas aquellas personas que practican esta terapia: se establece una relación de comunicación y afectividad entre el jinete y el caballo, toma gran importancia el espacio natural en el que se desarrolla esta actividad, pues hace que el jinete sienta que se está entreteniendo en un ambiente evitando el agobio y estimulando al cerebro a través de

todos los sentidos. En relación con la familia, se crea una modificación de conducta por parte de la misma, pues ven que el jinete se siente confiado y con la autoestima alta haciendo que desaparezca con el paso del tiempo esa tendencia al proteccionismo del jinete o paciente. Por último, a la vez que se realiza la terapia, se aprenden actividades multidisciplinarias como por ejemplo de tipo motor, actividades recreativas, matemáticas...que fomentan el desarrollo integral del paciente.

Por tanto está demostrado que en presencia del animal aumenta la interacción social y disminuye la autoestimulación; se aprende poco a poco a jugar con el animal, tras conseguir el acercamiento al animal, se logra un acercamiento al terapeuta; se asocia el contacto con el animal con el uso de palabras o canciones adecuadas; se muestra cierta preferencia por determinados animales o personas. Aunque es normal que en un primer momento se evite el contacto con el animal, después se muestra alegría compartiendo las diferentes actividades con el mismo: al acariciarle, darle de comer o jugar con él.

Dichos progresos se pueden clasificar en diferentes áreas según Caudet (2002): área cognitiva: mejorando la autoestima, la capacidad de atención, el control de las emociones, la atención y la memoria; área psicomotora: reduciendo los patrones repetitivos de movimiento, mejorando los reflejos y la coordinación, mejora del aparato vestibular y relajando los músculos; área de la comunicación y el lenguaje: mejorando la comunicación tanto gestual como oral, aumentando el vocabulario, la construcción de frases y la articulación de palabras; y por último el área de socialización: fomentando el respeto y cariño hacia los animales y el entorno natural y mejorando la interacción social con las personas que no forman parte del entorno familiar.

3. ESTUDIO DE CASO.

3.1 Situación.

Antes de explicar las características del niño, debo resaltar que voy a referirme a él utilizando un nombre ficticio: Mario.

Este estudio se centra en un niño de 10 años con TEA, cabe destacar que es un niño que no se expresa verbalmente de momento, lo que desencadena en un gran problema de comunicación. Es un niño que no se relaciona con los demás, se suele

enfadar si alguien interrumpe sus rutinas o deseos; necesita motivación para realizar acciones que por sí solo no realizaría.

Mario acude a un centro de educación especial de lunes a viernes de 10:00 a 13:00 y de 15:00 a 17:00. Su clase se compone de 4 alumnos, todos con TEA y ninguno de ellos se expresa verbalmente. Un aspecto relevante es que Mario comprende perfectamente lo que le queremos comunicar. En el centro, la tutora se comunica además de con la palabra, con imágenes y con gestos. Trabajan mucho las rutinas a través de pictogramas, habilidades motrices, metodología TEACCH, mucha organización para que estén más tranquilos al saber lo que tienen que hacer o lo que van a hacer, mucho cambio de actividad, aprendizaje de tareas básicas como comer, asearse... (Trabajan la mayoría del tiempo con su tutora y varias horas a la semana reciben el apoyo de una especialista).

El entorno familiar de Mario consta de madre, padre y una hermana y un hermano (ambos menores que él). Tanto sus padres como sus abuelos y tíos están bastante implicados en la vida de Mario: en su educación, su evolución y su seguimiento a lo largo de todas actividades que realiza en su día a día.

Mario asiste dos o tres veces por la semana a la asociación de autismo (AMO) donde trabaja gran diversidad de actividades, en su mayoría de aprendizaje de hábitos, habilidades sociales y emocionales. Además realiza diferentes actividades:

- Clases de equinoterapia.
- Clases de musicoterapia.
- Terapia ocupacional.

El propósito de dichas intervenciones es trabajar las principales dificultades que presenta Mario, que son las siguientes:

- Dificultad para obedecer órdenes.
- Dificultad para expresar sentimientos.
- Dificultad para expresarse verbalmente.

- Dificultades a nivel vestibular: le cuesta mantenerse en pie durante mucho rato.
- Dificultad para realizar acciones por motivación propia.

3.2 PROCEDIMIENTO

Recojo información de las personas cercanas a Mario: en un principio me entrevisto con el padre y la madre que son los que me proporcionan información de su día a día en casa y en general de toda su vida. Además ellos me ponen en contacto con diferentes profesionales que trabajan con Mario: la terapeuta ocupacional, la chica que le imparte equinoterapia y su tutora del colegio. Con todas ellas me entrevisto y recojo la información tanto por grabaciones como de forma escrita (**Ver anexo 2**).

3.3 ANÁMNESIS- SIGNOS DE ALERTA.

Los padres de Mario se dan cuenta desde que tiene unos 7-8 meses que no hace cosas que los niños de su edad sí saben hacer, pero en un principio piensan que quizás se deba a un aprendizaje más tardío que el resto de niños de su edad, pero conforme pasan los meses, siguen persistiendo. Mario además, era un bebé que no miraba ni hacía caso cuando pronunciaban su nombre, no jugaba a lo que jugaban el resto de sus compañeros, no buscaba el contacto con las personas cercanas, sus juegos eran repetitivos (dar vueltas a las cosas como pelotas y otros objetos que giran, fijación ante las cosas brillantes o las cosas que dan vueltas).

