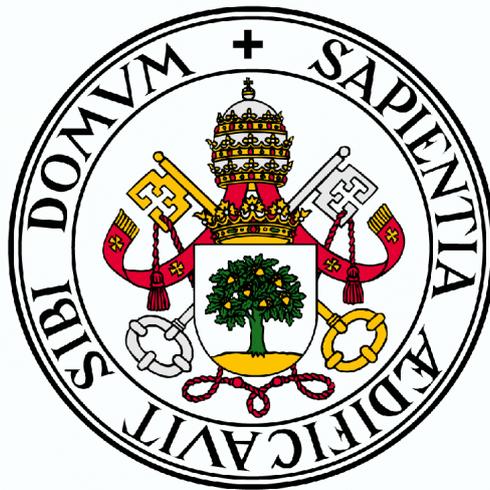


UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO FIN DE GRADO



Grado en Educación Social

**Atención Temprana en niños/as con
Trastorno del Espectro Autista:
Propuesta de un Programa de
Intervención desde la Educación Social**

Autora:

Ángela Castrodeza Babón

Tutora:

Julia Alonso García

JUNIO 2018

“La calidad de vida de una persona con autismo depende del conocimiento que la sociedad tenga de esta”

(THEO PEETERS)

Nota de estilo

Durante la redacción de este trabajo se ha utilizado un lenguaje inclusivo, haciendo referencia a ambos sexos, sin embargo en ciertos casos se ha empleado el genérico masculino, para hacer más fácil su lectura sin ello significar la exclusión del femenino.

RESUMEN

El presente trabajo aborda los aspectos más teóricos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) como su origen, características, etiología o prevalencia y expone como es el proceso de detección, evidenciando las dificultades y la importancia de realizarlo lo más rápidamente posible.

Además, a través de un estudio comparativo, pretende conocer que habilidades presentan un mayor grado de estimulación en los programas de intervención psicoeducativos realizados en Atención Temprana, para poder compensar y optimizar aquellas competencias que pueden llegar a manifestar carencias.

Finalmente, siendo la falta de apoyo en el conocimiento y expresión emocional de los niños/as con TEA la principal carencia encontrada, se diseña y elabora una propuesta de un programa de intervención para intentar solventar dicha necesidad y facilitar un buen desarrollo global.

PALABRAS CLAVE

Trastorno del Espectro Autista (TEA), detección, Atención Temprana, programas de intervención psicoeducativos, propuesta de un programa de intervención.

ABSTRACT

The present work addresses the most theoretical aspects of Autism Spectrum Disorder (ASD) as its origin, characteristics, etiology or prevalence and exposes the detection process, showing the difficulties and the importance of doing it as quickly as possible.

In addition, with a comparative study, it aims to know what skills have a greater degree of stimulation in the programs of intervention psychoeducational in early care, in order to compensate and optimize those competences that can manifest any lackl.

Finally, being the lack of support in the knowledge and emotional expression of the children with ASD the main lack found, is designed and elaborates a proposal of an intervention program to try to solve this necessity and to facilitate a good global development.

KEY WORDS

Autism spectrum disorder (ASD), detection, early care, psychoeducational intervention programs, proposal for an intervention program.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS.....	7
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
4.1 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	10
4.1.1 Evolución histórica.....	10
4.1.2 Definición y características.....	11
4.1.3 Sistemas de clasificación internacional: DSM-V, CIE-11.....	13
4.1.4 Etiología.....	16
4.1.5 Prevalencia.....	19
4.2 DETECCIÓN PRECOZ Y DIAGNÓSTICO	20
4.2.1 Importancia y dificultades.....	20
4.2.2 Signos de evidencia.....	21
4.2.3 Niveles y pruebas durante el proceso de detección.....	23
4.3 ATENCIÓN TEMPRANA (AT)	28
4.3.1 Evolución y concepto.....	28
4.3.2 Principios básicos y fines.....	29
4.3.3 Población susceptible de AT.....	30
4.3.3 Niveles de intervención y ámbitos de actuación.....	31
4.3.5 AT en niños/as con TEA.....	34
4.3.6 Estudio comparativo.....	36
5. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	41
5.1 JUSTIFICACIÓN.....	41
5.2 OBJETIVOS	42
5.3 DESTINATARIOS.....	42
5.4 METODOLOGÍA.....	42
5.5 RECURSOS	45
5.6 CONTENIDOS	45
5.7 TEMPORALIZACIÓN	47
6. PROPUESTA DE UN PROGRAMA INTERVENCIÓN	49
6.1 ACTIVIDADES	49
6.4 EVALUACIÓN.....	65

8. CONCLUSIONES	66
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
10. ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Grados de gravedad del TEA.....	14
Tabla 2: Signos de alarma del TEA.....	23
Tabla 3: Niveles y sectores de actuación en AT.....	33
Tabla 4: Modelos de intervención.....	36
Tabla 5: Análisis de las Intervenciones Psicoeducativas.....	39
Tabla 6: Cronograma de actividades.....	48
Tabla 7: Cuestionario.....	75
Tabla 8: Hoja de observación.....	89
Tabla 9: Evaluación final.....	90
Figura 1: Conceptualización del TEA como continuo o dimensión.....	15
Figura 2: Posibles causas del TEA.....	18
Figura 3: Algoritmo de detección del TEA.....	26
Figura 4: Análisis de las Intervenciones Psicoeducativas.....	40

1. INTRODUCCIÓN

En el momento que nace un niño o una niña, se comienza un proceso de desarrollo complejo, continuo e incluso irreversible que se sustenta en la evolución bio-psico-social y es consecuencia directa de la interacción entre los factores genéticos y ambientales. Durante este cambio progresivo y dinámico, se van adquiriendo diferentes funciones como por ejemplo el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal y la interacción social, por lo tanto, los primeros años de vida componen una etapa fundamental en la existencia de todo ser humano.

El TEA que se caracteriza por tener sus primeras manifestaciones en la infancia, presenta afectaciones en la comunicación e interacción social, además de patrones repetitivos y restrictivos en la conducta que pueden impedir un adecuado desarrollo personal y social. Multitud de investigaciones evidencian la necesidad de una detección precoz que genere la posibilidad de estimular y reforzar las alteraciones existentes a través de programas de intervención.

Durante las siguientes páginas se estudian las características de este trastorno que, a lo largo de los años, demuestra un mayor número de prevalencia entre la población. Aún no es posible determinar la causa principal que genera la aparición del TEA, sin embargo los estudios y análisis siguen aumentando para poder conocer el origen que ocasiona su manifestación. Conocer las causas subyacentes, posibilita una detección más rápida y por lo tanto, hace posible la instauración de soluciones localizadas y con certezas de mejora en las intervenciones.

Por consiguiente, con este trabajo se pretende realizar una propuesta de un programa de intervención para niños/as que estén diagnosticados con TEA y llevada a cabo por profesionales de la educación social, por lo que debe estar incluida en la AT impartida desde los servicios sociales. Concretamente el objetivo a tratar durante la propuesta será la expresión y conocimiento emocional, debido a la menor relevancia que se le concede frente a la adquisición de otras habilidades.

Los modelos de intervención empleados durante la AT, en niños/as que adquieren un diagnóstico de TEA, configuran una metodología de trabajo realmente importante que marcará su pronóstico en las futuras etapas de su vida. Deben estar adecuados a las características personales y fomentar en lo máximo posible un verdadero progreso integral.

2. OBJETIVOS

Los objetivos generales están relacionados entre sí y son los siguientes:

- Identificar que habilidades presentan una menor potenciación en los programas psicoeducativos realizados para niños/as con TEA en AT.
- Exponer una propuesta de un programa de intervención que compense las competencias que muestren carencias.

Por otra parte, los objetivos específicos son:

- Analizar la bibliografía referente al TEA, para definir y especificar los aspectos más básicos y conceptuales.
- Detallar el procedimiento empleado para detectar y diagnosticar el TEA.
- Especificar los contenidos que sustentan el concepto de AT.
- Mostrar los niveles de intervención y ámbitos de actuación establecidos en AT.
- Clasificar los programas de intervención empleados en niños/as diagnosticados con TEA.

3. JUSTIFICACIÓN

La finalidad de este trabajo reside en analizar y comparar las intervenciones psicoeducativas de AT empleadas en niños/as con TEA, con el fin de conocer que habilidades se trabajan y se estimulan en una mayor proporción. Además de ello, se crea una nueva propuesta de intervención donde trabajar las competencias que menos se ocupan, siendo concretamente el conocimiento y expresión emocional. El por qué de la elección de este tema, radica en la importancia de conocer como es la forma de detectar el TEA y como es la posterior intervención. A día de hoy por distintas razones, sigue aumentando el número personas que son diagnosticados con este trastorno, por lo tanto como futuros profesionales de la educación social, que pueden trabajar dentro de los servicios sociales, es necesario un personal que esté informado y concienciado con este colectivo.

Una educadora o educador social en su desempeño laboral tiene como propósito principal potenciar el desarrollo de personas o grupos que se encuentran en una posición de desprotección o vulnerabilidad. A través de la consecución de unos objetivos previamente planificados en relación a un usuario, se fomenta su inclusión en la comunidad. Al igual que todo ello es nuestra competencia primordial, también se efectúan otras ocupaciones entre las que se encuentran la protección, la intervención, la atención o el cuidado, además de establecer conexiones con los profesionales que participan en el mismo proceso de actuación. Todo ello respalda la elaboración de este trabajo en base a las tareas ejecutadas por los expertos de la educación social.

Asimismo, con la temática elegida para este trabajo, se justifica la adquisición de ciertas competencias de carácter general (divididas en instrumentales, interpersonales y sistemáticas), y otras más específicas, expuestas en la Guía referente al Grado de Educación Social (2018):

- ***Competencias generales:***

Para recopilar y exponer información relacionada con el TEA, es necesario analizar, seleccionar y organizar que es útil para este trabajo, además de utilizar debidamente las tecnologías de la información y la comunicación para acceder a nuevos conocimientos. Con ello se justifica la adquisición de las competencias instrumentales **G1.**(Capacidad de análisis y síntesis), **G2.**(Organización y planificación), **G3.**(Comunicación oral y escrita en la lengua materna), **G5.**(Utilización de las TIC en el ámbito de estudio y contexto profesional) y **G6.** (Gestión de la información).

Al ser una nueva propuesta de intervención dirigida a niños/as diagnosticados con TEA que intenta solventar ciertas carencias en las ya existentes, es imprescindible conocer que otros modelos son utilizados y sacar ciertas conclusiones después su análisis. Además una vez diseñado el programa y desarrollado sus partes, es inevitable establecer una evaluación de acuerdo a los parámetros planteados que se desean conseguir con la implantación del programa. La competencia interpersonal que evidencia lo anterior es la **G8**. (Capacidad crítica y autocrítica), además de las competencias sistemáticas **G13**. (Autonomía del aprendizaje, **G15**. (Creatividad), **G19**. (Compromiso con la identidad, desarrollo y ética profesional) y **G20**. (Gestión por procesos con indicadores de calidad).

- **Competencias específicas:** En la redacción del trabajo de forma más concreta, se constatan la relación con las siguientes competencias específicas:

E1. (Comprender los referentes teóricos, históricos, culturales, comparados, políticos, ambientales y legales que constituyen al ser humano como protagonista de la educación), **E2**. (Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional), **E3**. (Comprender la trayectoria de la Educación Social y la configuración de su campo e identidad profesional), **E4**. (Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas), **E5**. (Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos en las modalidades presenciales y virtuales), **E7**.(Elaborar y gestionar medios y recursos para la intervención socioeducativa), **E8**. (Aplicar metodologías específicas de la acción socioeducativa), **E13**. (Diseñar e implementar procesos de evaluación de programas y estrategias de intervención socioeducativa en diversos contextos), **E19**. (Realizar estudios prospectivos y evaluativos sobre características, necesidades y demandas socioeducativas. En particular, saber manejar fuentes y datos que le permitan un mejor conocimiento del entorno y el público objetivo para ponerlos al servicio de los proyectos de educación social), **E23**. (Conocer los factores biológicos y ambientales que afectan a los procesos socioeducativos), **E24**. (Conocer las características fundamentales de los entornos sociales y laborales de intervención), **E26**. (Conocer la teoría y la metodología para la evaluación en intervención), **E27**. (Diseñar, utilizar y evaluar los medios didácticos en la intervención socioeducativa) y **E37**. (Producir medios y recursos para la intervención socio educativa).

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

4.1.1 Evolución histórica.

A lo largo de los años, el término “*autismo*” ha sido objeto de controvertidos debates por multitud de autores. Esto demuestra que estamos ante un concepto dinámico sujeto no solo a diversas interpretaciones, si no a teorías muy radicales enfrentadas unas con otras. Para llegar al actual concepto conocido como “*trastorno del espectro autista*” (TEA), ha habido una notable y trascendente evolución.

Por primera vez en **1911**, el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler utilizó el término “*autismo*” en la literatura médica para referirse a la pérdida de contacto con la realidad y a la dificultad para comunicarse con el entorno, relacionándolo con la esquizofrenia. (Artigas-Pallarès y Paula, 2012 p.569). En la misma línea, en **1923**, el psicólogo Carl Gustav Jung “introdujo los conceptos de personalidad extravertida e introvertida, ampliando el enfoque psicoanalítico de Sigmund Freud (...) definiendo a la persona con autismo como un ser profundamente introvertido, orientado hacia el mundo interior” (Artigas-Pallarès y Paula, 2012 p.569).

Fue en **1943** cuando el psiquiatra austriaco Leo Kanner con su artículo “*Autistic disturbances of affective contact*” (Trastornos autistas del contacto afectivo), estudió y describió los casos de 11 niños (8 chicos y 3 chicas) que presentaban unas “diferencias individuales en el grado del trastorno, en la manifestación de rasgos específicos, en el entorno familiar y en su evolución en el curso de los años (...) pero con una serie de características comunes esenciales” (Kanner, 1943, p.30). El desorden fundamental que compartían era “su incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de su vida” (Kanner, 1943, p.30). Con ello descartó conexión alguna con la esquizofrenia u otros trastornos identificados.

Un año después y sin conocer los escritos de L.Kanner, en **1944**, el también psiquiatra austriaco Hans Asperger en su publicación “*Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter*” (Psicopatía autística de la infancia) empleó el término *psicopatía autista* para denominar a 4 niños que mostraban un patrón de conducta caracterizado por una “reducida habilidad para la interacción y las relaciones sociales que afectaba solo al sexo masculino, a la vez que presentaban peculiaridades a la hora de utilizar el lenguaje e intereses muy marcados en temas determinados” (Hortal, 2014, p. 24).

En torno a **1979**, aparecieron las doctoras Judith Gould y Lorna Wing, que con sus análisis identificaron pacientes con el “patrón típico descrito por Kanner, pero también pacientes que mostraban en mayor o menor grado la *triada* de problemas en la *interacción social, comunicación e imaginación*, asociado a un *patrón de conductas rígidas y repetitivas*” (Artigas-Pallarès y Paula, 2012 p.583).

Lorna Wing, además de establecer la previamente mencionada “*Triada de Wing*” como instrumento de diagnóstico, en **1981** tradujo al inglés el artículo “*El Síndrome de Asperger: un relato clínico*” de H. Asperger. A ella se le atribuye la utilización por primera vez de la categorización “*síndrome de Asperger*” y la creación del término “*trastornos del espectro autista (TEA)*”. Estableció un *continuum*, siendo el *autismo clásico* un trastorno con un grado de afectación más profundo, respondiendo a las características de Kanner y el *síndrome de Asperger* un trastorno con alteraciones más leves, relacionado con la descripción de Asperger. (Hortal, 2014, p. 25).

Finalmente, es relevante destacar la figura de la psicóloga Uta Frith por traducir de forma completa en **1991** los trabajos de H. Asperger, de formular diversas teorías explicativas, además de publicar su libro “*Autismo. Hacia una explicación del enigma*” en **1992**.

4.1.2 Definición y características.

Actualmente, el término de *Trastorno del Espectro Autista (TEA)* se define como: “un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por las dificultades en la comunicación social y los comportamientos e intereses restringidos y estereotipados” (Menéndez y Greif, 2017, p. 199).

Una interpretación del TEA descrito de forma más completa podría ser la elaborada por Hervás, Balmaña y Salgado (2017):

Es un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico e inicio en la infancia, que afecta al desarrollo de la comunicación social, como de la conducta, con la presencia de comportamientos e intereses repetitivos y restringidos. Presenta una evolución crónica, con diferentes grados de afectación, adaptación funcional y funcionamiento en el área del lenguaje y desarrollo intelectual, según el caso y momento evolutivo (p.92).

Los niños/as que poseen un diagnóstico de TEA comparten unas particularidades que provocan dificultades en su vida diaria. Ciertas dimensiones pueden verse afectadas pero cuales y a qué

nivel, dependen de las características individuales. De forma general, siguiendo la nueva definición diagnóstica del **DSM-V** (2013), donde en el próximo subpunto será explicada, muestran déficits en:

- Comunicación e interacción social.
- Conductas, actividades e intereses repetitivos y restringidos.

Para entender de forma más concreta y explicativa sus *características*, es necesario centrarse en los impedimentos que derivan de los previos déficits nombrados. Los siguientes razonamientos serán parafraseados según los comentarios de Hortal, 2014:

- Para los niños/as con TEA es ***difícil atribuir pensamientos, deseos, sentimientos, intenciones o metas***, por lo que supone un obstáculo para comprender las interacciones con los demás. Esto genera alteraciones en el comportamiento y en la comunicación, provocando sentimientos de angustia e incomprensión. Esto se conoce como *Teoría de la Mente*, que explica ineptitud de predecir la conducta de las otras personas.
- Las dificultades de la socialización están relacionadas con las deficiencias en el funcionamiento de las neuronas espejo vinculadas con dos de los mecanismos sociales más importantes como la ***empatía y la imitación***. Al no interpretar gestos y expresiones, todo lo que les rodea parece ser sorprendente e imprevisto. Tienden a interesarse más en los detalles de objetos en vez de descifrar que transmite y anuncia una persona a través de su mirada. Además presentan problemas en la comprensión de normas sociales.
- La ***integración sensorial*** que permite interpretar y organizar las sensaciones supone un gran reto. Procesan las informaciones que perciben y los estímulos con diferente intensidad, mostrando hipersensibilidad o hipersensibilidad:

- La ***hipersensibilidad*** se puede entender siguiendo las palabras Hortal (2014):

Muchos niños muestran una sensibilidad mayor en las experiencias sensoriales, que puede ser auditiva, olfativa, táctil, gustativa y visual. Esta hipersensibilidad explica como el entorno, con sus estímulos, le resulta muchas veces caótico y descontrolado, y por ello buscan la paz y la seguridad en la realización de determinados rituales, movimientos repetitivos o acciones con un orden concreto y preestablecido. (p.44).

- Por otra parte la **hiposensibilidad**, sería lo contrario a lo anterior, es decir que pueden manifestar una menor sensibilidad en la percepción de sensaciones presentando incluso una baja tolerancia al dolor o una necesidad constante de estimulación sensorial.
- Conseguir ordenar, agrupar o categorizar ciertos elementos en base a unos criterios como colores o tamaños, es lo que se conoce como pensamiento concreto. El procesamiento de la información es diferente en ellos, por lo que es complicado conocer lo que les rodea y pensar en ello estableciendo una relación en base a sus sentidos. Esto significa que presentan serias **dificultades en pasar de un pensamiento concreto a uno abstracto** haciendo que sea más complejo entender el mundo.
- La **atención conjunta** se encuentra alterada al no poder compartir interés en el mismo objeto o actividad con otra persona, e incluso en el **juego simbólico** tienen impedimentos, ya que no son capaces de relacionar elementos con sus acciones metafóricas.
- En los seres humanos el **funcionamiento ejecutivo**, tal y como afirma Hortal (2014), es: “la capacidad de la mente para llevar a cabo las acciones necesarias para “mantener la mente” en la tarea dada: mantener la atención, controlar los impulsos, evitar las distracciones, planificar, solucionar los problemas, tener pensamiento flexible y autocontrol.” (p.47). Esta explicación nos podría ayudar a entender porque son incapaces de inhibir sus impulsos, su **inflexibilidad** y su dificultad a la hora de adaptarse a los cambios, e incluso organizarse y planificar.