Todo esto es lo que les acerca a la palabra autismo gracias a su abuelo paterno, que es maestro, y a toda la información que van recabando y preguntando desde el momento que empiezan a sospechar que el niño tiene ese trastorno. Empiezan a ponerse en manos de especialistas y ninguno les da un diagnóstico claro hasta pasados casi tres años.

Después de detectar estos signos de alerta, en el caso de Mario su abuelo, empiezan a insistir al pediatra pero éste veía todo normal, no detectaba ninguna anomalía. Ante la insistencia y ver que no les daban ningún diagnóstico recurren a médicos privados muy especializados en TEA pero ninguno de ellos les da un diagnóstico claro hasta que tiene los 3 años.

Ya en la guardería disponía de un seguimiento a través de un servicio del gobierno de Aragón y en el colegio público le dan los apoyos de los que disponían, tanto la tutora como todos su compañeros se vuelcan mucho con Mario.

La familia atraviesa diferentes etapas cuando reciben el diagnóstico, que son detalladas por los autores Bohórquez, Alonso, Canal, Martín y García (2007). En primer lugar atraviesan un estado de shock, se muestran desorientados ante este trastorno, confundidos y sienten que no tienen el control y no saben qué hacer. Seguidamente se sienten enfadados, buscan otras opiniones de diferentes expertos y profesionales y sufren cada vez más tristeza ante el fracaso de obtener noticias favorables. Pero poco a poco se van adaptando y buscando mucha información para entender y empezar a tomar decisiones e incluso buscar familias que se encuentren en su misma situación. Es entonces, gracias a la orientación de personas externas cuando tiene lugar la aceptación y a partir de la cual se van a buscar intervenciones adecuadas para que se mejore el desarrollo del niño.

Volviendo al tema académico de Mario, tras escolarizarlo durante la etapa de infantil en una escuela pública para favorecer su inclusión en el aula, los padres de Mario vieron que no iba a ser provechoso continuar en primaria y comprendieron y tomaron la decisión de llevarle a un colegio de educación especial. La decisión no fue fácil pero ellos valoraron el primar su evolución en las diferentes áreas del desarrollo de manera más individualizada.

3.4 RELACIÓN CON SUS HERMANOS.

Según Gargiulo (2012) el desarrollo del niño no depende solamente de las características individuales del mismo, sino que influye de gran forma el cómo lo tratan sus padres y familiares, cobra gran importancia el apoyo familiar.

Como he mencionado anteriormente, Mario tiene dos hermanos menores que él y lógicamente no entienden lo que le pasa a su hermano, es difícil hacérselo comprender, siempre preguntan el porqué de su ausencia de habla o el porqué de que a pesar de su edad no realiza las cosas que ellos sí hacen. Interactúan poco con Mario, ya que demanda mucha repetición e insistencia, por

ejemplo, le cantan una canción una o dos veces pero no 25 como él desearía. El problema no es que Mario no quiera jugar con una persona, sino que la utiliza para su satisfacción y en exclusividad, no comparte el juego con más personas. Además le gusta que esté toda la familia junta, porque cuando no están sus hermanos los reclama a través de fotos o yendo hacia la puerta buscando su presencia.

De acuerdo con Plumb (2011) los hermanos de un niño con TEA en ciertos momentos sienten celos ante la gran atención que recibe el niño aunque también sienten cariño y aceptación que acaban convirtiéndose poco a poco en proteccionismo ante su hermano.

La asociación de autismo a la que acuden “AMO” les ayuda a normalizar la situación porque ven más familias con niños con autismo, organizan infinidad de actividades lúdicas y ven que no todo es dramático al formar parte de ella. En esta asociación organizan actividades para fomentar también la relación del niño con TEA con gente que no es de su entorno más cercano, para que salgan del círculo de sus rutinas habituales, por ejemplo poder ir a la piscina e integrarles con un grupo que no son sus compañeros habituales aunque sea un día o dos, o por ejemplo en terapia ocupacional hay sesiones a las que Mario acude con sus dos hermanos, para ver si poco a poco pueden llegar a jugar juntos los tres. Intentan hacer muchas actividades para que le supongan nuevos aprendizajes a Mario.

3.5 METODOLOGÍA UTILIZADA EN SU COLEGIO.

El colegio al que acude Mario es un colegio público de educación especial. Se encuentra en la misma localidad en la que vive Mario, a unos 10 minutos de su casa si se acude en coche y a unos 30 minutos si se va caminando. Se encuentra en un barrio residencial con zonas verdes y de buen acceso. Hay zonas de paseo cercanos y está cerca del centro de la ciudad. Cuenta con cerca de 100 alumnos de 3 a 21 años con afectaciones y características muy diversas: plurideficiencias, TEA y retrasos mentales moderados, graves y profundos. En cuanto a las aulas, la de Mario concretamente cuenta con 4 niños que no se expresan verbalmente. Dos niños están diagnosticados con TEA y los otros dos no.

La metodología que más se utiliza en el aula es la metodología de la que se ha hablado anteriormente, la TEACCH. De acuerdo con Gándara (2007) tanto a Mario como al resto de niños se les anticipa todo tipo de actividades que van a realizar, las rutinas, qué espacios van a utilizar.. El aula está repleta de pictogramas con dibujos para trabajar rutinas, la construcción de frases, los días de la semana, emociones, juegos..., de modo que cada espacio está claramente diferenciado: el rincón de las rutinas (en él se pone la fecha, quién ha acudido a clase o quién falta, el tiempo que hace), el rincón de trabajo individual que como su nombre indica cada niño de forma individual realiza actividades (asociación de colores, identificar parejas, asociar formas, vocabulario diverso...), el rincón de relajación en el que hay una alfombra para que puedan tumbarse después de actividades más movidas y también se utiliza para rincón de juego y por último el rincón de audiovisuales en el que se encuentra un ordenador para ver vídeos, poner canciones...Además de los rincones, se aprovechan las paredes y puertas para llenarlas de pictogramas y gracias a ellos poder construir frases de deseos o parte de las rutinas diarias.

En todos los rincones hay materiales del sistema TEACCH que reúnen las características que mencionaba anteriormente gracias a Tortosa y Guillén (2003) (**ver anexo 3**).

En el centro realizan actividades muy variadas tanto dentro como fuera del mismo, pues quincenalmente hacen salidas como por ejemplo a la biblioteca municipal. Las tareas que realizan diariamente son las siguientes: (**ver anexo 4**)

- Rutinas de entrada: con la ayuda de pictogramas y de la agenda individual de cada alumno se sitúan temporalmente a través del día de la semana, mes, año, la estación y el calendario; se identifica y comunica el tiempo atmosférico (si hay sol, nubes, viento, nieve..) y se identifica la presencia o ausencia de los diferentes compañeros de clase.
- Agenda individual: se realiza la agenda diaria con la secuencia de actividades que se realizan durante la jornada escolar, se anticipa la secuencia de actividades de la jornada escolar y se reconoce y asocia pictogramas con diferentes actividades.

- Cuentos: todos los días después de realizar las tareas de la agenda, se cuenta un cuento (el mismo cada semana). Van variando el uso de cuentos adaptados con pictogramas y cuentos sin adaptar.
- Trabajo individual: a través de materiales TEACCH se realizan actividades para mejorar las habilidades de aprendizaje y favorecer la autonomía en la realización de las mismas. Cada alumno tiene su espacio de trabajo TEACCH y la realización de estas actividades es de ciclo corto.
- Menú: cada día se lee el menú que van a comer en la hora de la comida, los alumnos tienen que reconocer la comida correspondiente y posteriormente deben asociar la comida con el cubierto adecuado.
- Actividades de comunicación y autonomía personal: antes del almuerzo se trabaja la actividad de poner la mesa (colocar el mantel y el plato) y al finalizar cada alumno debe recoger su plato si es necesario con ayuda física, limpiar el mantel y guardarlo. Antes de ir al comedor deberán colocarse las batas, ir al baño y asearse.
- Conceptos básicos: conceptos de cantidad (mucho, poco), conceptos espaciales (dentro, fuera, arriba, abajo) propiedades de los objetos (grande, mediano, pequeño, largo, corto), clasificación de objetos siguiendo un criterio (clasificar por colores, formas y tamaños).
- Grafomotricidad: se trabaja el trazado de líneas horizontales y verticales, picado libre, ensartado y rasgado, garabateo, hacer la pinza, entre otros.
- Proyecto: durante el curso actual trabajan: en el primer trimestre el proyecto del colegio y de manera transversal el otoño, Halloween y la navidad; en el segundo trimestre el proyecto “mi barrio” y de forma transversal el invierno, carnaval y la paz y en el tercer trimestre el proyecto “las tiendas de mi barrio” y transversalmente tratarán la primavera y el verano.
- Educación Física: es importante como se ha mencionado diversas veces la tarea de anticipar las actividades o ejercicios que se van a realizar. Se trabajan muchas veces circuitos con conos, acompañamiento de pelotas o aros hacia un punto

establecido, se realizan diferentes movimientos en colchonetas... Es necesario unos minutos de relajación al finalizar la clase para la vuelta a la calma.

- Relajación: todos los días practican la relajación durante 20 minutos utilizando música clásica dentro del aula.
- Talleres sensoriales: recetas fáciles de cocina, actividades con espejos, objetos luminosos, talleres musicales, juegos de olores y sabores, actividades del esquema corporal, ejercicios con diferentes texturas...
- Salidas fuera del centro: se realiza una salida del centro cada quince días a la biblioteca de la localidad. Está cerca del centro y se pretende que disfruten de salidas que se realizan fuera del entorno escolar.

3.6 USO DE LOS PECS EN EL AULA.

Mario lleva bastante tiempo utilizando en clase el sistema PECS ya que como resaltan Bondy y Frost (2013) facilitan la comunicación en cualquier momento que necesite o desee demandar ciertas cosas. Mario tiene un tablero de comunicación realizado por sus padres en el que aparecen imágenes reales de diferentes temáticas: comida, juegos, familiares. Por lo que la educadora o familiares antes de anticiparse a satisfacer algún deseo dejan que él mismo sea quien señale la imagen que desee y de ese modo reforzarle positivamente. Aunque la educadora entienda el deseo que pide Mario, están trabajando de forma gradual la construcción de frases más complejas, es decir, en lugar de señalar solamente la botella de agua; que tenga que utilizar tres imágenes: yo, quiero y agua. **(Ver anexo 5)**

Además utiliza también una tablet para comunicar sus deseos e intereses pero está obsesionado con youtube e intentan proporcionársela cada vez menos tiempo. Debo destacar uno de sus principales intereses son las canciones, por lo que hay que tener cierto cuidado porque estaría demandando siempre canciones y más canciones y hay que tratar de desviar su interés y motivación hacia cosas diferentes.