4.1.3 Sistemas de clasificación internacional: DSM-V, CIE-11.

Además de intentar configurar una definición terminológica común del *autismo* a lo largo de los años, también se ha clasificado en función de las características y la sintomatología que presenta para establecer un dictamen.

Existen dos sistemas de clasificación diagnóstica estándar como son el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)** establecido por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) y la **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)** desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El **DSM** actualmente vigente y más reciente establecido por la APA el 22 de mayo de 2013, corresponde a su quinta versión (**DSM-V**). La categoría de “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TDG) de la versión anterior de 2000 (DSM-IV-TR) implicaba cinco subtipos de

autismo: Trastorno Autista, Síndrome de Asperger, Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado, Trastorno Desintegrativo infantil y Síndrome de Rett.

Con este nuevo manual diagnóstico se sustituye TDG por “Trastorno del Espectro Autista” (TEA), incluyéndolo dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo. La categoría de los “TEA” conlleva los subtipos:

- Trastorno Autista
- Síndrome de Asperger
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado
- Trastorno Desintegrativo infantil.

Excluyendo:

- Síndrome de Rett

(Vivanti y Pagetti, 2014)

En cuanto a los grados o niveles del TEA, no se establecen distinción entre los subtipos, concretamente el “DSM 5 propone *tres niveles de gravedad*, definidos cada uno de ellos por la necesidad de apoyo que tenga la persona para su funcionamiento diario” (Palomo, 2018). Se establecen en relación a los criterios de comunicación social y comportamientos restringidos:

<i>Grados de gravedad del TEA</i>	<i>Comunicación social</i>	<i>Comportamientos restringidos y repetitivos</i>
<u>Grado 1 “Necesita ayuda”</u>	Sin apoyo in situ, aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia significativa en, al menos, un contexto
<u>Grado 2 “Necesita ayuda notable”</u>	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
<u>Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”</u>	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención

Tabla 1: Grados de gravedad del TEA.

Fuente: Hervás, Balmaña y Salgado, 2017, p. 94.

La nueva conceptualización que existe ha ido evolucionando desde una concepción categorial bajo la denominación de TGD, a una concepción dimensional con el término de TEA. La terminología de “espectro” implica la noción de un “continuo” y no una categoría, por lo que se alteran un conjunto de capacidades sociales, comunicativas y simbólicas. Así pues, su cuadro clínico no es uniforme y su presentación “oscila en un espectro de mayor a menor afectación, pudiendo variar con el tiempo y verse influido por factores como el grado de capacidad intelectual o el acceso a apoyos especializados” (Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 366).

En la siguiente figura se muestra la *nueva conceptualización* del TEA siguiendo los estándares del DSM-V:

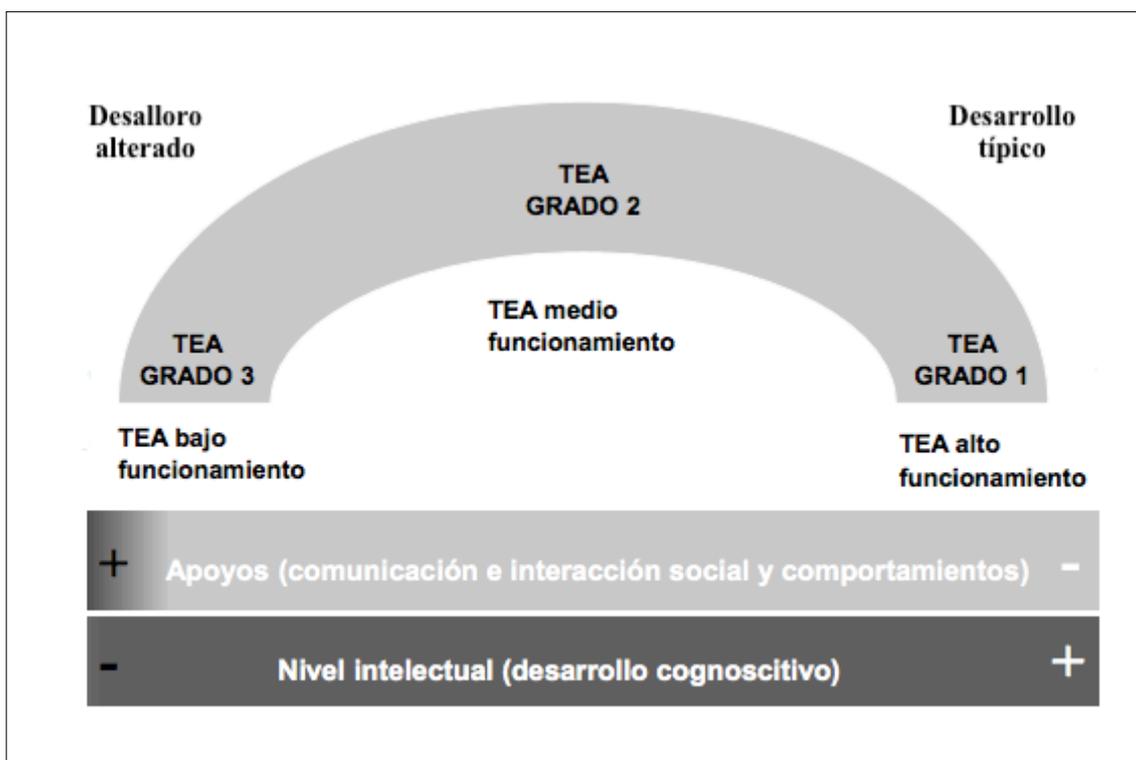


Figura 1: Conceptualización del TEA como continuo o dimensión

Fuente: Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 366.

En cuanto al *CIE*, la versión más actual es **CIE-11** publicada en mayo de 2018 y supone una nueva distribución más acorde a los criterios del DSM-V. En el CIE-10, se debía acceder a los “Trastornos Mentales y de Comportamiento” (F01-F-99), para llegar a los “Trastornos Generalizados y Específicos del Desarrollo” (F80-F89). En este apartado encontramos los “Trastornos generalizados del Desarrollo” (F84), donde se clasifican dentro del mismo: F84.0 - Trastorno autista; F84.2 - Síndrome de Rett; F84.3 - Otro tipo de trastorno desintegrativo infantil; F84.5 - Síndrome de Asperger ; F84.8 - Otros trastornos generalizados del desarrollo y F84.9 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Según Orellana (2017), en el CIE-11, el TEA queda englobado dentro de los Trastornos del comportamiento y el neurodesarrollo, lo que significa que quedan referidos al neurodesarrollo y no al conjunto de los Trastornos Mentales. Los Trastornos del Neurodesarrollo corresponden a un conjunto de trastornos que presentan las siguientes características:

1. Afectan el comportamiento y la cognición.
2. Sus manifestaciones se inician en el período del desarrollo (infancia-niñez).
3. Causan dificultades en la adquisición o ejecución de funciones intelectuales, motrices, del lenguaje o socialización.
4. Su etiología es compleja, desconocida en la mayoría de los casos.

Por lo tanto con esta nueva sustitución del CIE, dentro de los trastornos del neurodesarrollo incluyen:

- 6 A00 Trastorno del Desarrollo Intelectual
- 6 A01 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje:
 - 6 A01.1 Trastorno del Desarrollo del Sonido del Habla
 - 6 A01.2 Trastorno del Desarrollo de la Fluencia del Habla
 - 6 A01.3 Trastorno del Desarrollo del Lenguaje
- 6 A02 Trastornos del Espectro del Autismo
- 6 A03 Trastornos del Desarrollo del Aprendizaje
- 6 A04 Trastorno del Desarrollo de la Coordinación
- 6 A05 Trastorno por Tics Crónicos
- 6 A06 Trastorno por Déficit de Atención
- 6 A07 Trastorno de Movimientos Estereotipados
- 6 A4Y Otros Trastornos del Neurodesarrollo

4.1.4 Etiología.

En la actualidad, a pesar de los múltiples estudios e investigaciones existentes, no es posible determinar una única causa que explique la aparición del TEA, por lo que su etiología es multifactorial desarrollada con varias teorías. Como expone Hervás “El rompecabezas de la etiología del autismo es muy complejo y difícil de descifrar” sin embargo se sabe “que existe una importante influencia genética, pero de gran diversidad” (2016, p.13). En líneas generales se podría decir que “su origen es biológico, con factores etiológicos complejos que implican diferentes mecanismos genéticos, epigenéticos y ambientales, que interactúan” (Hervás, 2016, p. 9).

El TEA se define conductualmente por la presencia de una serie de manifestaciones o síntomas, por lo que a través de la psicología es posible dar una explicación a ello. Así pues, se establecen dos niveles explicativos, uno neurobiológico y otro psicológico (Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 399).

Etiología neurobiológica. “Desde el punto de vista neurobiológico, las investigaciones actuales señalan que hay diversos factores que pueden influir en la mayor vulnerabilidad hacia la presencia del trastorno. Estos factores pueden ser de tipo genético, metabólico, neuroquímico o infeccioso” (Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 399).

La hipótesis más admisible es la genética donde puede establecerse la combinación de diversos genes procedentes de distintos cromosomas, que interactúan entre sí mostrando una gran variación fenotípica (Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 399). “También se ha señalado la relación causal entre algunos síndromes neurogenéticos y el autismo, como por ejemplo el síndrome del cromosoma X frágil, fenilcetonuria, síndrome de Rett, entre otros” (Vargas y Navas, 2012, p 47). Los factores epigenéticos que afectan en la expresión genética, se han relacionado con “un incremento de la edad paterna o materna, incluyendo una edad más joven en las madres (...), fármacos, factores hormonales, inmunológicos u otros que alteren el ambiente uterino o el ambiente temprano posnatal” (Hervás, 2016, p. 13).

La hipótesis neurobiológica de la “*hipoplasia cerebral*” ha generado una mayor aceptación y defiende la reducción en el número de neuronas de Purkinje, encargadas de coordinar la información al resto de las áreas cerebrales. Sin embargo no se conoce porque existe esta disminución de neuronas. (Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 399).

Los factores ambientales pueden actuar en forma de disparadores de los factores biológicos subyacentes modelando su expresión fenotípica. Se pueden dar en el periodo prenatal, perinatal o postnatal (Vargas y Navas, 2012, p.48).

Etiología Psicológica. Durante los años ochenta y noventa se plantearon varias teorías explicativas para dar respuesta a los síntomas nucleares que a día de hoy siguen siendo válidas:

- Para las dificultades sociales y comunicativas, existen dos teorías:
 - “Déficit metarrepresentacional” o Teoría de la mente: desarrollada por Baron-Cohen, Leslie y Frith en 1985-1986.

- “Déficit afectivo/emocional”: propuesta por Hobson en 1987-1995.
- Para las actividades restringidas y estereotipadas, existen dos teorías:
 - “Déficit en la coherencia central”: elaborada por Frith en 1989 y Happè en 1994.
 - “Déficit en las funciones ejecutivas”: creada por Duncan en 1986.

Todas estas hipótesis o posibles causas no son excluyentes. En la siguiente figura se muestra a modo de resumen las relación existente:

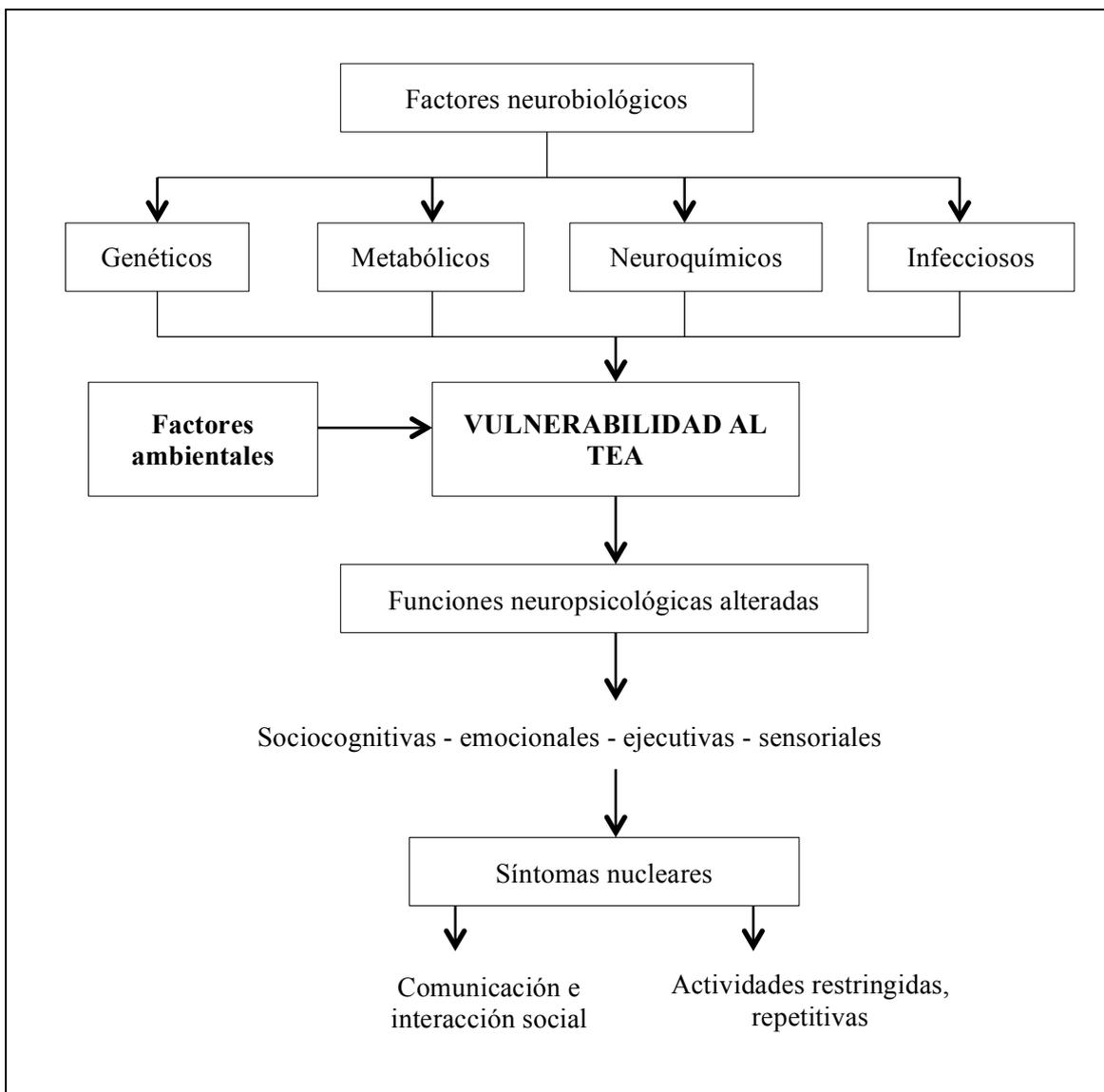


Figura 2: Posibles causas del TEA.

Fuente: Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 370.

4.1.5 Prevalencia.

La proporción de población que se ve afectada por TEA es un tema controvertido donde no existen unos datos certeros y concluyentes, incluso las razones de las variaciones en los resultados “es motivo de debate constante” (Alcantud, Alonso, Mata., 2017, p.9).

Los estudios más actuales y recientes están reflejando un incremento gradual y significativo que evidencia un mayor número de casos diagnosticados en los últimos 50-60 años. “De ser ciertos los datos de prevalencia que actualmente se manejan, significaría que hay más niños con TEA que afectados por cáncer, diabetes juvenil, fibrosis quística y distrofia muscular juntos” (Alcantud, Alonso, Mata., 2017, p.9).

Siguiendo las interpretaciones de Olivar y De la Iglesia (2015, p. 368), los factores que más explican los actuales datos de incidencia y prevalencia son:

- Los cambios en los criterios diagnósticos.
- El perfeccionamiento en los instrumentos diagnósticos.
- El aumento de la concienciación y reconocimiento de los desórdenes del espectro autista.

Estos factores son corroborados por más expertos que explican este incremento posiblemente relacionado a “cambios de criterios diagnósticos, de la definición de casos y de un incremento de reconocimiento del TEA por los profesionales (Hervás, Balmaña y Salgado., 2017, p. 93). Incluso en la investigación respaldada por los estudios más actuales, Alcantud, Alonso y Mata, (2017) recopilan las ideas de autores que justifican esta alza debido a “los cambios de criterios diagnósticos, a la evolución de las prácticas de detección y diagnóstico, al incremento en la disponibilidad de servicios de atención y en general a un mayor conocimiento del trastorno” (p.10).

De forma general la incidencia en los últimos años se mantuvo oscilando entre los 1/150 y 1/75, sin embargo es una constante en todos los estudios el reflejo de la mayor prevalencia de los TEA en de niños que en las niñas. Concretamente la ratio oscila entre un caso de niña cada 4-5 niños (4:1), aunque también es cierto que las niñas presentan un grado de afectación mayor. También es importante destacar que estas proporciones se encuentran en todas las clases sociales, grupos étnicos y en las diversas culturas estudiadas. (Alcantud, Alonso y Mata., 2017, p.9) y (Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 368).

Según el estudio de la University College de Londres, de junio de 2017, esta conclusión respecto al género es ahora discutida, ya que la prevalencia actual en cuanto al género sería tres veces más en hombres que mujeres. Muchos autores sugieren que existe un sesgo de género, donde las mujeres son capaces de ocultar el trastorno pasando así más desapercibidas.

Existen varias revisiones de estudios recientes elaborados por diferentes instituciones que investigan el incremento de la incidencia del trastorno:

- Según los datos procedentes del Journal of American Association, publicados en febrero de 2018, afirman que tras un aumento constante observado durante décadas, actualmente no se conoce un aumento tan significativo.
- Los datos proporcionados por el CDC (Centers for Disease Control and Prevention's) en junio de 2017 y de su encuesta nacional de entrevistas de salud (National Health Interview Survey, NHIS), aporta una prevalencia general de 2,47%.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima una prevalencia de 1 por cada 160 nacimientos.
- En Europa se considera una prevalencia aproximadamente de 1 por cada 100.

4.2 DETECCIÓN PRECOZ Y DIAGNÓSTICO

4.2.1 Importancia y dificultades.

A día de hoy ningún profesional duda de la trascendencia y relevancia que adquiere la *detección precoz* para la mejora de un pronóstico general, ya que su propósito es “identificar a los niños/as con riesgo de que su desarrollo evolutivo quede comprometido” (Busquets et al., 2018, p.4). Por lo tanto, saber reconocer y señalar de forma correcta ciertos signos de alarma por parte de los profesionales sanitarios de la Atención Primaria, de los centros educativos o de la familia, “es el primer paso para favorecer el pronóstico, la evolución posterior del niño y para que la familia maneje adecuadamente las dificultades que se presentan” (Vázquez-Villagrán et al., 2017, p. 36). Una vez realizada la detección de los casos con sospecha de riesgo de TEA, es necesario un juicio basado en los criterios diagnósticos consensuados expuestos en el DSM-V.

El *diagnóstico* que da lugar a una intervención temprana antes de los tres años, tiene un impacto realmente positivo en la evolución del neurodesarrollo. En esas edades, los circuitos cerebrales no están establecidos y el cerebro presenta una mayor plasticidad debido a las dinámicas

conexiones neuronales que se forman. Por este motivo es realmente importante una detección y posterior diagnóstico temprano acompañado de una intervención adecuada a las características y al entorno (Cabodevilla, s.f, p.11-12).