3.7 TERAPIA OCUPACIONAL

Mario acude a sesiones de terapia ocupacional de forma individualizada una hora a la semana.

Los objetivos que se pretenden lograr con Mario son objetivos básicos porque lo que se intenta desde un principio es que haga las cosas de manera autónoma. Puede hacer más acciones de las que hace pero la motivación intrínseca de querer aprender no la tiene, es decir, ejecuta las cosas porque alguien quiere que las haga, no porque salga de él hacerlas.

En Terapia Ocupacional trabaja más actividades a través del cuerpo, pues está visto que los niños con TEA perciben el mundo a través de los sentidos de forma diferente. Mario es un niño que necesita tocarlo todo, por ello realizan muchas actividades en las que se prioriza el sentido del tacto y además las canciones porque le encantan. Recabando toda la información que me aporta la profesional, llevan a cabo actividades como:

- Hacer dibujos con espuma de afeitar. Es una de las actividades que más le gustan, por ello la terapeuta la utiliza a modo de recompensa: le demanda una acción previa en la que le tiene que ir a buscar cierto objeto y si lo hace, puede dibujar con espuma sobre la mesa. Trabajan además la motricidad fina, ya que a Mario le cuesta mucho realizar la pinza con las manos, por ello llena la mesa con espuma y coloca objetos con ventosa debiendo coger el que la terapeuta le pide.

Muchas veces la actividad que realizan se convierte en el medio para conseguir ciertos objetivos, no es sólo la actividad como tal el fin.

- Rutinas como lavarse las manos. Mario es un niño al que le encanta el agua, pues se pasaría horas y horas en la piscina o en la bañera, pero la sensación de que le caiga el agua por ejemplo sobre las manos no le gusta nada, la rechaza. Se ha comprobado con el paso de las sesiones que ha mejorado y aceptado esa rutina si le ponen los pies sobre unos “pinchos ” de goma. Su cuerpo se siente más a gusto al recibir información táctil a través de los pies. Ello no quiere decir que se lave las manos solo, pero por lo menos

aguanta la sensación, que es un gran paso para seguir trabajando el hábito de lavárselas hasta conseguir que lo haga de forma autónoma.

- Realizar cualquier actividad de la vida cotidiana con canciones. Como a Mario le encantan las canciones, es otro ejemplo de actividad que se usa para conseguir otro objetivo: aplicar canciones en distintas actividades hace que aumente la motivación de Mario y que logre realizar aquello que le proponen. La terapeuta comenta que no siempre es fácil acertar con la canción que le gusta o que demanda en cada momento, pues en estas sesiones a Mario no le proporcionan la tablet mediante la cual demanda como he nombrado anteriormente la canción que quiere.

- Mantener el equilibrio en un columpio. Como he mencionado en párrafos anteriores, Mario es un niño al que le cuesta bastante mantenerse en pie durante un largo tiempo, pues si por él fuese, estaría casi todo el tiempo tumbado en el suelo. No le suele gustar mucho esta actividad y dura poquito rato, pero de forma gradual la terapeuta va aumentando el tiempo de la misma, y si se cansa pronto, cambia de actividad pero mantiene el mismo objetivo. En este caso la actividad consiste en mantener el equilibrio sobre un monopatín. Se ha visto que con el paso de las sesiones, lo va consiguiendo cada vez mejor.

- Jugar con objetos de diferentes texturas. A Mario le encanta el mundo de las texturas, da una respuesta exagerada ante estos estímulos. Ejemplos de estas actividades son: discriminar colores de pelotas con pinchos, tamaños, andar descalzo sobre diferentes texturas, jugar con plastilina... En este tipo de actividades se logra con creces que mantenga la motivación por la actividad que está realizando y le dedique un tiempo suficiente.

- Juegos para asociar objetos con el ruido que emiten los mismos. Por ejemplo desplegar una alfombra en el suelo que tiene dibujadas carreteras y con coches pequeños tiene que hacer que el coche vaya por la carretera e intentar emitir el sonido del coche “brum,brum” o “pi, pi”. En el caso de Mario cualquier posible sonido ya es válido y gratificante.

En estas clases de forma periódica se hacen actividades con sus dos hermanos para fomentar que todos aprendan a compartir momentos juntos de juego y lleguen en algún momento a hacerlo de forma espontánea tanto en casa como en el parque.

Cabe destacar que en muchas de las sesiones el objetivo principal es que Mario se sienta a gusto y conseguir que se mantenga lo más activo posible durante esa hora, pues hace un año aproximadamente le dan crisis epilépticas y todavía no le han acertado la medicación; por tanto hay días que llega muy cansado y el objetivo es mantenerle activo; otros permanece en el suelo bastante tiempo y lo que se intenta es que se mantenga incorporado, es decir, con Mario no se pueden fijar objetivos muy complicados y se establecen en función de cómo se encuentre ese día.

3.8 EQUINOTERAPIA.

Mario acude a clases de equinoterapia una vez a la semana durante una hora a unos 80 kilómetros de su población.

A través de la equinoterapia, se utiliza el caballo como una herramienta terapéutica para favorecer sobre todo su estimulación vestibular y además aspectos motores, emocionales y sensoriales.

La equinoterapia es una actividad que le gusta mucho a Mario, aunque al principio le costó adaptarse e ir cogiéndole cariño al animal, pues mostraba cierto rechazo al subir al caballo.