Sin embargo, aunque es posible diagnosticar a un niño/a de manera fiable a partir de los dos años, “la edad promedio se encuentra entre los tres y seis años” (Vázquez-Villagrán et al., 2017, p. 36). Esto evidencia la existencia de diferentes factores que contribuyen a la demora de la detección en edades tempranas como son:

- A pesar de que el TEA es un trastorno con el que el niño/a nace, es difícil reconocer e identificar muchas de las manifestaciones tempranas, ya que pueden pasar desapercibidas incluso para las personas más allegadas como padres o cuidadores.
- Antes de buscar los síntomas es importante comprender las normas y leyes del desarrollo de habilidades sociocomunicativas en la infancia, pues en su esencia pueden ubicarse las conductas que generen los síntomas. La falta de información sobre ello, hace que exista un retraso en la búsqueda de alternativas y evaluación por parte de la familia, perdiendo oportunidades. La prevención es la meta a la que se debe aspirar y no la asesoría y atención cuando se detectan ciertos problemas.
- Existe una falta de conocimiento y orientación inadecuada por parte de las diferentes especialidades de salud y educación a las que la familia se acerca. Sería importante incluir mayor formación respecto a la detección.
- Una vez los profesionales “se convencen” de que algo no está bien el desarrollo del niño/a, se inicia un peregrinar por diferentes especialistas, procedimientos, pruebas, evaluaciones e hipótesis que pueden conducir a equivocaciones no solo en el diagnóstico, sino de las formas de intervenir, traduciéndose en tiempo inútil de estimulación y atención temprana.

(Autismo Diario, 2016).

Finalmente cabe decir que es fundamental destacar que los familiares deben ser informados con la mayor sensibilidad y precisión que sea posible e incluso para atenuar el impacto negativo, proporcionar una información adecuada a las circunstancias, ofreciendo asesoramiento y acceso a los servicios de atención temprana y a los recursos de apoyo social.

4.2.2 Signos de evidencia.

Los miembros familiares son aquellas personas encargadas de crear los primeros pasos a nivel educativo, de fomentar relaciones de apego y en definitiva modular de una forma u otra

el desarrollo afectivo y social durante los primeros meses y años de vida. Forman parte de su día a día y de su evolución, por lo que serán los primeros en detectar cualquier anomalía o carencia en su crecimiento o incluso actitudes que no se ajustan a lo que se puede conocer como un desarrollo normativo.

Es importante que no dejen pasar ningún signo de alerta que les pueda parecer extraño o que les llame la atención. Cuanto antes se detecte, antes se podrá trabajar y no perder el tiempo, que es algo muy valioso en estos casos.

En la siguiente tabla se recogen los signos de alerta más evidentes, sin embargo se debe tener siempre en cuenta que al ser un espectro afecta a cada individuo de forma diferente y en distintos niveles.

Edad	Señales de alarma
<i><u>12 meses (1 año)</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> - No balbucea. - No hace gestos como saludar con la mano, señalar para pedir alguna cosa o mostrar objetos. - No reconoce su nombre ni responde cuando se le llama. - No se interesa ni se implica en juegos interactivos sencillos, como el “cucú-tras” o similares.
<i><u>Entre los 12 y los 18 meses (1 año y medio)</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> - No dice palabras sencillas. - No responde a su nombre. - Presenta un uso limitado o disminuido del contacto ocular. - Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto. - Ausencia de imitación espontánea. - No señala para “pedir algo” (protoimperativo). - No mira hacia donde otros señalan.

	<ul style="list-style-type: none"> - No enseña o muestra objetos. - Puede manifestar una respuesta inusual ante estímulos auditivos. - Falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucú-tras” o similares.
<i><u>24 meses de edad (2 años)</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> - No dice frases de dos o más palabras, que sean espontáneas y no sólo repeticiones de lo que ha escuchado a los demás. - Tiene dificultades para mantener el contacto ocular cuando se le habla, y no sigue objetos con la mirada. - No se implica en juegos compartidos, y parece no disfrutar de la relación compartida con otras personas.
<p>También se recomendaría una valoración exhaustiva del desarrollo si a cualquier edad parece que el niño o la niña pierden habilidades que ya había conseguido, como el balbuceo o las primeras palabras.</p>	
<p>En cualquier caso, estos factores de forma aislada no implican que el niño o la niña tengan TEA. Son señales que deben alertar a las familias y a los profesionales del riesgo de que se presente un trastorno de este tipo en el desarrollo, y favorecer la derivación a una evaluación especializada que lo confirme o descarte.</p>	

Tabla 2: Signos de alarma del TEA.

Fuente: Confederación Autismo España, (2018).

4.2.3 Niveles y pruebas durante el proceso de detección.

El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), recientemente ha publicado la revisión de su guía clínica sobre los procesos de detección, evaluación y diagnóstico de niños/as y jóvenes con TEA, así como recursos y herramientas útiles para poner en práctica. Las modificaciones consisten en la inclusión del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad como un factor a tener en cuenta en la detección y evaluación de los TEA, al igual que el cambio de los criterios diagnósticos a la nueva versión DSM-5. (Confederación Autismo España, 2018).

Para determinar el diagnóstico final de TEA al que poder responder con programas de atención temprana, se definen dos niveles:

Nivel 1 → Vigilancia del desarrollo

Este nivel permite a los profesionales tener una certeza razonable de la presencia de TEA. Se supervisan ciertos aspectos de forma rutinaria a todos los niños/as por parte de los profesionales de Atención Primaria con utilización de escalas, pruebas de desarrollo general y observación, además de poner interés en las preocupaciones que pueden manifestar los familiares. La Asociación Americana de Pediatría (AAP) recomienda realizar un seguimiento para identificar retrasos evolutivos a los 9, 18, 24 y 30 meses, incluso indica que también deberían ser reconocidos a los 18 y 24 meses específicamente para signos relacionados con el TEA. Los grupos de riesgo como niños/as con hermanos con TEA, prematuridad o bajo peso, pueden requerir cribajes adicionales (Hervás, Balmaña y Salgado, 2017, p. 96).

Por lo tanto, es necesario considerar:

1. Aspectos prenatales y perinatales como factores de riesgo: familiar directo con diagnóstico de TEA o con antecedentes directos en la familia, niño/a adoptado con antecedentes biológicos desconocidos como la exposición prenatal a drogas, alcohol, bebés prematuros...etc.
2. Señales de alarma: se deben tener siempre en cuenta y recordar que ciertos indicios pueden detectarse desde el primer año de vida. Es importante observar al niño/a y la relación que tiene con el cuidador. Además es posible realizar estudios retrospectivos a través de videos caseros donde poder señalar determinados comportamientos definitivos.

Se recomienda el uso de cuestionarios completados por padres porque son rápidos y fáciles de rellenar, además de escalas de desarrollo mixtas de aplicación por profesionales e información recogida de padres. Entre ellas destacan: la escala Haizea-Llevant y la Escala Observacional del Desarrollo, entre otros (Hervás, Balmaña y Salgado, 2017, p. 97).

Nivel 2 → Detección específica.

El nivel 1 se aplica a todos los niños/as, es decir se realiza un cribaje universal, sin embargo en el nivel 2 de detección específica se realiza únicamente a:

- Niños/as identificados como de riesgo.
- Niños/as identificados por el nivel 1 de detección.
- Por pertenecer a grupos de riesgo.

Alguno de los instrumentos de cribaje específico aplicados para TEA según Canal, García, et al (2013, págs. 77 -78), son:

- Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). Es un cuestionario de 9 preguntas para los padres y 5 ítems sobre la conducta social, seguimiento de la mirada y juego que debe cumplimentar el médico después de una breve interacción con el niño/a. El test tiene cinco ítems clave; tres de ellos se refieren a atención conjunta y dos al juego simbólico. La edad de aplicación son 18 meses y se tarda aproximadamente de 5 a 10 minutos en realizarlo.
- Modified-Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Es un cuestionario que cumplimentan los padres en la consulta del pediatra. Consta de 23 ítems, seis de los cuales fueron identificados como críticos mediante análisis discriminante. Los ítems son: el dos (muestra interés por otros niños), el siete (suele señalar con el dedo para indicar que algo le llame la atención), el nueve (suele traerle objetos para enseñárselos), el 13 (imitación), el 14 (respuesta nombre) y 15 (seguimiento visual de actos al señalar). La edad de aplicación está entre los 18 y 30 meses y se tarda en realizar alrededor de 5 a 10 minutos.

Además también existen otros instrumentos como: Pervasive Developmental Disorder Screening Test-II (PDDST-II) para los 48 meses, ESAT (Early screening for autistic traits questionnaire) cuestionario para identificar a niños/as con TEA a los 14-15 meses o Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT) en niños con 14-23 meses. (Hervás, Balmaña y Salgado, 2017, p. 99).

En la siguiente figura se muestra de forma esquematizada, los niveles previamente explicados:

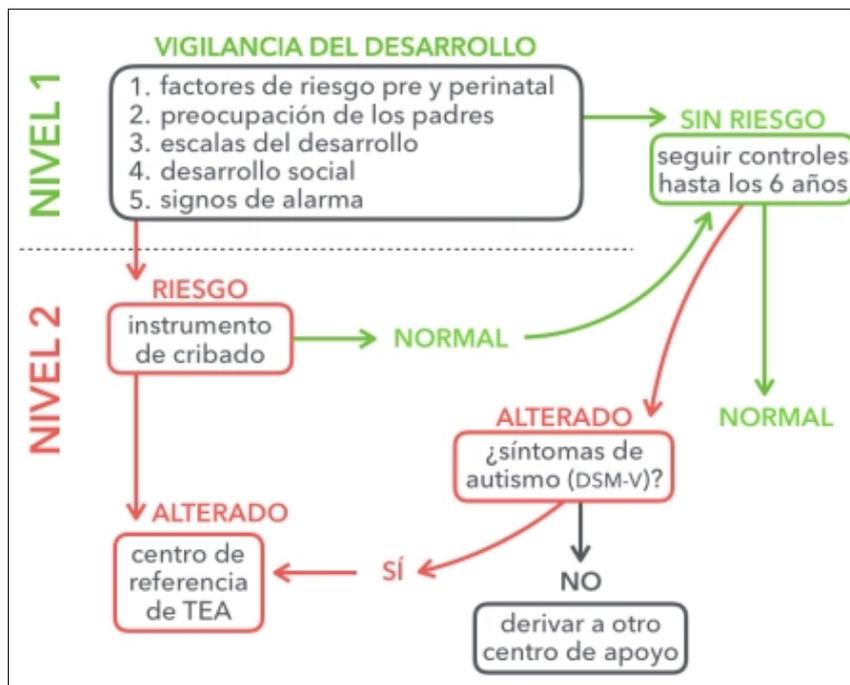


Figura 3: Algoritmo de detección del TEA.

Fuente: Mas, M.J. (2016).

(Nivel 3) → Valoración diagnóstica específica.

Ciertos autores no consideran el diagnóstico como un nivel más dentro del proceso de detección, así que podemos tomarlo como la parte final de toda la sucesión anterior estableciendo el nivel 3 o valorarlo como algo independiente que indudablemente debe ser precedido por todo lo anterior.

Finalmente cuando el niño/a ha sido detectado, debe ser diagnosticado por un equipo multidisciplinario de profesionales especializados en TEA de una manera rápida y eficaz para evitar cualquier retraso en la intervención temprana. Existen ciertos aspectos fundamentales que deben ser incluidos en la evaluación diagnóstica: evaluación médica y neurológica amplia, historial familiar, examen físico y neurológico, además de pruebas de laboratorio. Igualmente cabe añadir que existen instrumentos clínicos diagnósticos con demostrada fiabilidad como el ADI-R (autism diagnostic interview-revised) o el ADOS (autism diagnostic observational schedule), disponible en castellano y recientemente actualizado al ADOS2 (Hervás, Balmaña y Salgado, 2017, p. 100-101).

El diagnóstico solamente puede apoyarse en presencia de una constelación de signos y debe ser muy prudente, justificado por los resultados de un minucioso periodo de observación. Además es necesario que siga los estándares descritos en el *DSM-V* (2013). Tal y como se expone en la descripción no oficial elaborada por Vivanti y Pagetti, (2014) los criterios diagnósticos son:

A. Déficits persistentes en la **comunicación y la interacción sociales** en múltiples contextos, que se manifiestan actualmente o en el pasado de la siguiente forma:

1. Déficits en la reciprocidad socio-emocional.
2. Déficits en los comportamientos de comunicación no verbal utilizados para las interacciones sociales.
3. Déficits en el desarrollo, en el establecimiento y la comprensión de las relaciones.

B. **Repertorio de comportamientos, intereses o actividades restringidas y repetitivas**, manifestando por lo menos dos de los siguientes criterios actualmente o en el pasado:

1. Movimientos motores, utilización de objetos o vocalización estereotipados o repetitivos.
2. Insistencia en la monotonía, apego inflexible a la rutina o patrones rituales de comportamientos verbales o no verbales.
3. Intereses muy restringidos y fijos con un grado anormal de intensidad y de focalización.
4. Reacción inusual a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno.

C. Los síntomas deben presentarse desde un periodo temprano del desarrollo (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las capacidades limitadas ya no permiten responder a las exigencias sociales, o ser encubiertos más tarde por estrategias aprendidas).

D. Los síntomas suponen deficiencias importantes desde el punto de vista clínico en el ámbito social, profesional o incluso en otros ámbitos de funcionamiento.

E. La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso general del desarrollo no justifican mejor estos trastornos.

En las anteriores versiones del DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2000), los criterios diagnósticos aplicados hacían referencia a las alteraciones en la comunicación social verbal y no verbal, interacción social e imaginación social asociado a la rigidez y patrones repetitivos de conducta. Actualmente, se unen la comunicación con la interacción social entendiéndose ambas en un mismo sentido y se mantienen los patrones de comportamiento de intereses y actividades restringidas y repetitivas.

En el TEA puede presentarse la *comorbilidad diagnóstica*, es decir la existencia de varias enfermedades coexistentes en relación al diagnóstico inicial. Según diferentes estudios de investigación, la depresión y la ansiedad son los trastornos psicopatológicos más comunes (Olivar y De la Iglesia., 2015, p. 372). En el análisis realizado por Romero et al., (2016), las condiciones comórbidas psiquiátricas estudiadas fueron: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), ansiedad o miedo excesivo, alteración de la conducta alimentaria, autoagresión, heteroagresión y autolesiones. Su intención es “destacar la importancia de llevar a cabo una caracterización fenotípica para mejorar la nueva clasificación DSM-5, basándose no sólo en los síntomas principales de TEA sino también en sus comorbilidades y otros factores que puedan influir en su funcionalidad” (Romero et al., 2016. p. 273).

4.3 ATENCIÓN TEMPRANA (AT)

4.3.1 Evolución y concepto.

La disciplina de la *Atención Temprana (AT)*, es un modelo de intervención realmente reciente que unifica las aportaciones desde el campo de la salud, la educación y las ciencias sociales (Martínez y Calet, 2015, p.34). Además es un término que ha sufrido una evolución conceptual, llevando implícito un progreso y cambio metodológico debido a los aportes científicos y de profesionales.

Para conocer sus orígenes en España, es necesario retornar hasta los primeros programas de *estimulación precoz* de los años **70-80** basados únicamente en actuaciones asistenciales. Implicaban actividades centradas en niños/as de 0 a 3 años, con algún tipo déficit o trastorno físico, psíquico o sensorial, apoyándose en modelos maduración y conductuales (Barba, 2017). Se daba una mayor trascendencia y relevancia a la genética y las cualidades imanas, en vez de la relación con el ambiente. Esta práctica se centra en el profesional como experto y no se le concede importancia a la familia ni al contexto del niño/a.

La AT (también llamada intervención temprana), surge entre **1990 y 2000** sobrepasando y sustituyendo los conceptos de estimulación precoz, atención infantil precoz o estimulación temprana (Barba, 2017). Engloba el interés en la mejora del niño/a con la implicación de los profesionales, los padres y el contexto, a través de modelos teóricos donde dan importancia a las relaciones e interacciones del niño/a con el medio. Según Martínez y Calet (2015) actualmente destacan tres modelos teóricos que fundamentan el trabajo en AT:

- *Modelo de intervención biopsicosocial* que considera los aspectos preventivos y asistenciales para potenciar las capacidades y posibilitar una integración del menor más completa en su medio familiar, escolar y social, así como desarrollar su autonomía personal.
- *Modelo ecológico-sistémico* que además de al niño/a, tiene presente a la familia y al entorno. Deben tenerse en cuenta las características personales, el ambiente y la posibilidad de interacciones, por lo que la intervención se debe realizar en los entornos naturales del niño/a.
- *Modelo transaccional* señala que el desarrollo es producto de las interacciones continuas y dinámicas del niño/a con su familia y contexto social, existiendo una relación dependiente. Se debe incidir en los elementos que benefician esa relación niño/a-ambiente. (p.36).

Debido a no tener una clara distribución de competencias entre las diferentes instituciones encargadas en AT (servicios sanitarios, educativos y sociales), en el año 2000 se publica el *Libro Blanco de la AT*, elaborado por el Grupo de Atención Temprana (G.A.T) y editado por el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Con ello se intenta generar un consenso entre los profesionales y convertirse en un referente normativo. (Martínez y Calet, 2015, p.35). Por lo tanto, el Libro Blanco de la AT, la *define* como:

El conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (2000, p.13).

4.3.2 Principios básicos y fines.

Los *principios básicos* recogidos en el Libro blanco que “se consideran esenciales para poder hablar de un modelo de atención de calidad para la primera infancia” son:

- *Diálogo, participación e integración* de todas las partes implicadas en el proceso, como la familia, los profesionales y la sociedad.
- *Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades*, es decir, ofertar este servicio a toda la población que lo necesite, independientemente del lugar de nacimiento o recursos.

- Las funciones, competencias y ámbitos de actuación de los profesionales requieren *interdisciplinariedad y una alta cualificación profesional*.
- El trabajo que se realizan con los niños/as y sus familias en estas etapas es de una gran complejidad y se requiere una alta cualificación para llevarlo a cabo así como la *coordinación* entre las diferentes instituciones que van a atenderle.
- *Descentralización* que supone organizar los servicios de forma que se puedan atender todas sus necesidades en la zona en la que el niño/a desarrolla su vida.
- *Sectorización* limitando el campo de actuación para garantizar una correlación equilibrada y facilitar la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos o sociales.

(Gutierrez y Ruiz, 2012, p.109-110).

En cuanto a los *objetivos* de la AT, cabe señalar que su misión principal engloba todas las acciones a realizar, teniendo como fin último el fomento de la autonomía personal y desarrollo global del niño/a, ya sea desde un nivel físico, psíquico y emocional. A la vez, pretende conseguir el incremento del bienestar en el niño/a y su familia, haciendo que se integre de una forma más completa en su medio familiar, social y escolar. (G.T.A, 2000, p. 14). Por otro lado los objetivos específicos son los siguientes:

1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
5. Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

(G.A.T, 2000, p. 14)

4.3.3 Población susceptible de AT.

Para los niño/as con déficits o con riesgo de padecerlos, la AT ofrece un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras que facilitan la adecuada maduración en todos los ámbitos. Debe ser una rutina agradable y entretenida a la vez que gradual y personalizada

(Fun4us, 2016). Los niños/as entre 0-6 años que manifiesten alguno de los siguientes puntos, serán susceptibles de AT:

- Niños/as con factores de riesgo biológico. Los más destacados son la prematuridad, el bajo peso en el nacimiento, la asfixia intraparto y la permanencia en unidades de cuidados intensivos neonatales. Pueden desencadenar problemas neurológicos y alteraciones sensoriales. También forman este grupo los recién nacidos de riesgo neurológico, de riesgo sensorial visual y de riesgo sensorial auditivo.
- Niños/as en situación de riesgo socio-ambiental. Los factores de riesgo son: los ambientes socioeconómicos desfavorecidos, el alcoholismo/drogadicción, el abandono por parte de los padres, la ausencia de algunos progenitores, el maltrato, la falta de cuidados, delincuencia, etc. Se trata de asegurar un contexto vital que proporcione cuidado, seguridad y afecto para contrarrestar todo aquello que pueda alterar el proceso madurativo.
- Niños/as con trastornos del desarrollo. Los trastornos son considerados como alteraciones de la normal evolución de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Derivan en problemas con la salud, presencia de discapacidades, con alteraciones cognitivas, con problemas de motricidad, con déficit comunicativo-lingüístico o con limitaciones la percepción sensorial. Se requiere una intervención psicoeducativa desde el momento del nacimiento o cuando se detecta el déficit.

(Fun4us, 2016) y (Gutierrez y Ruiz, 2012, p. 110).

4.3.3 Niveles de intervención y ámbitos de actuación.

Existen un total de tres *niveles* de intervención posibles, entre los que se encuentran:

- Nivel primario. Realiza actuaciones de prevención y sensibilización dirigidas a la población en general, con el objetivo de evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil.
- Nivel secundario. Las actuaciones están dirigidas a la población de riesgo, con el objetivo de realizar precozmente detección y diagnóstico.
- Nivel terciario. Sus actuaciones están encaminadas a eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos o disfunciones que se han detectado en la población infantil.

(Martínez y Calet, 2015, p.35)

La AT es un proceso desarrollado en diferentes escenarios (sanitarios, educativos y servicios sociales) y se requiere la colaboración de todos los profesionales que trabajan en ellos, para poder considerar la globalidad del niño/a. Estos expertos varían de número dependiendo de la comunidad autónoma según datos recopilados por Cabrerizo, et al (2011), pero de forma general se encuentran: “psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, neuropediatra, médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda, maestro de educación especial, terapeutas ocupacionales, psicomotricista, técnico en atención temprana (estimulador), psicopedagogo, administración, ordenanzas y otros” (p.27). Cabe decir que según este mismo estudio únicamente existe la figura de “educador social” en las Islas Baleares (p.57).

A continuación se explicarán cada uno de los *ámbitos de actuación* conforme al G.A.T:

- **Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT).** Están constituidos por especialistas procedentes del ámbito médico, psicológico, educativo y social y su función está orientada a las labores de sensibilización, prevención y detección.
- **Servicios Sanitarios.** Se encuentran los servicios de obstétrica, neonatología, unidad de seguimiento madurativo o de desarrollo, pediatría en atención primaria, servicios de neuropediatría, servicios de rehabilitación infantil, servicio de salud mental, y otras especialidades médicas.
- **Servicios Educativos.** Se realiza la tarea de prevención además de detección de posibles necesidades educativas especiales a infantil en colaboración con los equipos psicopedagógicos.
- **Servicios Sociales.** Tienen una gran responsabilidad en los programas de prevención, en las tareas de detección, diagnóstico e intervención. Éstos servicios intervienen en todos y cada uno de los niveles de Atención Primaria: promoción del bienestar social de las familias, programas de prevención, programas de intervención temprana en el ámbito psicosocial y diagnóstico en intervención social en el grupo de atención temprana. Existen dos recursos dentro del mismo:
 - **Centros Base:** son dependientes de servicios sociales y el trabajo que se realiza es detección del niño/a, acogida del niño/a y su familia, valoración del caso, realización del diagnóstico e indicar el tratamiento. También son los encargados de conocer el porcentaje de minusvalía (33%) que permite acceder al servicio de AT.
 - **Centros de AT:** son centros de carácter autónomo que trabajan en colaboración con los Centros Base. Realizan la acogida de la familia, las entrevistas para

conocer la situación familiar, la valoración del nivel de desarrollo del niño/a y elaborar un programa de atención individual para la intervención.

(G.A.T, 2000, p. 23-38) y (Gutiez y Ruiz, 2012, p. 117).

En cada uno de los niveles de intervención, estos servicios previamente explicados realizan una serie actuaciones que son resumidas en la siguiente tabla:

Niveles	Salud	Educación	Servicios Sociales
<i>1</i>	Identifican y señalan circunstancias relevantes en la promoción de la salud y prevención de patologías infantiles. Destacan los programas de planificación familiar, atención a la mujer embarazada, vacunaciones y control del niño sano, entre otros.	Los centros educativos participan en campañas de información-formación de la población en aspectos relativos al desarrollo infantil y la detección de patologías.	Las intervenciones se dirigen a prevenir las situaciones de riesgo social. Se dedican a la atención a la familia en programas como: ayuda a madres adolescentes, inmigrantes, entre otros.
<i>2</i>	Detectan embarazos de alto riesgo y prestan atención a niños/as con elevado riesgo de presentar alteraciones en el desarrollo. Destacan los servicios de Obstetricia, Neonatología y los de Pediatría.	Los maestros/as de las escuelas infantiles son unos agentes de detección relevantes, identificando problemas que pueden pasar inadvertidos a los padres.	Detectan factores de riesgo social para el desarrollo infantil, observando las situaciones familiares: bajos ingresos, madres adolescentes, drogodependencias, marginación social y familiar, entre otros.
<i>3</i>	Intervenciones específicas dirigidas a niños/as con trastornos en su desarrollo; pudiendo comenzar dicha atención en los propios servicios de Neonatología para después ser atendidos por los diferentes especialistas del campo de la salud.	Los alumnos de educación infantil con problemas de desarrollo, además de acudir a los CDIAT, están integrados en sus propios centros escolares donde se les ofrece una atención individualizada, según las necesidades educativas especiales que presentan.	Intervenciones a través de programas de atención individualizada para aquellos niños/as y familias que lo precisen, pudiendo ser ofrecidos desde los Centros Base u organizaciones sin ánimo de lucro concertados con la Administración Pública.

Tabla 3: Niveles y sectores de actuación en AT.

Fuente: Martínez y Calet, 2015, p. 36.

4.3.5 AT en niños/as con TEA.

Una vez concluido el proceso diagnóstico, se inicia la evaluación del niño o niña para su inclusión en un programa de atención temprana, de forma que se trabajen ya los déficits que pueda presentar y serán los miembros del equipo interdisciplinar de AT los que diseñarán el programa específico (Comín, 2016).

En la siguiente tabla se exponen los tres modelos de intervención que existen en la intervención temprana, con los distintos programas que se realizan dentro de cada tipo:

MODELOS DE INTERVENCIÓN
<u>Intervenciones psicodinámicas</u>
Consideran el autismo como un daño psicológico en el plano emocional desarrollado debido a la falta de vínculo estrecho del niño con los progenitores o con la madre. A día de hoy esa concepción esta obsoleta y abandonada por los profesionales. Los siguientes tratamientos psicoanalíticos no han demostrado evidencias científicas sobre su eficacia: ⊗ <i> Holding therapy</i> ⊗ <i> Gentle teaching,</i> ⊗ <i> Pheraplay</i>
<u>Intervenciones biomédicas</u>
Se han intentado tratar los síntomas nucleares a través de diversos fármacos y modificaciones en la dieta, sin embargo ambos recursos no muestran ninguna eficacia científica.
<u>Intervenciones psicoeducativas</u>
Tratan de adecuar una serie de principios de enseñanza/aprendizaje con el fin de mejorar las conductas, las habilidades, las competencias o las aptitudes humanas socialmente significativas. Existen diferentes tipos de intervenciones:
Según los modelos teóricos de las intervenciones:

<p>1. MODELOS CONDUCTUALES</p>	<p>1.1 Modelos clásicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención Temprana Conductual Intensiva [Early Intensive Behaviour Intervention (EIBI); Intensive Behavioural Intervention (IBI)] - Análisis Conductual Aplicado [Applied Behaviour Analysis (ABA)] - Entrenamiento por Ensayos Discretos [Discrete Trial Training (DTT)]. <p>Programa específico (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Método Lovaas <hr/> <p>1.2 Modelos contemporáneos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo Conductual Positivo [Positive Behavioural Support (PBS)] - Evaluación Funcional [Functional Assessment] - Entrenamiento en Comunicación Funcional [Functional Communication Training (FCT)] - Enseñanza Naturalista [Naturalistic Teaching]: <ul style="list-style-type: none"> ○ Enseñanza Incidental [Incidental Teaching] ○ Enseñanza Natural del Lenguaje [Natural Language Teaching] ○ Entrenamiento en Conductas Pivote [Pivotal Response Training (PRT)] ○ Enseñanza del Entorno [Milieu teaching]
<p>2. MODELOS DEL DESARROLLO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo Social-Pragmático de Desarrollo [Developmental Social-Pragmatic Model (DSP)] - Intervención basada en el Desarrollo de Relaciones [Relationship Development Intervention (RDI)] - Modelo Greenspan o terapia de juego en suelo o Intervención del desarrollo basada en las relaciones y las diferencias individuales [Greenspan model; Floor Time Therapy; Developmentally-based Individual difference Relationship-based Intervention (DIR)] - Enseñanza Receptiva [Responsive Teaching].

Según las áreas funcionales en las que se centran las Intervenciones:	
1. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación facilitada [facilitated communication (FC)] - Sistema de comunicación por intercambio de imágenes [Picture Exchange Communication Systems (PECS)] - Enfoque de Conducta Verbal [Verbal Behaviour Approach (VB)] - Comunicación Total [Total Communication (Benson Schaeffer)] - Comunicación alternativa y Aumentativa [Augmentative and alternative Communications (AAC)]
2. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LAS INTERACCIONES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en Habilidades Sociales [Social Skills Training] - Historias Sociales [Social Stories].
Otras intervenciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - TEACCH [Treatment and Education of Austistic and Communication Handicapped Children] - El Modelo de Denver [The Denver Model] - SCERTS [Social-Communication, Emotional Regulation and Transactional Support] - Terapia de la vida diaria [Daily Life Therapy-Higashi School]. - Programa LEAP [The LEAP program]. 	

Tabla 4: Modelos de intervención

Fuente: Elaboración propia a través de la información de: Alcantud, F y Alonso, Y, 2013, págs 211-213 y Güemes, I et al, 2009, págs 9-24.

4.3.6 Estudio comparativo.

Desde la Asociación Española de Profesionales de Autismo (AETPI), se accede a una investigación realizada por Canal (2014), donde valora la eficacia de las intervenciones psicoeducativas acorde a unas habilidades a adquirir: “académicas, comunicación, sociales, vida diaria, juego, auto-regulación” (p.11). Dichas habilidades deben ser trabajadas y estimuladas en la AT para lograr unos resultados más óptimos que posibiliten una mayor calidad de vida.

Para poder analizar las intervenciones, a través de una tabla veremos que intervenciones psicoeducativas desarrollan las habilidades citadas anteriormente además de las habilidades emocionales y la utilización de ciertas estrategias para el aprendizaje:

- Refuerzo positivo y repetición: Es la recompensa verbal o con un objeto de interés, que se da al niño/a, tras la realización correcta de un determinado ejercicio. Sin embargo, cuando se ejecuta erróneamente la tarea, se rehace e insiste hasta su correcta elaboración con el fin de aprender esa nueva actividad.
- Apoyo visual y/o juego con objetos, imágenes, números, etc: Es posible que al realizar ciertos ejercicios el profesional sustente su actividad con ciertos elementos que le ayuden con su finalidad.
- Auto-regulación: Enseñar y proporcionar las herramientas necesarias para poder controlar sus propias conductas, pensamientos e impulsos.
- Habilidades sociales: Se capacita al niño/a con ciertos recursos para fomentar su competencia en la interacción con el resto de individuos en la comunidad.
- Habilidades emocionales: Aprender conductas para que el niño/a dentro de su contexto social sea capaz de expresar emociones, sentimientos o deseos, a la vez que sepa reconocerlos en los demás.
- Habilidades comunicativas y de lenguaje: Estimular la comunicación de diversas formas, ya sea a través de símbolos, de pictogramas, de palabras o de imágenes.
- Habilidades cognitivas: A través del juego que ejerce una función simbólica, se puede fomentar la capacidad de evocar objetos y tratar de representar acciones de forma mental a través del uso de símbolos.
- Habilidades adaptativas: Enfocado a la capacidad de habituarse y adecuar sus rutinas diarias de una forma más autónoma e independiente, por lo que es necesario enseñar ciertas acciones para que posteriormente puedan realizarse sin ayuda.
- Habilidades académicas: Orientado a la obtención de competencias escolares.

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS	Refuerzo + y/o repetición	Apoyo visual y/o juego con: (objetos, fotos)	Auto-regulación (conducta)	HH. Sociales	HH. Emocionales	HH. Comunicativas y de Lenguaje	HH. Cognitivas (Juego)	HH. Adaptativas (Vida diaria)	HH. Académicas
SEGÚN LOS MODELOS TEÓRICOS DE LAS INTERVENCIONES									
1. MODELOS CONDUCTUALES									
1.1 Modelos clásicos									
Intervención Temprana Conductual Intensiva (EIBI); Intervención Conductual Intensiva (IBI) [intervención en casa]	X	X	X	X		X			
Análisis de la Conducta Aplicada (ABA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrenamiento por Ensayos Discretos (DTT)	X	X						X	
Programa específico (entre otros):									
Método Lovaas	X	X	X	X		X	X	X	X
1.2 Modelos contemporáneos									
Apoyo Conductual Positivo (PBS)	X		X	X	X			X	
Evaluación Funcional [recoger información]			X						
Entrenamiento en Comunicación Funcional (FCT)	X	X	X			X			
Enseñanza Naturalista (NT):	X	X		X		X		X	
- Enseñanza Incidental (IT)	X	X		X		X		X	
- Enseñanza Natural del Lenguaje (NLT)	X	X		X		X		X	
- Entrenamiento en Conductas Pivote (PRT)	X	X	X	X		X	X	X	
- Enseñanza del Entorno (MT)	X	X		X		X	X	X	
2. MODELOS DE DESARROLLO									
Modelo social-pragmático de desarrollo (DSP)	X	X	X	X		X		X	

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS	Refuerzo + y/o repetición	Apoyo visual y/o juego con: (objetos, fotos)	Auto-regulación (conducta)	HH. Sociales	HH. Emocionales	HH. Comunicativas y de Lenguaje	HH. Cognitivas (Juego)	HH. Adaptativas (Vida diaria)	HH. Académicas
Intervención basada en el Desarrollo de Relaciones (RDI)	X		X	X	X		X	X	
Modelo Greenspan o terapia de juego en suelo o Intervención del desarrollo basada en la relaciones y diferencias individuales (DIR)				X	X	X	X	X	
Enseñanza Receptiva (RT)				X	X	X	X	X	
SEGÚN LAS ÁREAS FUNCIONALES EN LAS QUE SE CENTRAN LAS INTERVENCIONES									
1. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN									
Comunicación facilitada (FC) [Se desaconseja su uso]						X			
Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS)	X	X		X		X			
Enfoque conductual verbal (VB)	X	X		X		X		X	
Comunicación total (de Benson Schaeffer)		X		X		X			
Comunicación alternativa y Aumentativa (CAA)		X		X		X		X	X
2. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LAS INTERACCIONES SOCIALES									
Entrenamiento en Habilidades Sociales		X	X	X		X	X	X	
Historias sociales		X	X	X	X				
OTRAS INTERVENCIONES									
TEACCH	X	X		X		X	X	X	X
Modelo de Denver		X	X	X	X	X	X	X	
SCERTS		X	X	X	X	X		X	
Terapia de la vida diaria			X	X	X	X	X	X	X
Programa LEAP	X		X	X		X	X	X	X

Tabla 5: Análisis de las Intervenciones Psicoeducativas.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Güemes, I et al (2009,pags 9-24)

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

- Refuerzo positivo y/o repetición
- Apoyo visual y/o juego con: (objetos, fotos)
- Auto-regulación (conducta)
- HH. Sociales
- HH. Emocionales
- HH. Comunicativas y de Lenguaje
- HH. Cognitivas (Juego)
- HH. Adaptativas (Vida diaria)
- HH. Académicas

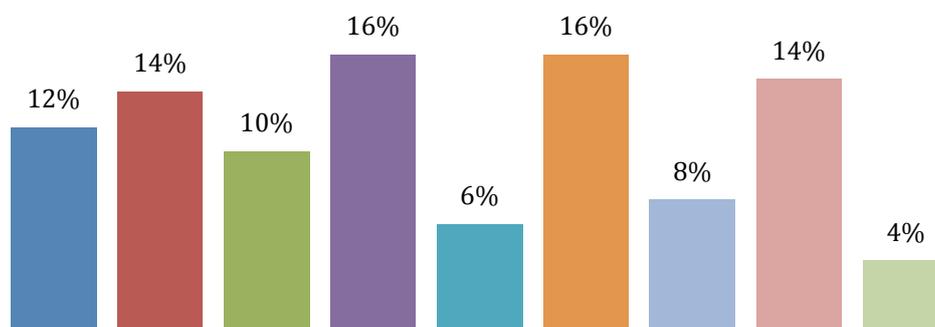


Figura 4: Análisis de las Intervenciones Psicoeducativas.

Fuente: Elaboración propia, 2018

5. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1 JUSTIFICACIÓN

En los puntos anteriores del presente trabajo, se ha tratado la importancia de una adecuada valoración precoz y por consiguiente de que cualquier niño/a que perciba un diagnóstico con TEA o pueda estar en riesgo de padecerlo, reciba una **AT adecuada a sus necesidades y evaluación.**

Previamente se ha realizado un análisis y estudio comparativo de ciertas intervenciones psicoeducativas existentes en AT, para **detectar que habilidades muestran una mayor implicación en las intervenciones y cuales presentan una menor potenciación.**

Basándonos en la **figura 4** podemos advertir que las competencias académicas representan un 4% del total, lo que es comprensible sabiendo que las edades de intervención en AT oscilan entre los 0 y 6 años. Sin embargo la **capacitación de destrezas emocionales ostenta un 6%** del total, lo que significa que se le concede menos trabajo y estimulación frente a la adquisición de otras habilidades. Esto verdaderamente supone una clara **carencia en el desarrollo global.**

Los niños/as con TEA muestran grandes barreras socioemocionales, por lo tanto es esencial capacitar de herramientas y recursos para que entiendan sus propias emociones y puedan verlas manifestadas en los demás, sobre todo en las primeras edades donde la plasticidad cerebral ayuda a moldear nuevos aprendizajes. Es difícil determinar si los niños/as que presentan TEA están siguiendo un adecuado desarrollo emocional, ya que la demostración de sus emociones es diferente.

Desde la **Educación Social** y por consiguiente desde un plano no formal, es posible solventar esta escasez de intervenciones enfocadas únicamente al plano emocional. Con este trabajo se realiza **una posible propuesta de un programa de intervención en AT centrado en el conocimiento y expresión de emociones básicas, para capacitar a los niños/as con TEA en su vida diaria.**

5.2 OBJETIVOS

El objetivo principal que persigue el programa de intervención es:

- Intentar aumentar la competencia emocional enfocada al conocimiento y expresión de emociones básicas.

Para poder llevar a cabo el propósito principal del programa, se elaboran unos objetivos más específicos que se irán desarrollando de forma progresiva en los diferentes bloques de actividades a lo largo de varios meses. Estos objetivos específicos son los siguientes:

- Conocer las emociones básicas.
- Identificar las emociones básicas a través de su expresión facial.
- Conocer la expresión de emociones básicas.
- Aprender a utilizar el cuerpo y cara para expresarse.
- Intentar reconocer en su persona las emociones básicas trabajadas.
- Relacionar una situación con una emoción básica.
- Fomentar la autorregulación de la emoción del enfado.

5.3 DESTINATARIOS

Al ser un programa de AT ejecutado desde la educación no formal, los niños/as con TEA a los que va dirigida la intervención se pueden situar en la franja de edad de 0 a 6 años y el tipo de intervención es individual. Sin embargo al tratar con niños/as con TEA, hay que tener presente dos aspectos: en primer lugar, la edad de diagnóstico se encuentra entre los tres y seis años y en segundo lugar, debemos ajustar los contenidos a su nivel cognitivo y capacidad, por lo que cuanto más pequeño sea el niño/a, menos complejas deben ser las emociones trabajadas. Por lo tanto, partiendo de estas premisas, el programa estará **dirigido a niños/as con TEA cuyas edades estén comprendidas entre los 4 y 6 años.**

Los **padres o familiares** como parte imprescindible del entorno, durante el programa deberán mantener un contacto directo con la educadora o educador social e incluso ir incorporando dentro de los entornos naturales las actividades de enseñanza realizadas.