Es además una actividad que está muy pautada y si realiza las acciones que la monitora le va ordenando, recibe diferentes recompensas como por ejemplo la de escuchar una canción (cosa que le encanta).

Se realizan actividades de diversos tipos: aprendizaje de rutinas como por ejemplo el cepillado del caballo antes y después de cada sesión, alimentar al caballo, actividades con diferentes objetos como por ejemplo pelotas que deben pasarse al monitor o a algún familiar, realizar paseos por la naturaleza en los que juega un papel importante el aparato vestibular, mostrarle caricias y cariño al animal...

Muchos de los aspectos en los que ha mejorado Mario, coinciden con los que menciona Gross (2002), mencionados anteriormente: la monitora con el paso de las sesiones durante estos años ha visto que se han mejorado diferentes aspectos:

- Aprendizaje y asentamiento de rutinas antes y después de cada clase: cepillado del caballo, acariciarle poco a poco...
- Desarrollo de la fuerza en los diferentes movimientos con el caballo.
- Desarrollo del aparato vestibular para mantener el equilibrio.
- Obediencia ante diferentes órdenes.
- Trato adecuado y positivo al caballo.
- Gusto por la actividad.
- Felicidad al llegar a la clase.
- Respeto a los seres vivos.
- Motivación por escuchar nuevas órdenes.
- Aprendizaje de nuevo vocabulario.

Además, Mario responde a esta terapia de manera parecida a la que expone Cabra (2012), mostrando diferentes mejoras físicas, tales como menor estrés en estas clases haciendo que muestre comportamientos mucho más tranquilos y calmados. Mejoras emocionales y psicológicas, mostrando un mayor interés progresivamente, mayor participación que en las primeras sesiones, aumentando su control y habilidad en las actividades que se le proponen y aportando además bienestar tanto al animal como a Mario e incluso a su familia. En cuanto a la psicomotricidad, caben destacar resultados que señalan Buzo y Pino (2015) pues a lo largo de las sesiones se puede destacar un avance en cuanto a la postura, al equilibrio y a la relajación muscular. Un dato a destacar que comentan los padres es que los días que acude a esta extraescolar duerme mucho más a gusto y descansa mejor, ya que vuelve a casa bastante más relajado que otros días en los que no realiza esta actividad.

Como en el resto de actividades debemos resaltar que dependiendo de cómo se encuentra Mario en cada clase, los objetivos se van a modificar, pues quizás se tienen programadas ciertas actividades y objetivos y se tienen que cambiar porque su estado en ese momento no le va a permitir realizar dichas actividades. Es decir, quizás se ha propuesto por ejemplo realizar actividades lanzando pelotas y lo primero que se debe lograr es que el niño se sienta motivado y despierto porque ha llegado con cansancio a la clase.

3.9 MUSICOTERAPIA.

Siguiendo a Benenzon (2000), la música ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente. En el caso de Mario, sí es así, pues le encanta escuchar música, que le canten canciones y todo lo relacionado con ellas. Acude dos días a la semana a sesiones de musicoterapia de una hora de duración. Estas clases se imparten en su propia localidad por las tardes.

En las sesiones de musicoterapia Mario realiza numerosas actividades, como las que proponía anteriormente Levinson (2000): escuchar canciones que le gustan y golpear un pandero al ritmo de la canción: en este caso imita a la profesional porque no sale de él mismo realizar esa acción de forma autónoma; utilizar diferentes instrumentos musicales mientras se establece un ritmo caminando por el aula, es decir, cuando suena el instrumento tiene que dar pasos y cuando no suena debe permanecer parado. Es tan importante el sonido como el silencio, pues si por Mario fuese, estarían toda la clase escuchando las mismas canciones.

Otra de las actividades que realizan son contar cuentos en los que aparecen instrumentos de modo que se asocie el sonido con el instrumento. Hacen también actividades con la luz apagada en la que juega papel importante el sentido del oído, pues la profesional toca un instrumento y el niño tiene que encontrar dónde está en cada momento; se juega también a asociar gestos con diferentes canciones, como por ejemplo en la canción de los elefantes :”un elefante se balanceaba...” en la que se tiene que mostrar la cantidad de elefantes con los dedos de las manos fomentando así el aprendizaje de contenidos multidisciplinares.

Con el tema de las canciones juegan un papel importante también las emociones y sentimientos, pues otra de las actividades que se realiza es escuchar diferentes canciones o melodías y ver qué reacción o reacciones le causa a Mario. Es importante que sepa expresar si no le gusta, si le gusta, si le enfada, si le pone alegre... En ocasiones coge rabietas cuando escucha canciones que no son de su agrado o que en ese momento no quiere escuchar, pero hay que hacerle entender que no se va a escuchar constantemente las canciones que a él le gustan. Por ello, como en el resto de actividades y tal y como menciona Tortosa y Guillén (2003) es importante la secuenciación y planificación de los ejercicios que se va a realizar a lo largo de cada sesión.

Por lo general en la mayoría de las sesiones de musicoterapia muestra interés y motivación y va a gusto a las clases. Se ha notado evolución con el paso de las sesiones de los tiempos de capacidad de atención, en la extereorización de su gusto por la música, pues sonríe mucho, emite ciertos sonidos cuando las canciones suenan, aplaude. En estas sesiones se muestra bastante expresivo y ha aprendido a controlar la impulsividad en aquellos momentos en los que no se hace lo que él desearía.