5.4 METODOLOGÍA

La metodología aplicada durante la intervención es principalmente **constructivista**. La persona que participa en las actividades propuestas adquiere un protagonismo activo, lo que

ayuda a la construcción de su propio mundo mental y en este caso emocional, a través de sus experiencias interpersonales. A parte del enfoque constructivista, la enseñanza se va a caracterizar por ser **estructurada** siempre basada en las fortalezas, debilidades y desarrollo madurativo que presenta el niño/a con TEA. Las sesiones estarán previamente diseñadas teniendo siempre en cuenta los imprevistos que pudieran surgir. Unido a ello, también cabe decir que será **activa, motivadora, dinámica, flexible e individual**.

La educadora o educador social encargado de llevar a cabo el programa de intervención, debe crear un clima siempre positivo que aporte seguridad y confianza, para que así fluya una mejor actitud comunicativa centrándose en el papel del niño/a como interlocutor. Para intentar solventar el posible impedimento de la comunicación verbal, podemos tener en cuenta varias cosas:

- Debemos buscar alternativas a la comunicación oral y una de ellas podría ser comunicarnos dibujando para captar su atención o incluso imitando sus gestos para poder generar una confianza.
- Usaremos unas láminas donde aparezcan pictogramas que simbolicen tener hambre, sed o querer ir al baño, para reforzar con apoyo visual sus necesidades más primarias e intentar eliminar la frustración que le puede provocar ver que no podemos entenderle. También vamos a tener otra lámina junto a la anterior, con la representación de una secuencia de acciones, para ser lo más estructural y organizado posible. Con ello se pretende anticipar y reflejar lo que esperamos que el niño/a haga. (*Anexo 1*).

Asimismo durante la intervención el profesional debe:

- Establecer coordinación con el resto de profesionales que trabajan con el niño/a (maestras/os de la escuela infantil, psicólogos, etc...)
- Hablar suavemente, con paciencia, con palabras concretas y repetir cuando sea necesario.
- Las ordenes al realizar una tarea deben ser claras, breves y sencillas.
- Animar a la familia a rehacer las actividades en casa.
- Comprender y respetar su espacio, al igual que dejarle tiempo para realizar las actividades.
- Sentarse a la misma altura, con todo el material organizado y estructurado, además se utilizará una silla en la que esté cómodo sin que le bailen los pies.

- Usar refuerzos verbales positivos e incluso dar la posibilidad de jugar al final de la sesión si da tiempo.
- Conocer algún juguete u objeto que le llame la atención para poder recompensarle o recurrir a temas de su interés para motivarle.
- Tener muy presente el perfil sensorial para conocer sus gustos y estresores, además de toda la información concreta sobre el niño/a.

Por otra parte, será indispensable que el programa vaya precedido de la valoración de los conocimientos, necesidades y experiencias del niño/a con TEA, así como las de su familia. Conocer dicha estimación, da la posibilidad de delimitar el perfil de funcionamiento que presentan y elaborar un plan de acción individualizado centrado en las características del niño/a y también en las características del entorno social.

Para predecir un óptimo resultado del programa, es más importante la concreción personal que el número de horas o sesiones totales que se dedican al niño/a.

Por todo ello, se realizará una **entrevista semiestructurada** donde el profesional irá completando un cuestionario con preguntas previamente fijadas y pensadas, a la vez que se dejará espacio para cuestiones o consultas libres (*Anexo 2*).

Al tratarse se un programa enfocado a la expresión emocional, además en dicha entrevista, se usará el instrumento de recogida de datos a nivel sensorial **PEXMO (protocolo de expresión emocional)** (Alonso, Sánchez, y Rodríguez, en prensa). Este instrumento consta de una serie de ítems que recoge las formas de expresión emocional típica y atípica.

La **evaluación será cualitativa** siendo un proceso continuo, permanente y teniendo más en cuenta los progresos que los resultados. Al finalizar cada una de las sesiones del bloque se hará un recuento de los puntos ganados cuando las actividades se hayan realizado de forma: correcta, sin quejarse y mostrando entusiasmo. Cada vez que veamos estas actitudes además de los elogios en la sesión, le daremos unas fichas que guardaremos en una pequeña botella con su nombre para hacer un recuento al finalizar el programa y optar a conseguir un pequeño premio pactado con los familiares. Con esto se pretende conseguir una motivación a largo plazo. El profesional será el encargado de apuntarlo y recoger anotaciones en una hoja de observación (*Anexo 26*) que servirá para evaluar el progreso de los conocimientos adquiridos después de finalizar todos los bloques.

La dinámica general del programa es la siguiente: cada uno de los cinco bloques estará dividido en unas sesiones determinadas y en cada una de ellas, se realizarán las actividades establecidas. Posteriormente se pasará a evaluar y si es necesario se reforzaran los conocimientos volviendo a repetir ciertas actividades, antes de pasar al siguiente bloque.

5.5 RECURSOS

Para establecer la zona de trabajo se han tenido en cuenta las posibles alteraciones sensoriales que presentan las personas con TEA. Las actividades se desarrollaran en una sala amplia con paredes blancas o con tonos neutros para favorecer el clima tranquilo y relajado. Además habrán escasos cuadros, posters o carteles puestos en ellas, ya que cualquier objeto de tonalidades llamativos y atractivos puede ser motivo de distracción o de tensión generando nerviosismo. Igualmente se prescindirá de elementos luminosos como bombillas de colores, por lo que la luz natural o los fluorescentes correctamente revisados serán imprescindibles para generar una luminosidad suficiente. Finalmente las paredes estarán insonorizadas, de manera que no sea posible la entrada de ruidos exteriores.

En cuanto a los recursos, se distinguen varios tipos:

- **Recursos materiales:** Son los encargados de facilitar la realización de las actividades y tendrán su espacio en la sala ya que son estrictamente necesarios. Forman este grupo objetos como las sillas, mesa, pizarra, folios, rotuladores, pictogramas, fotografías, etc... además de todos los materiales que se especifican en cada actividad.
- **Recursos personales:** Se contará con la participación de los familiares y la educadora o educador social que ponga en práctica las actividades. Pueden darse ciertos casos donde los niños/as con TEA acudan a educación preescolar, por lo tanto en dichas ocasiones, sería positivo mantener un contacto con sus maestras/os.

5.6 CONTENIDOS

El programa de intervención estará dividido en **cinco bloques de actividades**, donde en cada uno de ellos serán trabajados aspectos concretos que darán respuesta a los objetivos específicos. A lo largo de los bloques se verá el incremento de la dificultad, que irá de menor a mayor.

En el **Bloque I: “Nuestras emociones I”** se trabajaran únicamente las emociones básicas o primarias de alegría, tristeza, miedo y enfado. Los fines que se pretenden conseguir son:

- Conocer las emociones básicas.

- Identificar las emociones básicas a través de su expresión facial.

En el **Bloque II: “Nuestras emociones II”** se seguirán trabajando las emociones básicas, pero en este caso serán la sorpresa y el asco, ya que podrían considerarse como algo más complejas y al dividirse de las anteriores podrán tratarse de forma más concreta. Las metas se repiten respecto al bloque anterior:

- Conocer las emociones básicas.
- Identificar las emociones básicas a través de su expresión facial.

En el **Bloque III “¿Cómo manifestamos nuestras emociones?”** se tratará la expresión y exteriorización de emociones con la imitación de las expresiones faciales. En este bloque debemos tener muy en cuenta el instrumento PEXMO para conocer como expresa el niño/a sus emociones entorno a tres parámetros como son: lo que dice (comportamiento verbal), lo que hace (comportamiento físico) y la cara que pone (expresión facial). Se gestionarán las seis emociones en diversas sesiones intentando trabajar dichos indicadores, por lo que las prioridades serán:

- Conocer la expresión de emociones básicas.
- Aprender a utilizar el cuerpo y cara para expresarse.

El **Bloque IV: “¿Dónde sentimos nuestras emociones?”**, se destinará a identificar y vincular diversas emociones básicas con distintos entornos o situaciones. Siempre se utilizarán ubicaciones y localizaciones fáciles de asociar para que le sea más sencillo interiorizar y relacionar con sus propias emociones. Con la práctica se pretende conseguir los siguientes objetivos:

- Intentar reconocer en su persona las emociones básicas trabajadas.
- Relacionar una situación con una emoción básica.

Finalmente en el **Bloque V “¿Sabemos manejar nuestras emociones?”** destinaremos el tiempo de las sesiones para trabajar la autorregulación e intentar moldear únicamente las conductas que pueden resultar más complicadas de gestionar, que son aquellas provocadas por la rabia o enfado.

- Fomentar la autorregulación de la emoción del enfado.

De forma general cabe decir que el programa pondrá prioridad en la expresión de las emociones, sin embargo, previamente es necesario tener unos conocimientos básicos a nivel funcional para que le capaciten en la conciencia emocional.

5.7 TEMPORALIZACIÓN

En el siguiente cronograma se muestran los meses, semanas y actividades que corresponden a los diferentes bloques. El programa empezará el día 3 de septiembre de 2018 y terminará en la penúltima semana de enero con la evaluación final. Habrá un total de 30 actividades repartidas en las distintas sesiones de los bloques.

(Bloque I: Azul; Bloque II: Rojo; Bloque III: Verde; Bloque IV: Morado; Bloque V: Naranja).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																					
Actividades	BLOQUES																				
	B.I				B.II				B.III					B.IV					B.V		
	MESES/ SEMANAS																				
	Septiembre				Octubre				Noviembre					Diciembre				Enero			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
A.1																					
A.2																					
A.3																					
A.4																					
A.5																					
A.6																					
Evaluación																					
Refuerzo																					
A.7																					
A.8																					
A.9																					
A.10																					
Evaluación																					
Refuerzo																					
A.11																					
A.12																					
A.13																					
A.14																					
A.15																					
A.16																					
A.17																					
Evaluación																					
Refuerzo																					
A.18																					
A.19																					
A.20																					
A.21																					
A.22																					
A.23																					
A.24																					
Evaluación																					
Refuerzo																					
A.25																					
A.26																					
A.27																					
Refuerzo																					
Evaluación final																					

VACACIONES DE NAVIDAD

Tabla 6: Cronograma de actividades

Fuente: Elaboración propia, 2018

6. PROPUESTA DE UN PROGRAMA INTERVENCIÓN

6.1 ACTIVIDADES

PROGRAMA DE CONOCIMIENTO Y EXPRESIÓN DE EMOCIONES BÁSICAS EN AT APLICADO A NIÑOS/AS CON TEA.

BLOQUE I: “Nuestras emociones I”

Sesión 1

Entrevista inicial

Durante la primera sesión se tendrá un largo contacto con los familiares donde recopilará los datos personales, el historial clínico del niño/a y se completará un cuestionario en una entrevista semiestructurada (*Anexo 2*). Además se utilizará el instrumento PEXMO, enfocado al conocimiento de la expresión emocional. También se tratarán ciertos aspectos sociales estrechamente relacionados, al igual que otros datos que pudieran suscitar interés al profesional. Una vez haya pasado la entrevista, se les mostrará la sala donde se realizarán las actividades con la educadora o educador social. Esta sesión es importante para poder dejar claros los objetivos que se persiguen con las actividades y nunca generar expectativas, ya que cada niño/a presenta un ritmo de progreso diferente dependiendo muchas veces de sus propias posibilidades, su situación personal y social. También se les informará del sistema de recompensas a seguir y se les comunicará que al terminar las sesiones, podrán llevarse unas fotocopias de los materiales empleados para poder servir de referencia a la hora de repetirlo en casa. Finalmente se les hará entrega del cronograma para que puedan ver la globalidad del programa.

Temporalización: 30-45 minutos.

Recursos: Cuestionarios, mesa y sillas.

Sesión 2

Antes de comenzar la actividad, se hará una pequeña presentación entre el niño/a con TEA y la educadora o educador social, se enseñará la sala y se hará referencia al uso de las láminas puestas siempre en la mesa o en la pared. Es necesario tener este primer contacto en el que

también estarán los familiares, para dejar claro al niño/a lo que esperamos que haga y que queremos hacer, para evitar generar cualquier tipo de angustia o malestar. Se explicará de forma visual la secuencia de acciones que debe hacer en las actividades. Es fundamental anticiparnos y dejarle todo estructurado y de fácil entendimiento para no provocar situaciones de estrés (*Anexo 1*). Durante todo el programa los familiares podrán esperar fuera de la sala al niño/a si lo desean.

Actividad 1

Comenzamos a conocer las emociones básicas. En esta sesión trabajaremos la *alegría* y la *tristeza*.

Procedimiento: Utilizamos unos pictogramas donde aparece una cara sonriente y otra triste impresas en folios para que se reconozcan de forma clara. Primero presentamos el material de trabajo y lo explicamos haciendo hincapié en la forma de la boca, los ojos y las cejas, al igual que le diremos el nombre de la emoción. Posteriormente sacamos otras imágenes con emoticonos que representan caras sonriente y triste para unirlos con los pictogramas (*Anexo 3*).

Antes de que el niño/a realice él solo la relación de las dos caras sonrientes juntas y las dos tristes, lo hace la educadora o educador social diciendo: “Mira, (nombre del niño/a), esta cara está feliz y lo ponemos con este niño feliz” y “(nombre del niño/a), mira como esta cara está triste y el niño también”. Seguidamente ordenamos al niño/a que las una él solo y si no lo coloca le llevamos la mano como refuerzo. Si lo ordena correctamente sin ayuda, le elogiamos e incluso le podemos ofrecer una recompensa como jugar con un juguete que le llame la atención los últimos minutos de la sesión. Cuando le ofrezcamos este tipo de recompensa, lo mejor es explicárselo antes de empezar el ejercicio, ya que le puede servir como motivación.

Seguidamente señalando las dos imágenes que el mismo ha relacionado, le diremos “cuando tenemos esta cara estamos contentos y se llama alegría”, (nombre del niño/a) ¿me dices como se llama?”. Con ello intentamos que repita el nombre de la emoción, pero si no es posible podemos intentarlo de la siguiente forma: “(nombre del niño/a), ¿quién está alegre?” y le pediremos que señale o le llevamos la mano hasta el pictograma. No hay prisa, por lo tanto dejamos al niño/a pensar y si vemos que no sabe, le ofrecemos siempre nuestra cooperación.

Podremos repetirlo las veces necesarias hasta que veamos que puede hacerlo solo o muestra indicios del mismo. Incluso durante la actividad si nos da tiempo, cambiaremos los pictogramas por otros dibujos que podemos encontrar en Internet. Es preciso que se diferencie mucho la forma de los ojos y boca.

Un aspecto significativo es la interacción que muestra el niño/a con la educadora o educador social y comprobar que está siendo lo más activa posible, si no se deberá insistir en la explicación del ejercicio hasta que se muestre algún mínimo atisbo de afirmación o entendimiento.

Finalmente, la educadora o educador social, anotará rápidamente todos los aspectos a resaltar en la hoja de observación (**Anexo 26**).

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Pictogramas de ARASAAC, emoticonos, dibujos, mesa y sillas.

Sesión 3

Actividad 2

Procedimiento: Repetimos exactamente el mismo mecanismo pero centrándonos en las emociones de *enfado* y *miedo* (**Anexo 4**). Siempre es bueno ir reforzando con premios y/o elogios todo aquello que vaya haciendo, ya que incluso un pequeño paso es valioso. No debemos compararlo con el desarrollo que pueden presentar otros niños/as con edades semejantes, si no únicamente con él mismo.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Pictogramas de ARASAAC, emoticonos, dibujos, mesa y sillas.

Sesión 4

Actividad 3

Procedimiento: Se trabajan las cuatro emociones anteriores (*alegría, tristeza, enfado y miedo*) de forma conjunta, por lo que al niño/a se le manda con la orden de “coloca bien” que ordene cada pictograma con el correspondiente emoticono. Para reforzar la comprensión de las emociones, se juega a dibujar las caras en un papel en el que solo aparece la forma del rostro (**Anexo 5**). Esto lo haremos de la siguiente forma: “(nombre del niño/a), dibuja una cara feliz” y seguiremos con las cuatro emociones. Se puede tener como refuerzo los pictogramas pero si vemos que se desenvuelve solo, únicamente le ofreceremos nuestra ayuda cogiéndole la mano y ayudando a tarazar los gestos faciales.

De la misma forma que en las actividades anteriores, si da tiempo, se puede cambiar los pictogramas por dibujos para que sea más variado y se le vuelve a ordenar “coloca bien” con los emoticonos.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, pictogramas de ARASAAC, emoticonos y dibujos.

Sesión 5

Actividad 4

Procedimiento: Seguimos trabajado las cuatro emociones a la vez (*alegría, tristeza, enfado y miedo*). Esta sesión será la última que destinaremos al conocimiento de emociones con pictogramas, ya que iremos introduciendo imágenes de rostros reales. Con ayuda de plastilina o masa para moldear, se forman caras poniendo mayor énfasis en la expresión de la boca:

- Para realizar la cara feliz, haremos una culebrilla curvada hacia arriba.
- Para la cara triste, una culebrilla curvada hacia abajo e incluso le podemos añadir una lágrima.
- Para la cara enfadada, una culebrilla en forma de línea quebrada.
- Para la cara asustada, una boca con la forma de un círculo.

Esto nos ayuda a fortalecer la estimulación sensorial. Se puede tomar como apoyo los pictogramas si es necesario, al igual que la cooperación con la educadora o educador social es esencial. Recordar que alabaremos sus acciones correctas en todo momento.

Otra idea podría ser utilizar pinturas para dedos ya que son agradables para el tacto. Si apostamos por esta opción debemos tener el espacio bien cubierto para evitar posibles manchas y salpicaduras.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, pictogramas de ARASAAC y plastilina o masa para moldear/ pinturas de dedos.

Sesión 6

Actividad 5

Procedimiento: Vamos a afianzar las emociones con varios juegos que elaboraran juntos la educadora o educador social y el niño/a.

Primero vamos a pedir al niño/a que una la boca y los ojos de los pictogramas de ARASAAC que se encuentran divididos por la mitad (*Anexo 6*). Cuando lo consiga le elogiamos con palabras positivas.

Otro juego lo realizaremos con una hoja donde aparecen cuatro dibujos representando las diferentes emociones básicas (*Anexo 6*). Haremos una secuencia y le mandaremos colorear únicamente la cara que responda a nuestra pregunta. Por ejemplo, le diremos: “(nombre del niño/a), ¿quién está feliz?” y una vez nos haya respondido le pediremos que la pinte. Continuamos hasta haber pintado los cuatro dibujos. Con ello podremos trabajar la motricidad fina pidiéndole que no se salga del borde. Siempre le podemos guiar cogiéndole de la mano y pintando el dibujo de forma conjunta.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Sillas, mesa, dibujos y pinturas.

Sesión 7

Actividad 6

Procedimiento: Vamos a introducir las expresiones faciales de todas las emociones básicas aprendidas (*alegría, tristeza, enfado y miedo*). La actividad va a consistir en relacionar los emoticonos con las fotografías de las expresiones faciales (*Anexo 7*). Podemos encontrar muchas fotografías en Internet y lo importante es ir variando. Se emite la pregunta de “¿quién está contento?” y seguidamente se ordena “colocar” o “unir” con el emoticono. Si en actividades anteriores hemos conseguido que nos diga el nombre de la emoción, iremos señalando cara por cara para afianzar la denominación de cada expresión. Al completar con éxito el ejercicio, se le recompensa.

Es valioso repetir esta actividad en casa si es posible con la ayuda de la familia intentando cambiar las imágenes o fotografías para que reconozca la emoción y no la foto exclusivamente que ya conoce.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, emoticonos, y fotos de expresiones faciales.

FIN DE BLOQUE I

BLOQUE II: “Nuestras emociones II”

Vamos a trabajar dos emociones básicas más como son el *asco* y la *sorpresa*. Durante el programa no se tratará ninguna emoción más, ya que el resto adquieren una mayor dificultad en la comprensión y expresión, por lo que deberán practicarse una vez dominen o consigan entender todas las estudiadas y analizadas.

Sesión 1

Actividad 7

Procedimiento: Se repetirá el mecanismo empleado en la Actividad 1, pero cambiando las emociones anteriores por las de *asco* y *sorpresa* (*Anexo 8*). El niño/a relaciona pictograma-emoticono después de una explicación de boca, ojos, cejas y nombre.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Pictogramas de ARASAAC, emoticonos, dibujos, mesa y sillas.

Sesión 2

Actividad 8

Procedimiento: Se trabajan las dos emociones juntas (*asco* y *sorpresa*). Repetiremos la Actividad 3, por lo que con la orden de “coloca bien” le pediremos que ordene cada pictograma con el correspondiente emoticono. Para reforzar la comprensión, se juega a dibujar las caras en un papel en el que aparece únicamente la forma facial.

Como en actividades anteriores, se cambia los pictogramas por dibujos para que sea más variado y se le vuelve a ordenar “coloca bien”. Finalmente se le recompensa.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, pictogramas de ARASAAC, emoticonos y dibujos.

Sesión 3

Actividad 9

Procedimiento: Vamos a introducir las expresiones faciales de las emociones previamente trabajadas (*asco y sorpresa*). Se duplicará la Actividad número 6, pero con otras expresiones. La actividad va a consistir en relacionar los emoticonos con las fotografías de las expresiones faciales (**Anexo 9**). Podemos encontrar muchas fotografías en Internet y lo importante es ir variando. Se emite la pregunta de “¿quién está sorprendido?” y seguidamente se ordena “colocar” o “unir”. Hay que premiar y elogiar todos los nuevos avances.

Igualmente recomendaremos a los familiares repetir en casa esta actividad con fotografías suyas u otras de Internet para ir trabajando más a fondo la expresión.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesas, sillas, emoticonos, y fotos de expresiones faciales.

Sesión 4

Actividad 10

Procedimiento: Vamos a consolidar todo lo aprendido con varios juegos como actividad final de este bloque.

Primero vamos a pedir al niño/a que una la boca y los ojos de los pictogramas de ARASAAC de asco y sorpresa que se encuentran divididos por la mitad (**Anexo 10**), al igual que hicimos en el anterior bloque. Cuando lo consiga le elogiaremos.

Otro juego que nos va a servir como resumen y práctica de todas las emociones aprendidas (*alegría, tristeza, enfado, miedo, sorpresa y asco*), va a ser dibujar caras. Con una hoja donde aparecen ciertos rostros de niños/as sin expresión facial se le va a pedir al niño/a trazar la boca y los ojos de dos caras felices, dos tristes, dos enfadas, dos asustadas, dos con sorpresa y dos de asco (**Anexo 10**). Tendremos los pictogramas al lado en la mesa en caso de necesidad al igual que la ayuda de la educadora o educador social.

Con ello daremos por terminados estos dos bloques (I y II) y por lo tanto, el conocimiento de aquellas emociones consideradas primordiales o elementales. A partir de este punto daremos paso a la expresión.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Sillas, mesas, dibujos y pinturas.

FIN DEL BLOQUE II

BLOQUE III: “¿Cómo manifestamos nuestras emociones?”

Se destinará el bloque exclusivamente a tratar las expresiones faciales y corporales. Se trabajará en todas las actividades de la misma forma, sin embargo cada una de ellas se centrará en una emoción básica.

Sesión 1

Actividad 11

Procedimiento: Comenzamos la actividad identificando y relacionando las expresiones de los ojos y la boca de imágenes con niños/as reales con los pictogramas de ARASAAC que hemos utilizado en bloques anteriores (*Anexo II*). Únicamente serán los de *alegría* y *tristeza* y con orden de “(nombre del niño/a), coloca bien al niño o niña feliz con los ojos y la boca feliz”, le mandaremos vincular el gesto con la emoción correspondiente de los pictogramas. Después de completarlo correctamente le elogiamos y animamos a seguir. Podemos realizar este ejercicio imitando primero la expresión para que tenga más referencias visuales y luego mandar al niño/a completar la unión de imagen-pictograma.

Posteriormente estimularemos la parte cognitiva con un juego de imitación. Con los recursos empleados antes, reforzaremos la expresión con mímica donde le diremos “ahora (nombre del niño/a) pon tú esa cara” y lo harán a la vez la educadora o educador social y el niño/a. También mantendremos contacto directo con el niño/a y le diremos situaciones sencillas para explicar por qué esa cara está contenta, así comenzamos a preparar el siguiente bloque. Para completar la sesión volvemos a empezar el proceso con otra cara distinta.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, pictogramas ARASAAC y fotografías.

Sesión 2

Actividad 12

Procedimiento: Utilizaremos el mismo procedimiento que la actividad anterior pero trabajando en esta sesión el *enfado* y el *miedo* (***Anexo 12***).

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, pictogramas ARASAAC y fotografías.

Sesión 3

Actividad 13

Procedimiento: Igualmente trabajaremos con la misma mecánica que en sesiones anteriores, centrándonos en la *sorpresa* y el *asco* (***Anexo 13***).

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, pictogramas ARASAAC y fotografías.

Sesión 4

Actividad 14

Procedimiento: Realizaremos un juego para imitar todas las expresiones de las seis emociones (*alegría, tristeza, enfado, miedo, sorpresa y asco*). Pondremos los pictogramas de ARASAAC boca abajo y elegiremos uno. Después pediremos que señale uno y si vemos que le es complicado, le llevaremos su mano hasta uno de ellos. Descubriremos la expresión, le preguntaremos el nombre y realizaremos un juego de mímica. En un espejo sujetamos a la altura de sus ojos la imagen con la expresión de ojos y labios reales usadas anteriormente y trataremos de que el niño/a lo imite. Primero se lo hace la educadora o educador social o se señala la foto. Le diremos “(nombre del niño/a), mira como sonrío” y “mira como ahora me pongo triste, ahora hazlo tú” a la vez que se mira en su reflejo. Haremos el mismo procedimiento con todas las emociones.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, pictogramas ARASAAC, fotografías y espejo.

Sesión 5

Actividad 15

Procedimiento: Los gestos del cuerpo forman parte de lenguaje no verbal e incluso nos ayuda a reconocer como se sienten los demás, por ello emplearemos esta sesión para iniciar la expresión corporal. Únicamente vamos a tratar las 4 emociones de *alegría, tristeza, enfado y miedo*, ya que la sorpresa y el asco no requieren ninguna manera corporal específica. En esta sesión nos centraremos en la *alegría y tristeza*.

Primero mostraremos los cuerpos de 2 niños personificando unos gestos (**Anexo 14**) que uniremos con los pictogramas, por lo tanto tendremos en la mesa por un lado estas imágenes de niños y los pictogramas de ARASAAC que usamos siempre. Explicaremos al niño/a la forma de los brazos y le diremos que emoción representa. El siguiente paso será decirle que se fije en la cara y que junte imagen-pictograma. Después le motivaremos a seguir, ya sea con premio o alago. Estos nuevos dibujos nos sirven como soporte visual, ya que es la primera vez que el niño ve la expresión emocional corporal durante el programa. Después se irán al espejo el niño/a con la educadora o educador social y teniendo como apoyo el material que se ha trabajado previamente, ambos imitarán la cara y los gestos del dibujo.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, silla, espejo y dibujos.

Sesión 6

Actividad 16

Procedimiento: Repetiremos el ejercicio anterior únicamente en *miedo y enfado* (**Anexo 15**).

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, silla, espejo y dibujos.

Sesión 7

Actividad 17

Procedimiento: En esta actividad identificaremos todas las emociones (*alegría*, *tristeza*, *miedo* y *enfado*) entre un total de 4 cuerpos humanos (**Anexo 16**). Podemos describir un poco la silueta a fin de dar alguna pista. Una vez localizados, dibujaremos la cara que corresponde. Cuando tengamos dibujados el cuerpo con su correspondiente expresión facial, vamos al espejo y la educadora o educador social imitará el dibujo ayudando y animando al niño/a a imitar el dibujo también. Finalmente después de cada acción, recordar que es fundamental ensalzar y elevar su esfuerzo.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesa, silla, espejo y dibujos.

FIN DEL BLOQUE III

BLOQUE IV: “¿Dónde sentimos nuestras emociones?”

Vamos a pasar a la comprensión de las emociones básicas aprendidas anteriormente y esclarecer cuando sentimos esas emociones relacionándolo con unas situaciones determinadas. En cierto modo es anticiparnos emocionalmente a una situación que se produzca. Si es capaz de identificar las emociones que se suceden en múltiples situaciones, podría ser el primer paso para fomentar el entendimiento de la relación causal con sus propias emociones.

Sesión 1

Actividad 18

Procedimiento: Primero extenderemos sobre la mesa una cantidad determinada de fichas que representan situaciones sencillas (**Anexo 17**). Pueden estar plastificadas para que su manejo se haga con mayor facilidad. Serán situaciones que están relacionadas con la *alegría* y la *tristeza*, ya que poco a poco iremos introduciendo una mayor dificultad con el resto de emociones. Una forma de apoyo es previamente, describir de forma breve y entendible todas las fichas y hacer preguntas sobre ellas, es decir, por ejemplo: “(nombre del niño/a), dame la ficha en la que dos personas están bailando”, así podremos comprobar si reconoce la imagen. Siempre le facilitaremos las acciones que puedan ser resultar más difíciles, como señalar la imagen.

Simplemente podemos coger la imagen, mostrarla delante de él o ella y decir si están felices o tristes. Con cada ficha acertada iremos premiando de forma verbal.

De forma consecutiva, con las siguientes palabras, le pediremos que una el pictograma de la cara feliz, con todas las escenas que representen esa felicidad: “(Nombre del niño/a), un niño feliz con las fichas felices”. Se pueden ir poniendo las fichas alrededor del pictograma o incluso podemos pegar en el lateral de una pequeña caja, los pictogramas e ir guardando cada ficha en su lugar correspondiente.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Fichas, mesa, sillas, pictogramas ARASAAC y cajas pequeñas.

Sesión 2

Actividad 19

Procedimiento: Rehacemos el ejercicio anterior pero con escenas que simulen *miedo* y *enfado* (*Anexo 18*).

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Fichas, mesa, sillas, pictogramas ARASAAC y cajas pequeñas.

Sesión 3

Actividad 20

Procedimiento: Vamos a realizar de forma conjunta, una ficha que reúna los siguientes concomitamientos sobre la *alegría* y *tristeza*:

- La cara de la emoción con su nombre (usaremos imágenes de personas reales aunque también es factible utilizar los pictogramas).
- La expresión facial y corporal (como tiene los ojos, la boca y el cuerpo).
- Situaciones que simbolizen dicha emoción (colocaremos las situaciones de las fichas usadas anteriormente).

Haremos una lámina donde en cada hueco se irá pegando en forma de fichas la información expuesta anteriormente (*Anexo 20*). Para reforzar esta actividad después de completar una lámina con la emoción, simularemos el gesto diciendo, “(nombre del niño/a), ¿Qué cara

tenemos cuando estamos contentos?”. Lo puede hacer primero la educadora o educador social para animar al niño/a a imitarle. Repetiremos el ejercicio con la emoción de la tristeza.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Fichas, mesa y sillas.

Sesión 4

Actividad 21

Procedimiento: Trabajamos como en la actividad previa, pero con emociones de *miedo* y *enfado* (*Anexo 21*).

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Fichas, mesa y sillas.

Sesión 5

Actividad 22

Procedimiento: A través de la visualización de imágenes que representan situaciones muy sencillas que el niño /a puede vivir en su día a día, (*Anexo 22*) vamos a relacionarlo con los estados emocionales básicos. La educadora o educador social le explica al niño/a lo que sucede en la foto y le dice: “(nombre del niño/a) ¿qué emoción tiene el niño de la foto?”. Si no sabe se le ayuda explicándole de nuevo la situación de la imagen y se le pregunta de forma más concreta “¿está contento?, ¿está triste?, ¿está enfadado?, ¿está asustado?”. Podemos esperar una respuesta verbal, un signo o que nos señale el pictograma que representa la emoción. Si acierta se le elogia y premia de forma verbal, con un choque de manos o una recompensa material.

Durante la sesión visualizamos varias situaciones distintas con diversas emociones de los cuatro tipos (*alegría, tristeza, miedo y enfado*) pero en el mismo contexto. A parte de todo ello, haremos hincapié en la imagen y por qué el niño tiene la emoción que tiene, para fomentar la interiorización de la emoción y la entienda en relación a una vivencia propia.

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Mesas, sillas e imágenes.

Sesión 6

Actividad 23

Procedimiento: Repetimos la actividad inicial de este bloque (actividad 18), pero con las emociones de *asco* y *sorpresa* (*Anexo 23*).

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Fichas, mesa, sillas, pictogramas ARASAAC y cajas pequeñas.

Sesión 7

Actividad 24

Procedimiento: Vamos a terminar el bloque con la repetición de las actividades 20 y 21, pero con *asco* y *sorpresa* (*Anexo 24*).

Temporalización: 30 minutos.

Recursos: Fichas, mesa y sillas.

FIN DEL BLOQUE IV

BLOQUE V: “¿Sabemos manejar nuestras emociones?”

El autoconocimiento emocional que nos facilita adecuar nuestras emociones a momentos determinados, no es algo sencillo de lograr, además requiere mucho tiempo y consciencia. En este bloque vamos a aplicar ciertos métodos y herramientas para intentar ocuparnos a pequeña escala de la autorregulación de la emoción del enfado. Únicamente se va tratar la canalización de dicha emoción, ya que es la que mayor desproporción presentan a la hora de medir su intensidad

Sesión 1

Actividad 25

Procedimiento: Una vez que se han identificado durante los bloques anteriores la emoción del enfado a través de pictogramas, expresiones faciales y situaciones, lo que se va a intentar trabajar en esta sesión son técnicas de regulación de conducta, enfocado a la regulación del *enfado*. Primero es necesario que reconozcan en ellos mismos dicha emoción y posteriormente apliquen los recursos para gestionarla.

Para realizar esta actividad necesitamos que los familiares nos hagan una lista de las situaciones que le provoquen enfado, angustia o frustración, como por ejemplo: cuando cogen sus cosas, cuando alguien le grita, cuando algo no le gusta, cuando le mandan realizar una tarea que no sabe hacer, cuando escucha demasiado ruido, etc.

Posteriormente las iremos traduciendo a pictogramas con la siguiente aplicación: <https://www.pictotraductor.com/>, pero si no es posible encontrar esa situación concreta buscaremos otras situaciones parecidas.

Con todas las fichas seleccionadas, podemos hacer una lámina adhesiva donde por una parte estén los emoticonos de colores empleados en el primer bloque o los pictogramas que usamos siempre y las situaciones de enfado mezcladas con algunas otras que representan otras emociones. Iremos mostrando cada una de las situaciones y le preguntamos: “(nombre del niño/a), ¿cómo te sientes cuando te pasa esto?”. Si no selecciona ningún emoticono/pictograma, iremos uno por uno preguntando ¿“Te sientes contento”? a la vez que le mostramos la imagen. Si no consigue asociar la situación con el mismo, podemos nombrar al personaje de la ficha como si le pasara a otra persona, por ejemplo: “mira como están gritando a Pepe. ¿Cómo está?”. Cuando conozca la emoción la juntamos al emoticono/pictograma correspondiente.

La finalidad es que reconozca cuando se siente enfadado por lo tanto debemos colocar un mayor número de situaciones que representen esta emoción, incluyendo varias de otras emociones, pero en menor proporción.

Temporalización: 45 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, fichas de situaciones, emoticonos/pictogramas.

Sesión 2

Actividad 26

Procedimiento: Iremos configurando los niveles de intensidad de las emociones y para ello emplearemos el termómetro de las emociones (*Anexo 24*). Van a realizarlo la educadora o

educador social y el niño/a de forma conjunta para ir relacionando los colores con los pictogramas de ARASAAC de la siguiente manera:

- Azul: pictograma de cara con niño riendo y feliz.
- Naranja: niño molesto.
- Rojo: niño enfadado

Igualmente podemos incorporar al termómetro cinta adhesiva e ir pegando encima de cada color, su equivalente emocional. Iremos contando una pequeña historia para relacionar las caras y los colores, por ejemplo: “Pablo está comiendo su helado favorito así que está muy contento. De repente se da cuenta de que está lloviendo y le molesta. Al final por culpa de la lluvia se le cae su helado al suelo y se enfada”. Deben ser pequeñas historias que muestren el paso de una emoción a otra, no únicamente historias relacionadas con una emoción concreta.

Para que el niño/a tenga una referencia, primero la educadora o educador social unirá los pictogramas con el termómetro y luego ya le mandamos colocar bien. Después le preguntamos, “¿Tú cómo te sientes?, señala un color”. Antes de terminar la sesión, escogeremos varias situaciones empleadas anteriormente y le preguntaremos como estaría el o ella en la situación y el color que le corresponde.

Temporalización: 45 minutos.

Recursos: Mesa, sillas, fichas de situaciones, emoticonos/pictogramas y termómetro.

Sesión 3

Actividad 27

Procedimiento: En esta última sesión a través de varios ejercicios vamos a dar diferentes técnicas para calmar los momentos de enfado. Primero de forma conjunta vamos a realizar una tabla con pictogramas que representen las acciones que se pueden hacer y las que se no se deben hacer cuando estamos enfadados (*Anexo 25*). Le iremos preguntando al niño/a si la acción que esta en la ficha se puede o no hacer y las iremos pegando en el lugar correspondiente.

Más tarde seleccionamos las fichas de la actividad 25, que son las que al niño/a le producen enfado y preguntamos: “(Nombre del niño/a, ¿Qué tenemos que hacer cuando estamos en esta situación? y ¿Qué no podemos hacer?”. Dejaremos al niño/a seleccionar las acciones que se

deben hacer y luego las que no, dándole su tiempo y espacio. Una vez terminado le premiaremos si lo ha realizado de forma correcta.

Temporalización: 45 minutos

Recursos: Mesa, sillas y fichas.

FIN DEL BLOQUE V

6.4 EVALUACIÓN

La evaluación es una parte fundamental, ya que es un proceso que promueve el cambio según hayan sido los resultados. Una consecuencia de no aplicar el programa de forma real es la imposibilidad de conocer nuevas mejoras. Sin embargo, concretamente en esta propuesta se realizará una evaluación continua y cualitativa, con tres momentos de evaluación:

- Evaluación inicial: Se realiza con un cuestionario durante la entrevista en la primera sesión y en ella se valoran las necesidades, intereses y motivaciones que van a guiar las futuras actividades.
- Evaluación del proceso: Al finalizar cada sesión dentro de cada bloque, la educadora o educador social encargado de impartirlo, apuntará en una hoja de observación ciertos parámetros de evaluación (*Anexo 26*). Una vez realizada la evaluación, si no se han logrado cumplir los objetivos propuestos en el bloque, se destinará la siguiente semana para volver a realizar ciertas actividades que sean necesarias.
- Evaluación final: Se usará otra tabla en la que se pretende conocer los conocimientos adquiridos a través de unos criterios definidos (*Anexo 26*).

8. CONCLUSIONES

Con la realización y elaboración de esta propuesta de intervención, además de con toda la información recopilada sobre el TEA en los procesos de detección, diagnóstico y AT, se sacan las siguientes conclusiones:

Existen multitud de autores y expertos especializados en conocer en profundidad los aspectos del TEA, sin embargo no se hacen visibles en los conocimientos que presenta la sociedad. Actualmente se da una falta de información y entendimiento acerca de lo que es el TEA, llevando en muchos casos a la equivocación y a la mala utilización del concepto a la hora de referirse a una persona. Partiendo del conocimiento, todos los individuos que forman o pueden llegar a formar parte de su vida diaria, tendrá la capacidad de adaptarse conociendo sus circunstancias, ya sea gente que se cruza en su camino, familiares, enfermeros/as o profesionales como psicólogos/as, educadores/as sociales, maestros/as de educación especial, psicopedagogos/as, etc... En definitiva: *“Tenemos que aprender a ver el mundo a través de los ojos de una persona con TEA. Cuando seamos capaces de comprender por qué la vida les resulta difícil, podremos mover obstáculos y respetar los esfuerzos que hacen para sobrevivir entre nosotros” (Theo Peeters).*

Por otra parte, el mundo de la comprensión y expresión emocional, no adquiere la relevancia que se merece, siendo algo directamente relacionado con la autoestima y el autoconocimiento que nos permite crecer y evolucionar. Las intervenciones que se realizan con niños/as con TEA, dan mayor trascendencia a adquirir habilidades sociales, comunicativas y adaptativas acotando el tiempo utilizado para las habilidades emocionales. No se deben sustituir unas por otras, ya que todas y cada una de ellas deben ser tratadas para generar un mayor progreso personal, sin embargo sería importante igualar la duración de estimulación empleada en todas ellas con unas actividades y programas perfectamente estructurados, desempeñados por profesionales especializados.