4. CONCLUSIÓN

Una de las expectativas que he cumplido con este trabajo ha sido conocer más a fondo el Trastorno del Espectro autista, diferentes autores, metodologías e intervenciones educativas que hacen que estos niños y niñas se sientan mejor tanto con ellos mismos como con los demás y que puedan tener un proceso de enseñanza-aprendizaje adecuado. Esto va a permitir que en un futuro pueda tanto saber identificar niños y niñas que padezcan este trastorno como elegir la metodología y actividades pertinentes para que estos niños puedan estar perfectamente integrados en en aula y para poder atender sus necesidades educativas de la forma más adecuada posible.

Siento por ello que me ha enriquecido como persona, pues en varias de las entrevistas que tuve con los diferentes profesionales cercanos a la vida de Mario para obtener información, me fui con la sensación de que me explicaban cosas que no sabía o me aclararon cosas que no tenía muy claras e incluso en algunas estaba equivocada. Considero además muy importante el trabajo de todas estas profesionales, que han ampliado mi visión frente al TEA. Quizás en un principio sólo te viene a la cabeza el trabajo de la gente del centro de educación especial pero es increíble la cantidad de profesionales que existen alrededor, abriendo diversidad de oportunidades de aprendizajes para fomentar el desarrollo integral de estos niños.

Con este trabajo también me he dado cuenta que acabamos de estudiar el grado sin tener mucha idea de cómo poder ejercer nuestro trabajo en un futuro, es decir, siento que falta mucha más práctica en las aulas con los niños y niñas porque es realmente como se asientan los conocimientos y cómo se aprende realmente: tomando contacto con la realidad de las aulas. Pues en mis prácticas de último curso de atención a la diversidad, partiendo que todos niños son diferentes, no tuve contacto con ningún niño con trastornos ni deficiencias más severas, ni como en este caso, ningún niño o niña con TEA.

En cuanto al caso al que hago referencia, pienso por un lado que Mario pasa mucho más tiempo fuera de casa, haciendo muchas actividades que en su núcleo familiar, pues es muy importante que pase tiempo con sus padres, con sus hermanos, ya que es uno de los puntos débiles del niño, el contacto con su hermanos y con demás personas. Por ello creo que se le estimula quizás demasiado, ya que cuando llega a casa tiene que cenar y acostarse pronto para ir al día siguiente al colegio. A su vez insisto en que los padres y demás familiares están muy involucrados con Mario.

Creo también que el trabajo que realizan en el centro es muy adecuado, pues el niño va muy a gusto a clase, disfruta y aprende muchas cosas en un ambiente cómodo y adecuado a sus necesidades. Por otro lado pienso que aunque las actividades que realiza tienen sus beneficios positivos, hace demasiadas actividades individuales. Quizás se podría probar en un futuro a realizar menos sesiones individuales y comprobar si tienen o no éxito.

Siguiendo en la línea de las mejorías o avances de Mario, está demostrado como he ido mencionando en el estudio de caso que todas esas actividades que realiza Mario son beneficiosas en muchos aspectos para su vida, pero no todos los niños se lo pueden permitir, pues hay que disponer de un alto nivel adquisitivo para poder acudir a las numerosas actividades que él practica, ya que suponen un coste elevado a lo largo del año.

Haciendo referencia a este trabajo en particular, he invertido bastantes horas para la realización del mismo, pues muchos días me pasaba bastante tiempo buscando información y apenas avanzaba en la redacción. En algunos momentos me he venido también abajo pensando no llego, no lo voy a acabar nunca, pero gracias a todas las personas de mi alrededor, a mi esfuerzo y por supuesto al apoyo de mi tutora, que aprovecho para darle las gracias, puedo decir que lo he conseguido terminar y me siento satisfecha del mismo.

En resumen, me quedo con todo lo positivo que me ha supuesto realizar este trabajo, con todas las cosas que he aprendido para poder llevar a cabo en un futuro una enseñanza adecuada a las necesidades individuales de los alumnos y con las personas tan atentas y simpáticas que han aportado un rato de su tiempo para ayudarme, algunas de ellas sin conocerme de nada, que han hecho que haya podido llevar este trabajo adelante.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Álvarez, L (1996). El autismo: evaluación e intervención. *Aula abierta*, 67, 31-50

American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Washington: APA.

Artigas, J. Y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 115.

Asociación Navarra de Autismo (2017). Protocolo para la detección del diagnóstico y la intervención de niños y niñas con sospecha de TEA. Consultado el día 27 de Abril de 2019. Recuperado de <http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2017/01/Protocolo-TEA-de-0-a-3-a%C3%B1os.pdf>

Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Canarias. Consultado el 1 de Octubre de 2018. Recuperado de <http://apto.ca.org/terapia-ocupacional/que-es-la-terapia-ocupacional-2/>.

Autismo diario. La simpleza de lo cotidiano en terapia ocupacional. Consultado el 15 de Noviembre de 2018. Recuperado de <http://autismodiario.org/2025/04/25/la-simpleza-de-lo-cotidiano-en-terapia-ocupacional/>

Autismo diario. Terapias asistidas con animales. Consultado el 15 de Octubre de 2018. Recuperado de <http://autismodiario.org/2013/06/25/las-terapias-asistidas-con-caballos-un-enfoque-psicopedagógico/>.