Como conclusión final, es importante destacar que los profesionales de la Educación Social apenas tienen cabida y reconocimiento dentro de los servicios de la AT, siendo algo que, acorde a las competencias del título de Educación Social, estarían capacitados para hacer. Además cada niño o niña presenta unas características que les hacen únicos, por lo que la forma de intervenir o estimular siempre debería realizarse de una manera individualizada, siendo algo que caracteriza el trabajo de la educación social.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantud, F. (Ed.) (2013). *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana*. Madrid: Pirámide.
- Alcantud, F., Alonso, Y. y Mata, S. (2017). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 47(4), 7-26. Doi: 10.14201/scero2016474726
- Alonso, J., Sánchez, A. y Rodríguez, F. (en prensa). Protocolo de Expresión Emocional (PEXMO).
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Artigas-Pallarès, 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), 567-587. Doi:10.4321/S0211-57352012000300008
- Autismo Diario. (3 de marzo de 2017). La evaluación y detección temprana de los trastornos del espectro del autismo. Autismo diario. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2017/03/03/la-evaluacion-y-deteccion-temprana-de-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>
- Autismo España. (29 de enero de 2018). El NICE actualiza su guía para la detección y diagnóstico de los Trastornos del Espectro del Autismo en niños. Confederación Autismo diario. Recuperado de: <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/el-nice-actualiza-su-guia-para-la-deteccion-y-diagnostico-de-los-trastornos-del>
- Barba, C. (19 de diciembre de 2017). Concepto y definición de Atención Temprana. Logopediapresenteyfuturo [Blog]. Recuperado de: <http://logopediapresenteyfuturocarmenbarba.blogspot.com/2017/12/concepto-y-definicion-de-atencion.html>

- Busquets, L., et al. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *PediatríaIntegral*, XXII (2), 1-6. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-03/deteccion-precoz-del-trastorno-del-espectro-autista-durante-el-primer-ano-de-vida-en-la-consulta-pediatrica/>
- Cabodevilla, C., et al. (s.f). *Protocolo para la detección, el diagnóstico y la intervención de niños y niñas con sospecha de trastorno del espectro del autismo (0 a 3 años)*. Autismo Navarra. Recuperado de: <http://www.autismonavarra.com/wpcontent/uploads/2017/01/Protocolo-TEA-de-0-a-3-a%C3%B1os.pdf>
- Canal, R. (20 de marzo de 2014). Valoración de la eficacia de los programas de intervención educativa. Asociación Española de Profesionales de Autismo: AETAPI. Recuperado de: <http://aetapi.org/download/valoracion-de-la-eficacia-de-los-programas-de-intervencion-educativa/?wpdmdl=910>
- Canal, R., García, P., Martín-Cilleros, M.V., et al. (2013). Diagnóstico precoz y sistemas de cribado en los trastornos del espectro autista. En F. Alcántud. (Ed.) (2013). *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana*. (pp. 61-95). Madrid: Pirámide.
- Comín, D. (14 de mayo de 2016). *La Atención Temprana y el Autismo*. Autismo Diario. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2016/05/14/la-atencion-temprana-autismo/>
- Confederación Autismo España. (2018). *Detección y diagnóstico*. Confederación Autismo España. Recuperado de: <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/deteccion>
- Facultad de Educación y Trabajo Social (2016). Competencias Grado en Educación Social. Universidad de Valladolid. Recuperado de: http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.01.grados/2.01.02.ofertaformativagrados/documentos/edsocva_competencias.pdf
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (G.A.T.). (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado de: https://www.fcsd.org/fichero-69992_69992.pdf

- Fun4us. (19 de mayo de 2016). Estimulación temprana o atención temprana en niños con necesidades especiales. Fun4us. Recuperado de:
<https://fun4us.org/2016/05/19/estimulacion-temprana-o-atencion-temprana-en-ninos-con-necesidades-especiales/>
- Güemes, I., Martín, M., Canal, R. Y Posada, M. (2009). *Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista*. Madrid: IIER Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de:
<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-70ea32dfb6>
- Gutierrez, P. y Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos. *Psicología Educativa*, 18(2) 107-122. Doi: <https://doi.org/10.5093/ed2012a12>
- Hervás, A. (2016). Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista [XVIII Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil]. *Revista de Neurología*, 62 (Supl.1), 9-S14. Recuperado de:
<https://www.neurologia.com/articulo/2016068>
- Hervás, A., Balmaña, N., y Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral*, 21 (2), 92-108. Recuperado de:
<https://www.adolescenciasema.org/trastorno-del-espectro-autista/>
- Hortal, C. (2014). *Trastorno del espectro autista: ¿Cómo ayudar a nuestro hijo con TEA?*. Barcelona: Omega, S.L.
- Kranner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*, 2 (217250). (Trad. Cast, por Sanz, T, (1993) en *Revista Española de Discapacidad Intelectual. Siglo Cero*. (149).1-39. Recuperado de:
http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Psico/Kanner.pdf
- Martínez, A. y Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 8 (2), 33-42. Doi: 10.5231/psy.writ.2015.1905

- Mas, M. J., (18 de abril de 2016). *¿Se puede detectar pronto el autismo?*. Neuronas en crecimiento. Comprender el neurodesarrollo y los problemas neurológicos infantiles. [Blog]. Recuperado de: <https://neuropediatra.org/2016/04/18/autismo-deteccion-precoz/>
- Menéndez, C., y Greif, V. (2017). Trastornos del espectro autista. *Medicina Infantil*, 24(2). 199-205. Recuperado de: http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2017/xxiv_2_199.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Enero de 2018). *eCIE-10ES*. Edición electrónica de la CIE-10-ES 2º edición.
- Olivar, J.S. y De la Iglesia, M. (2015). Trastorno del espectro del autismo y su tratamiento. En R. González e I. Montoya (Coords.), *Psicología clínica infantojuvenil* (pp. 359-378). Madrid: Ediciones Pirámide
- Orellana, C. (20 de diciembre de 2017). *Clasificación diagnóstica del autismo en la CIE-11*. Autismo Diario. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2017/12/21/cie-11-vigente-a-partir-de-mayo-de-2018/>
- Palomo, R. (5 de marzo de 2018). *Los tres grados del trastorno del espectro del autismo*. TiTi [Blog]. Recuperado de: <https://infotiti.com/2018/03/grados-del-autismo-niveles/>
- Romero, M., et al. (2016). Comorbilidades psiquiátricas en los trastornos del espectro autista: estudio comparativo entre los criterios DSM-IV-TR y DSM-5. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 267-275. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/337/33747008006/>
- Vargas, M. J. y Navas, W. (2012). Autismo Infantil. *Revista Cúpula*, 26 (2), 44-58. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/v26n2.pdf#page=44>
- Vázquez-Villagrán, L., et al. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(5), 31-45. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75061>

Vivanti, G. y Pagetti, D. (23 de abril de 2014). *Los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5*. Federación Autismo Galicia. Recuperado de:
http://www.autismogalicia.org/index.php?option=com_content&view=article&id=321%3Adsm-5&catid=52%3Acatnovas&Itemid=74&lang=es

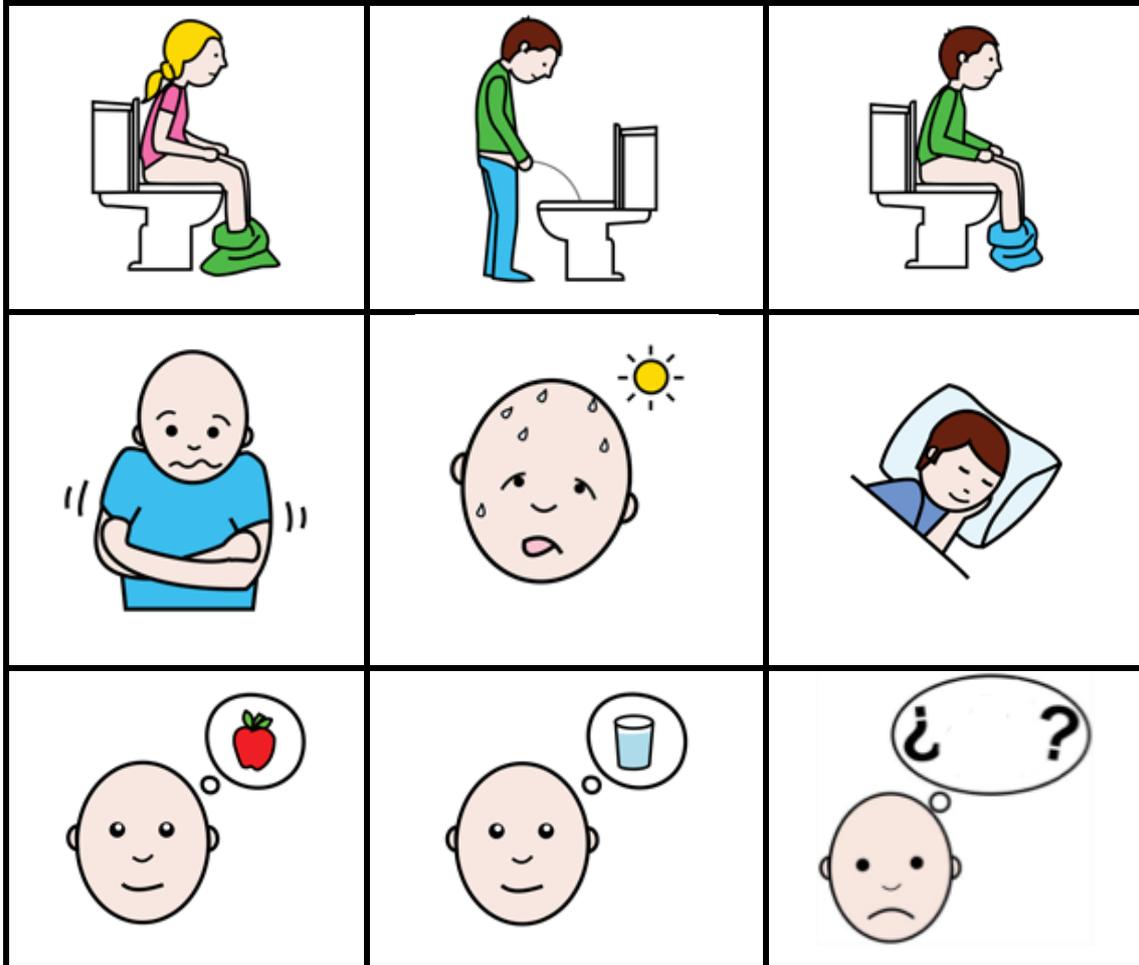
Referencias bibliográficas de los anexos:

- Anaid. (31 de mayo de 2011). Caritas para colorear e imprimir. Fichas infantiles [Blog]. Recuperado de: <http://fichasinfantiles.blogspot.com/2011/05/caritas-para-colorear-e-imprimir.html>
- Brayo, J. (21 de septiembre de 2017). *Juego de los sentimientos*. ARASACC: Gobierno de Aragón. Recuperado de: http://www.arasaac.org/materiales.php?id_material=705
- Cornago, A. (3 de diciembre de 2009). *Las emociones paso a paso*. El sonido de la hierba al crecer. Estimulación en autismo paso a paso [Blog]. Recuperado de:
<http://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/2009/03/las-emociones-paso-paso.html>
- Cornago, A. (6 de junio de 2017). *Ojos y bocas emocionales, por Coti Coloma del Peso*. El sonido de la hierba al crecer. Estimulación en autismo paso a paso [Blog]. Recuperado de: <http://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/2017/06/ojos-y-bocas-emocionales-por-coti-coloma.html>
- Cuadrado, E. (21 de septiembre de 2012). *Termómetro de emociones*. ARASACC: Gobierno de Aragón. Recuperado de: http://www.arasaac.org/materiales.php?id_material=752
- Del Monte, A. (8 de enero de 2013). Emociones causa-efecto. ARASACC: Gobierno de Aragón. Recuperado de: http://www.arasaac.org/materiales.php?id_material=851
- Elías, P. (9 de mayo de 2013). Trabajando las emociones. Aprender [Blog]. Recuperado de:
<https://aprenderecia.blogspot.com/2008/11/trabalhando-as-emoes.html>
- Grupo Promedia. (2018). Pictotraductor [Aplicación]. Recuperado de:
<https://www.pictotraductor.com/>
- Hormiga reina. (14 de mayo de 2013). *Emociones*. Hormigas informáticas [Blog]. Recuperado de: <http://hormigasinformaticas.blogspot.com/2013/05/emociones.html>

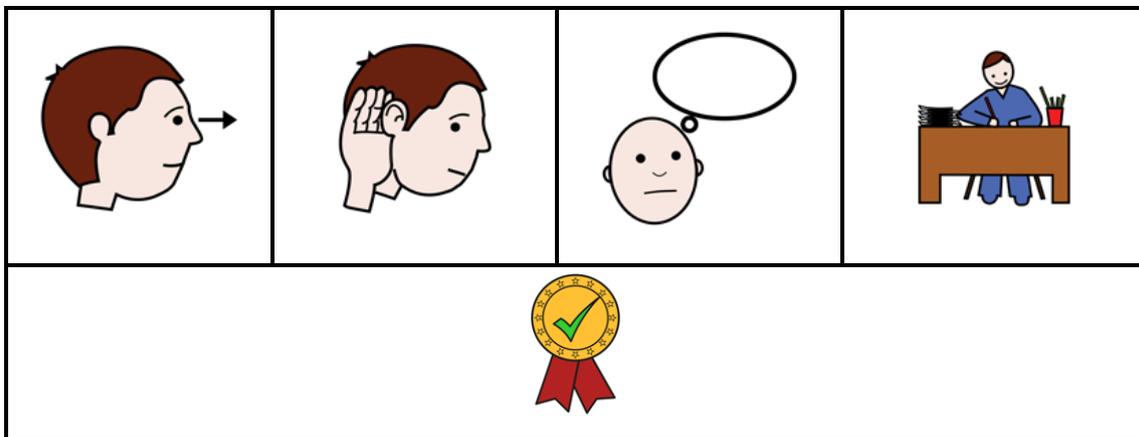
- León, D. (25 de marzo de 2014). Ciencia: Poner cara de asco nos ayuda a sobrevivir. Oveja Negra [Blog]. Recuperado de: <https://ovejanegra.peru.com/temas-libres-ciencia-poner-cara-asco-nos-ayuda-sobrevivir-fotos-239572>
- López, E (Coord). (2012). *Educación emocional. Programa para 3-6 años*. Wolters Kluwer, Educación: España.
- Olgasuslo. (2018). *Set childrens faces with different emotions*. Dreamstime [Blog]. Recuperado de: <https://www.dreamstime.com/stock-illustration-set-children-s-faces-different-emotions-cartoon-emoticons-round-baby-image41052814>
- Poblador, E. (12 de febrero de 2018) *Autocontrol del enfado: Puedo, no puedo*. ARASACC: Gobierno de Aragón. Recuperado de: http://www.arasaac.org/materiales.php?id_material=267
- Roa, R. (15 de enero de 2013). Comunicación facial. Arrugas: ¿Signos de envejecimiento?. Renata Roa consultora en imagen y comunicación facial [Blog. Recuperado de: <https://www.renataroa.com/arrugas-signos-de-envejecimiento/>
- Romero, D., et al. (27 de junio de 2017). Aprendo emociones: contento-triste. ARASACC: Gobierno de Aragón. Recuperado de: http://www.arasaac.org/materiales.php?id_material=1282
- Ruiz, R. (s.f). *¿Cuál es la diferencia entre emociones y sentimientos?*. Lifeder.com [Blog]. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/diferencia-emocion-sentimiento/>

10. ANEXOS

ANEXO 1: PICTOGRAMA DE NECESIDADES Y AGENDA PARA TRABAJAR



(Grupo Promedia, 2018)



(Grupo Promedia, 2018)

ANEXO 2: ENTREVISTA Y CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO Y LUGAR: _____

EN CASA LO LLAMAN: _____

TELÉFONO DE CONTACTO (Indicar a quien pertenece): _____

NÚMERO DE HERMANOS: _____ LUGAR QUE OCUPA: _____

PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL NIÑO/A: _____

DATOS FAMILIARES

MADRE/PADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESTUDIOS Y OCUPACIÓN: _____

<i>Cuestionario</i>	<i>RESPUESTAS</i>			
	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>	<i>EXPLICACIÓN</i>
<i>PREGUNTAS</i>				
¿Verbaliza cuando algo le gusta? Si lo hace, ¿cómo lo expresa? *				

¿Responde cuando ve a una persona contenta? (Ej: devolver la sonrisa) *				
¿Le llama la atención el sonido de la risa o es indiferente? *				
¿Acompaña el gesto facial con la emoción?*				
¿Es indiferente a las situaciones que deben provocar felicidad? Ej: jugar, ir al parque...*				
¿Responde cuando alguien le saluda?				
¿Siente desagrado al recibir compañía?				
¿Va a la escuela?				
¿Juega con los demás niños/as?				
¿Se pone nervioso al ver a extraños?				

Tabla 7: Cuestionario

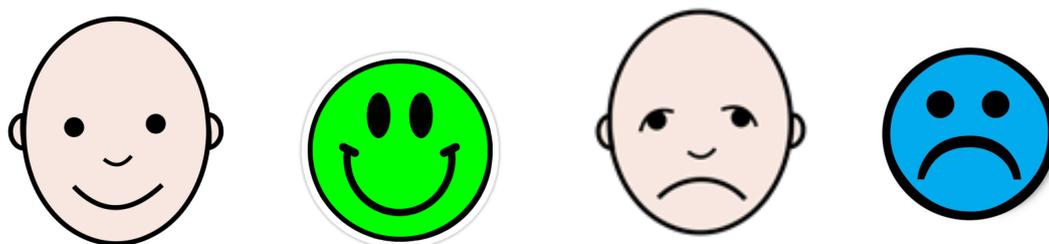
Fuente: Elaboración propia, 2018

* Las preguntas con asterisco se realizarán con las seis emociones que se trabajan en el programa (alegría, tristeza, miedo, enfado, sorpresa y asco).

Además se realizarán las siguientes preguntas dentro de la entrevista:

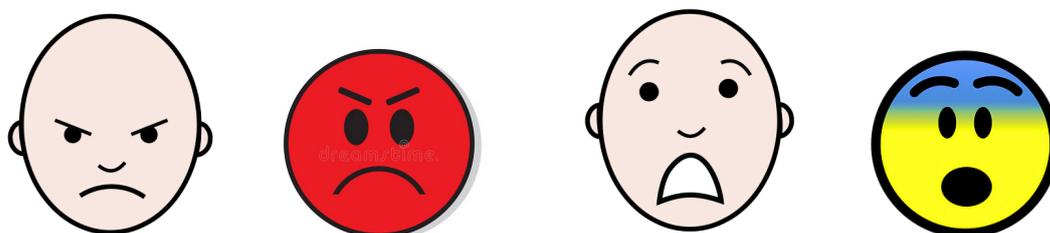
- ¿Cómo es la relación que tienen con su hijo/a en casa?
- ¿El niño/a tiene estresores?. Si los tiene, ¿Cuáles son?
- ¿Qué tipo de objetos o intereses le llaman la atención?
- ¿Van a alguna otra institución a recibir apoyo o información?
- ¿Cómo estimulan a su hijo/a?
- ¿Qué puntos fuertes y débiles presenta?
- ¿Lleva a cabo alguna rutina en particular?

ANEXO 3: ACTIVIDAD 1



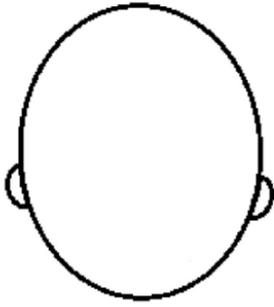
(Grupo Promedia, 2018)

ANEXO 4: ACTIVIDAD 2



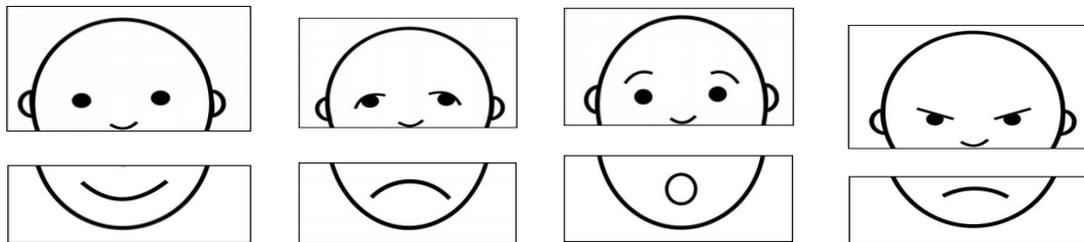
(Grupo Promedia, 2018)

ANEXO 5: ACTIVIDAD 3

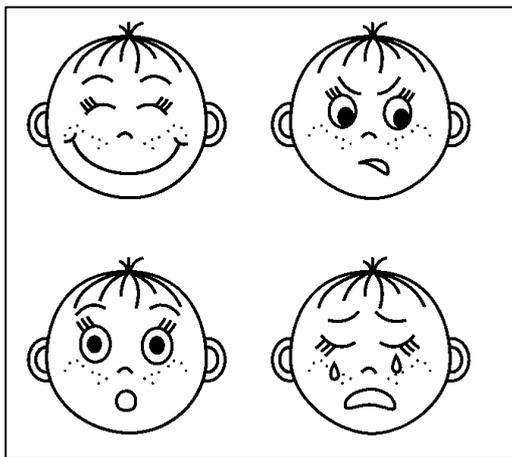


(Grupo Promedia, 2018)

ANEXO 6: ACTIVIDAD 5



(Grupo Promedia, 2018)



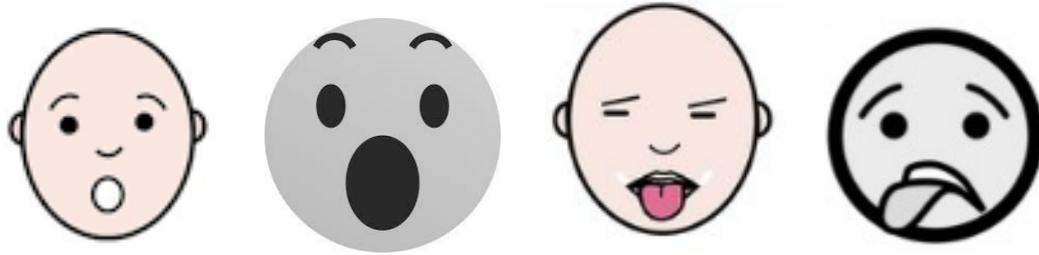
(Olgasuslo, 2018)

ANEXO 7: ACTIVIDAD 6



(Ruiz, s.f)

ANEXO 8: ACTIVIDAD 7



(Grupo Promedia, 2018)

ANEXO 9: ACTIVIDAD 9

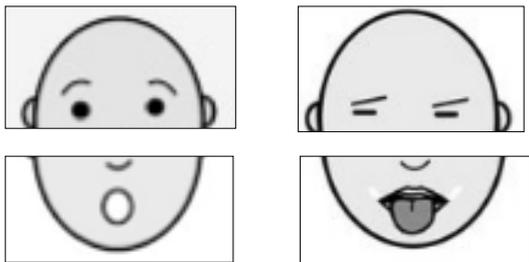


(Roa, 2013)

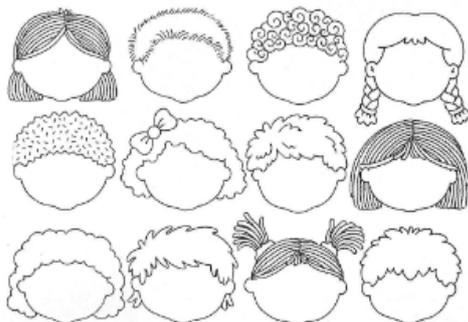


(León, 2014)

ANEXO 10: ACTIVIDAD 10



(Grupo Promedia, 2018)



(Anaid, 2011)

ANEXO 11: ACTIVIDAD 11

ALEGRÍA



TRISTEZA



(Cornago, 2017)

ANEXO 12: ACTIVIDAD 12

ENFADO / IRA



MIEDO



(Cornago, 2017)

ANEXO 13: ACTIVIDAD 13

SORPRESA



ASCO

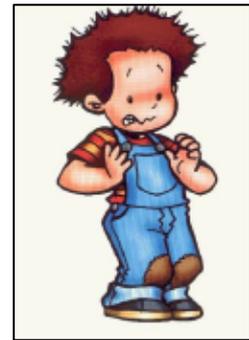


(Cornago, 2017)

ANEXO 14: ACTIVIDAD 15



ANEXO 15: ACTIVIDAD 16



(Elias, 2013)

ANEXO 16: ACTIVIDAD 17



(López, 2012)

ANEXO 17: ACTIVIDAD 18



(Del Monte, 2013), (Brayo, 2017) y (Romero, 2017)

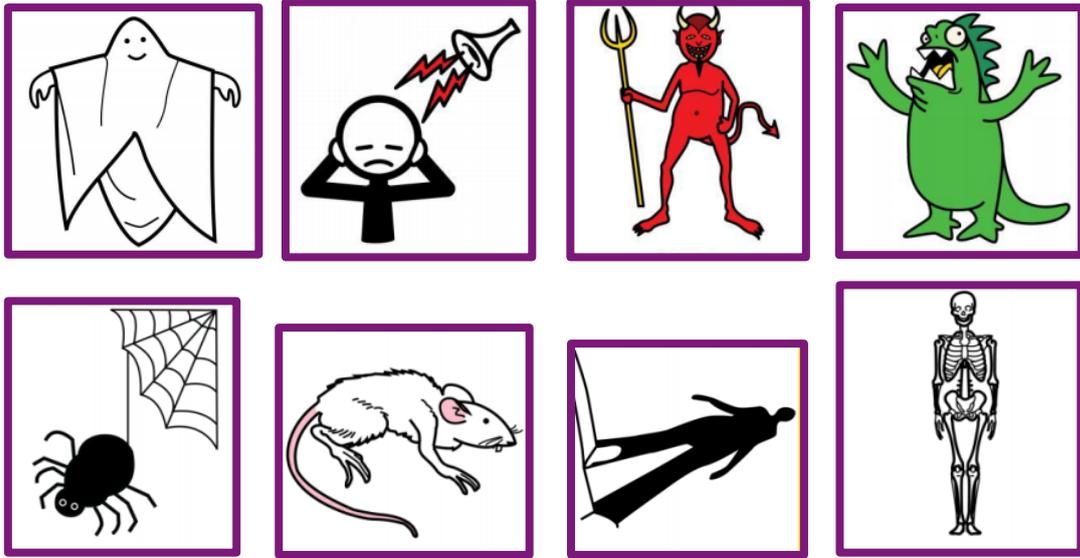


(Del Monte, 2013), (Brayo, 2017) y (Romero, 2017)

ANEXO 18: ACTIVIDAD 19



(Del Monte, 2013), (Brayo, 2017) y (Romero, 2017)



(Del Monte, 2013), (Brayo, 2017) y (Romero, 2017)

ANEXO 20: ACTIVIDAD 20

CONTENTO	CUANDO ESTAMOS CONTENTOS:	
		
		
		
NOS PONEMOS CONTENTOS CUANDO:		
(Pegamos las fichas con las situaciones)		

(Elaboración propia, 2018)

TRISTE	CUANDO ESTAMOS TRISTES:	
		
		
		
NOS PONEMOS TRISTES CUANDO:		
(Pegamos las fichas con las situaciones)		

(Elaboración propia, 2018)

ANEXO 21: ACTIVIDAD 21

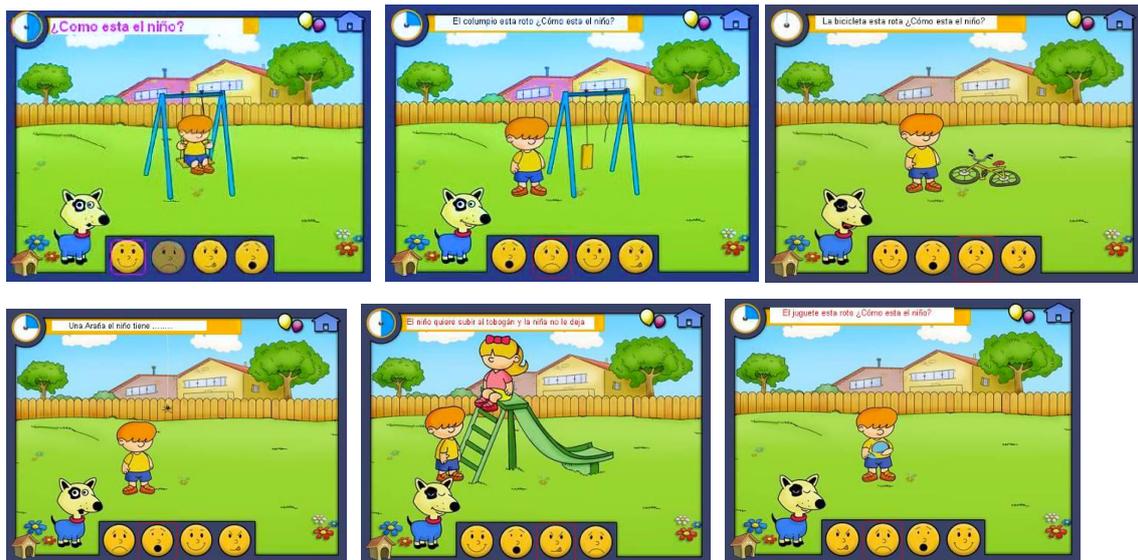
ENFADADO	CUANDO ESTAMOS ENFADADOS:	
		
		
		
NOS ENFADAMOS CUANDO:		
(Pegamos las fichas con las situaciones)		

(Elaboración propia, 2018)

ASUSTADO	CUANDO TENEMOS MIEDO:	
		
		
		
NOS ASUSTAMOS CUANDO:		
(Pegamos las fichas con las situaciones)		

(Elaboración propia, 2018)

ANEXO 22: ACTIVIDAD 22



¿Cómo está el niño?

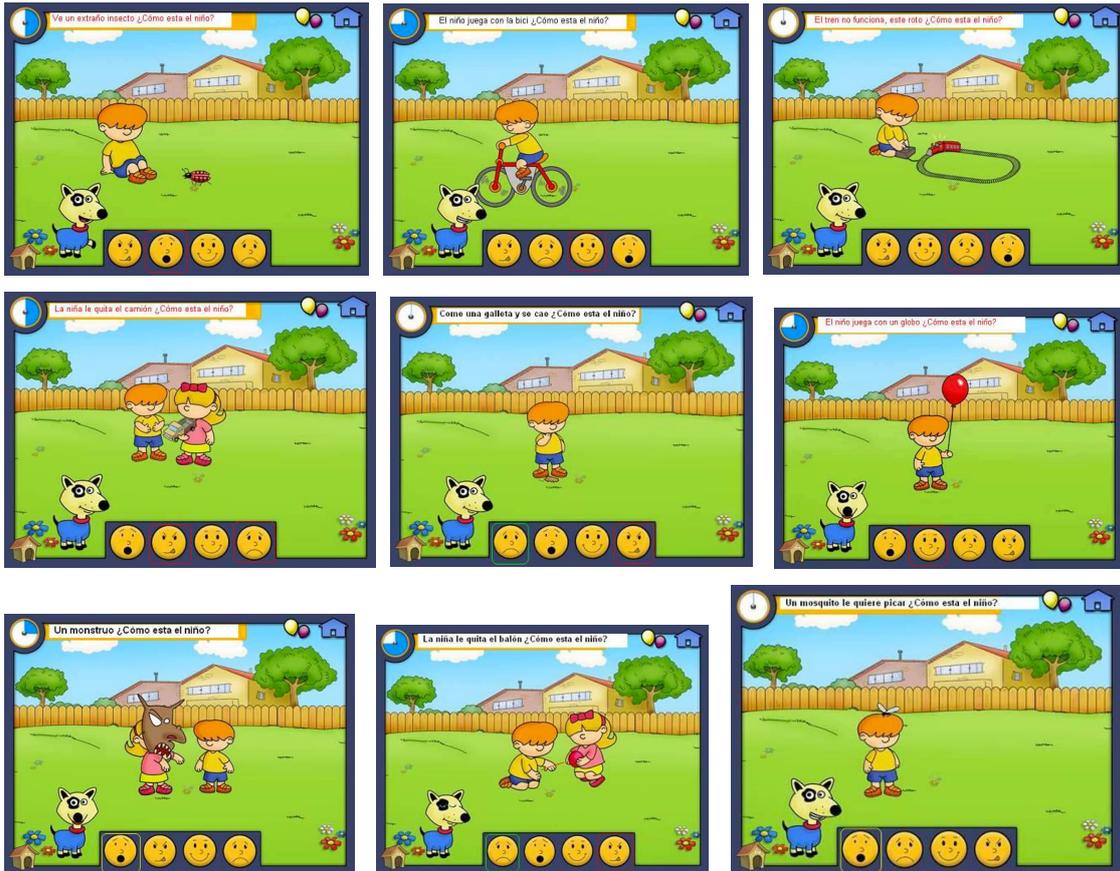
El columpio está roto ¿Cómo está el niño?

La bicicleta está rota ¿Cómo está el niño?

Una Araña el niño tiene

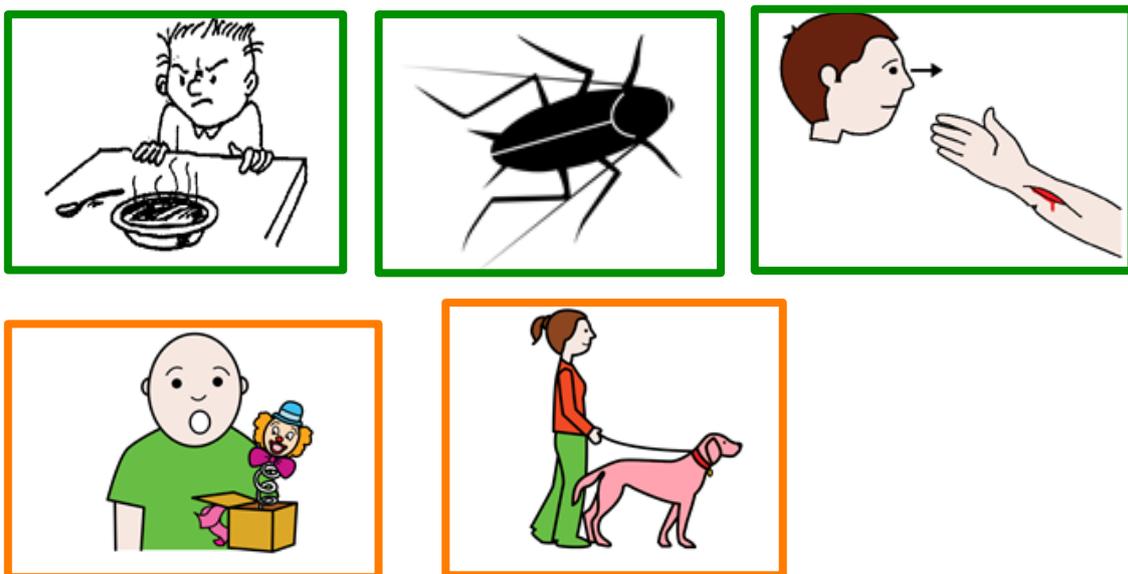
El niño quiere subir al tobogán y la niña no le deja

El juguete está roto ¿Cómo está el niño?



(Cornago, 2009)

ANEXO 23: ACTIVIDAD 23



(Hormiga reina, 2013)

ANEXO 24: ACTIVIDAD 24

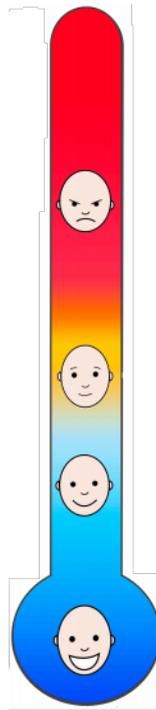
ASCO	CUANDO TENEMOS ASCO:	
		
		
TENEMOS ASCO CUANDO:		
(Pegamos las fichas con las situaciones)		

(Elaboración propia, 2018)

SORPRESA	CUANDO ESTAMOS ENFADADOS:	
		
		
NOS SORPRENDEMOS CUANDO:		
(Pegamos las fichas con las situaciones)		

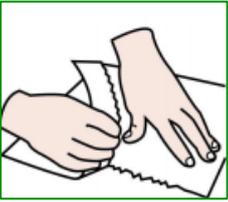
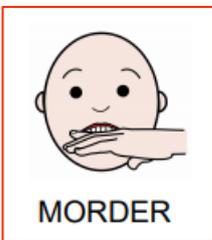
(Elaboración propia, 2018)

ANEXO 24: ACTIVIDAD 26



(Cuadrado, 2012)

ANEXO 25: ACTIVIDAD 27

SI PUEDO	NO PUEDO
  <p>RESPIRAR</p>	 <p>MORDER</p>  <p>GOLPEAR</p>
 <p>BEBER AGUA</p>  <p>LLORAR</p>	 <p>AGARRAR</p>  <p>TIRARME AL SUELO</p>
 <p>DESCANSAR</p>  <p>CONTAR HASTA 20</p>	 <p>EMPUJAR</p>

(Poblador, 2018)

ANEXO 26: EVALUACIÓN

<i>HOJA DE OBSERVACIÓN</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>
Muestra entusiasmo y una actitud participativa.			
Protesta y se enfada cuando se le manda hacer la actividad.			
Se alcanzan los objetivos establecidos para la actividad.			
La actividad ha resultado de utilidad.			

Tabla 8: Hoja de observación

Fuente: Elaboración propia, 2018

COMENTARIOS

<i>EVALUACIÓN FINAL</i>	<i>0%*</i>	<i>50%*</i>	<i>100%*</i>
Conoce e identifica las emociones básicas de la alegría y tristeza fácilmente.			
Conoce e identifica las emociones básicas del miedo y el enfado fácilmente.			
Conoce e identifica las emociones básicas de la sorpresa y asco fácilmente.			
Reconoce las emociones al ver su expresión facial correspondiente.			
Utiliza su cara para mostrar las emociones aprendidas.			
Utiliza sus brazos y piernas para acompañar a la emoción en el lenguaje no verbal.			
Relaciona situaciones con las emociones de alegría y tristeza.			

Relaciona situaciones con las emociones de miedo y enfado.			
Relaciona situaciones con las emociones de sorpresa y asco.			
Sabe unir una situación con la emoción básica correspondiente.			
Reconoce en él mismo situaciones de enfado.			
Entiende la gestión de la intensidad de la emoción de enfado.			

Tabla 9: Evaluación final

Fuente: Elaboración propia, 2018

*Cuando no haya adquirido alguno de los conocimientos, se marcará la casilla de 0% lo que significará 0 puntos. Si vemos que reconoce parte o que muestra indicios de que puede llegar a adquirir ese conocimiento con más práctica y entrenamiento, se puntuará con 5 puntos en la casilla correspondiente al 50% y si finalmente vemos que muestra soltura, marcaremos el 100% con un total de 10 puntos.

Contamos con total de 12 criterios evaluadores, por lo que al ser un programa en el que se van sucediendo unas actividades en los bloques que van adquiriendo mayor dificultad, se evaluará de forma conjunta y final. La máxima puntuación que se puede obtener son 120 puntos, por lo tanto el **indicador** que nos confirma que se han conseguido los objetivos plantados en el programa, será una puntuación no inferior a **60 puntos**.