Basil, C., y Boix, J. (2010). *Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. Barcelona: Masson.

Basil, C., y Rossell, C. (2006). Recursos y sistemas alternativos/ aumentativos de comunicación. *Enciclopedia temática de logopedia*. Málaga: Aljibe.

Benenzon, R (2000). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Benito, M (2011). El autismo de Leo Kanner. Innovación y experiencias educativas, 38, 1-8.

Bohórquez, D.M., Alonso, J.R., Canal, R., Martín, M.V. Y García, P (2009) Un niño con autismo en la familia. Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Bouzo, S. Y Pino, M. R. (2015). Impacto de un programa de equitación terapéutica en la mejora de la psicomotricidad de niños autistas. Revista de estudios e investigación en psicología y educación. 11, A11-081.

Cabodevilla, C., Monje, A., de los Arcos, M., Ulibarri, M., Guinea, A. Y Aguilera, S (2017). Protocolo para la detección, el diagnóstico y la intervención de niños y niñas con sospecha de trastorno del espectro autista.

Cabra, C.A (2012). Terapia asistida con animales. Efectos positivos en la salud humana. Journal of Agriculture and Animal Sciences 2, 32-44.

Calleja, M., Sanz, P., y Tárraga, R (2016). Efectividad de la musicoterapia en el trastorno del espectro autista. Papeles del psicólogo, 37, 1-15.

Caudet, F. (2002). Equinoterapia: el caballo mucho más que un amigo. Barcelona: Astri.

Carrascón, C. Señales de alerta de los trastornos del espectro autista citado en AEP Curso de Actualización Pediatría (2016). Madrid: Lúa ediciones. 30, 95-8.

Confederación de Autismo en España. Consultado el 3 de julio de 2018. Recuperado de <http://www.autismo.org.es>.

Colegio de Educación Especial “La alegría” de Monzón. Consultado el 9 de Enero de 2018. Recuperado de <http://www.educateca.com/centros/cee-alegria-monzon.asp>.

Coto, M (2007). Autismo infantil: el estado de la cuestión. Revista de ciencias sociales, 116, 169-180.

Cuxart, F (2000). El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos. Málaga: Aljibe.

Eslava, J (s.f). La musicoterapia en las patologías del desarrollo. Instituto Colombiano de Neurociencias.

Fierro, M.J., Fierro, S.G., Aguinaga, L. B., (20018). La equinoterapia en niños con trastornos del espectro autista. Revista Científica Mundo de la Investigación y el conocimiento, 2, 650-665.

Gándara, C (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación con personas con autismo: TEACCH. Logopedia, foniatría y audiología. Grupo Ars XXI de comunicación, 27, 173-186.

Gargiulo, R. (2012). Special education in contemporary society. An introduction to exceptionality. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson learning.

Garrabé, J (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. Salud mental, 35, 257-261.

Gross, E. (2006). Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo. México: Trillas.

Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental (2008). Madrid: S.L.U. Cogesin

Jauset, J.A. (2009). La musicoterapia. Barcelona: UOC.

Kern, P (2010). Musicoterapia con niños pequeños con TEA y sus familias para una mejor calidad de vida. Música, musicoterapia y discapacidad, London, NY: Jessica Kingsley.

Larripa, M. y Erausquin, C. (2010). Prácticas de escolarización y trastornos del espectro autista: herramientas y desafíos para la construcción de escenarios escolares inclusivos. Revista Anuario de Investigaciones ,17, Buenos Aires.

Leivinson, C (2006) Resonando... Ecos, matices y disonancias en la práctica musicoterapéutica. Buenos Aires, Argentina: Nobuko.

Macías, F. (2018). ¿Qué es el autismo?. Consultado el 8 de Abril de 2019. Recuperado de <https://queeselautismo.com/hipoterapia-y-autismo/>

Martos, J. (2016). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Rev Neurol* 42, 99-101. Madrid.

Morales, P., Domenech-Llaberia, E., Jane, M. Y Canals, J. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among Spanish school-age children. *Autism dev disord*, 48, 3176-90.

Mulas, F., Ros, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., Téllez, M. (2010) Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología*, 50, 77-84.

Pérez, M. (2010). La musicoterapia. *Revista de innovación y experiencias educativas*, 33, 1-11.

Plumb, J. C. (2011). The impact of social support and family serilience on parental stress in families with a child diagnosed with austism spectrum disorder. Pennsylvania: University of Pennsylvania.

Polonio, B (2002). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Panamericana.

Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y alternativa. Consultado el 5 de noviembre de 2018. Recuperado de <http://www.arasaac.org/aac.php>

Riviére, A. Y Belinchón, M. (2001). *Lenguaje y autismo. Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Buenos Aires: Fundec.

Riviére, A. Y Martos, J. (2001). *El tratamiento del autismo, nuevas perspectivas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Soria, G., Duque, P., García. J.M.(2011) *Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento muscial*. *Neurología*, 53, 739-746.

Tortosa, N. Y Gillen, C. (2003). *TEACCH más que un programa para la comunicación*. Consultado el 4 de mayo de 2019. Recuperado de <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/TECNOLOGIA%20EDUCATIVA/TEACCH>

Estrategias de intervención y terapéuticas para niños con TEA. Estudio de caso.

[/TEACCH%20mas%20que%20un%20programa%20de%20comunicacion%20-%20Tortosa%20y%20Guillen%20-%20articulo.pdf](#)

Vargas, M. Y Navas, W. (2012) Autismo infantil. Revista cúpula, 26, 44-58.

ANEXOS.

ANEXO 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

A1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional; por ejemplo:

- Acercamiento social anormal
- Fracaso en la conversación normal en ambos sentidos
- Disminución en intereses, emociones o afectos compartidos
- Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales

A2. Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; por ejemplo:

- Comunicación verbal y no verbal poco integrada
- Anormalidad en el contacto visual y del lenguaje corporal
- Deficiencias en la comprensión y el uso de gestos
- Falta total de expresión facial y de comunicación no verbal

A3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones; por ejemplo:

- Dificultad para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales.
- Dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos.
- Ausencia de interés por las otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos)

B1. Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva; por ejemplo:

- Estereotipias motrices simples
- Alineación de juguetes
- Cambio de lugar de los objetos
- Ecolalia
- Frases idiosincráticas

B.2 Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal; por ejemplo:

- Elevada angustia ante pequeños cambios
- Dificultades con las transiciones
- Patrones de pensamiento rígidos
- Rituales de saludo
- Necesidad de seguir siempre la misma ruta o de comer los mismos alimentos cada día.

B3. Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere; por ejemplo:

- Fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales
- Intereses excesivamente circunscritos y perseverantes

B.4 Híper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno; por ejemplo:

- Aparente indiferencia al dolor/temperatura
- Respuesta adversa a sonidos y texturas específicas
- Oler o tocar excesivamente objetos
- Fascinación visual con luces o movimientos

C. Los síntomas tienen que manifestarse en el periodo de desarrollo temprano. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasen sus limitadas capacidades. Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

D. Los síntomas causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en otras importantes para el funcionamiento habitual.

E. Las alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo.

ANEXO 2 ENTREVISTAS

ENTREVISTA A LOS PADRES:

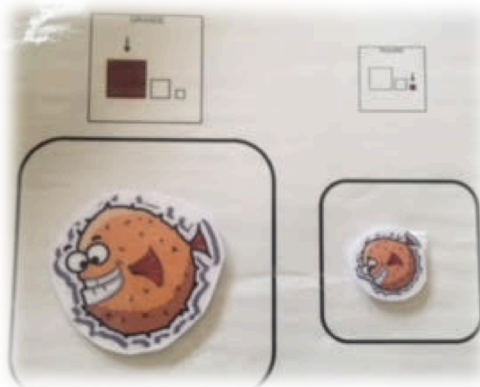
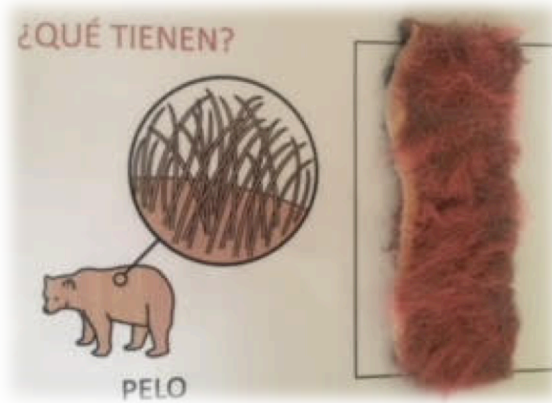
1. Edad del niño
2. Edad a la que se le diagnosticó el TEA
3. Signos de alerta
4. Grado de autismo
5. ¿Cómo reaccionasteis ante su diagnóstico?
6. ¿Cómo lleváis a cabo la intervención?
7. ¿Cómo es el día a día con Mateo?
8. ¿Está escolarizado en centro ordinario o especial?
9. Relación con sus hermanos
10. ¿Cómo es su comunicación?
11. Actividades fuera del centro
12. ¿Qué es el autismo para ti?
13. ¿Piensas que es buena idea escolarizar al niño con tea en la escuela ordinaria?

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES.





























1. Periodo de duración de las clases.
2. Explicación de un ejemplo de sesión.
3. Actividades que realizan.
4. Comportamiento de Mario y su evolución con el paso de las sesiones.
5. Materiales con los que trabajan.
6. Cómo fue la adaptación cuando empezó esa actividad.

7. Posibles variables de las clases en un futuro.
8. Cómo se siente Mario en las sesiones.
9. Si deja de prestar atención, cómo se consigue recuperarla.
10. Cómo trabaja la comunicación con Mario.
11. Aspectos a destacar a lo largo de su experiencia y trato con Mario.

ANEXO 3 MATERIALES SISTEMA TEACCH.



ANEXO 4 HORARIO

HORAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
10-10.45	Rutinas de entrada 	Rutinas de entrada 	Rutinas de entrada 	Rutinas de entrada 	Rutinas de entrada 
10.45 11.30	Comunicación y Autonomía personal.     	Salida biblioteca Monzón. (Quincenalmente)   	Comunicación y Autonomía personal   	Psicomotricidad   	Comunicación y Autonomía personal   
11.30-12	RECREO	RECREO	RECREO	RECREO	RECREO
12-13	Música 	Música 	Cuento. Biblioteca Cole. 	Proyecto.	Taller de arte.
15-16	Ed. Física 	Relajación  Grafomotricidad ad. Conceptos básicos.	Ed. Física 	Relajación Taller sensorial.	Relajación. Taller de arte.
16-17	Sala multisensorial.	Proyecto.	Grafomotricidad. Conceptos básicos.	Taller sensorial.	Taller de arte.

ANEXO 5 PECS.

