

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**



**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA A
UN MENOR CON AUTISMO: UN ESTUDIO DE CASO.**

**TRABAJO TERMINAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON ÉNFASIS EN:
EDUCACIÓN ESPECIAL**

PRESENTA

SARA PAOLA NIEBLAS BLANCHET

**DIRECTOR DE TRABAJO TERMINAL
DRA. MARIA MARGARITA BARAK VELASQUEZ**

Mexicali, B. C.

Junio de 2014

Agradecimientos

En primer lugar me gustaría agradecer a mis maestros y tutora por ser la guía en este camino, por sus enseñanzas y sus consejos.

A mis padres por el apoyo incondicional, por ser mi mayor ejemplo a seguir y por emprender junto conmigo esta etapa de enseñanza y profesionalización.

Y finalmente pero no menos importante, a los que inspiran mi trabajo día con día y que hacen que mejore y me siga preparando, mis pacientes, los mejores maestros de la vida; y a los padres de familia por darme la confianza y trabajar junto conmigo para un desarrollo integral en sus hijos.

Resumen

El autismo es un trastorno del desarrollo que afecta al niño en sus habilidades comunicativas y de relación social, así mismo está asociado a la presencia de conductas repetitivas y a la necesidad de realizar rutinas rígidas e inflexibles. El diagnóstico de este trastorno se hace a partir de los tres años de edad, sin embargo algunas conductas y el desfase en ciertas áreas del desarrollo pueden ser evidentes desde temprana edad. El resultado de algunas investigaciones indica que las detecciones, intervenciones o tratamientos tempranos favorecen a los niños diagnosticados con autismo, en el desarrollo de habilidades ganando 1 año de desarrollo por año de edad o con índices de aprendizaje demostrados similares a los de sus pares sin autismo (Hall, L 2009).

En este documento se analiza y describe la implementación de un programa de intervención temprana, así como los resultados después de la intervención a un caso de estudio único. La intervención fue realizada en el Centro de Atención a Personas con Trastorno del Espectro Autista de DIF en Mexicali, Baja California durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2013, trabajando 15 sesiones de 2 horas cada una. El caso en el que se basa este documento es un niño de 4 años de edad. Fue evaluado a los 2 años 10 meses mediante el Inventario de Habilidades de Edgar Doll y la prueba ADEC la cual mide las tendencias del autismo en menores de 3 años para la detección temprana del trastorno. A partir de los resultados obtenidos en la evaluación diagnóstica se implementaron objetivos de trabajo para realizar la intervención, durante las sesiones se recolectaron datos mediante bitácoras, se realizaron entrevistas a los padres antes y después de las sesiones de intervención temprana, y se aplicó la Escala de Desarrollo de Merrill-Palmer como evaluación final para obtener resultados acerca del desarrollo del menor.

Al recolectar la información de las pruebas aplicadas, las entrevistas y las bitácoras se evidencia que sigue habiendo un desfase global en el desarrollo del niño, sin embargo, se muestra que al finalizar las sesiones hubo un 10% por cierto de ganancia en su desarrollo.

Tabla de Contenido

Introducción	1
Capítulo 1: Planteamiento del Problema	3
1.1 Objetivos	4
1.2 Justificación	5
1.3 Alcances y Límites	5
Marco Teórico	
1.1 Antecedentes teóricos	6
1.2 El autismo en la actualidad	7
1.3 Signos de alerta	9
1.4 Pruebas diagnósticas para la detección temprana	11
1.5 Modelos de intervención temprana	12
Capítulo 2: Metodología	18
2.1 Descripción del escenario de estudio	19
2.2 Descripción del Estudio de Caso	19
2.3 Diseño del Estudio o Tipo de Estudio	20
2.4 Procedimiento	20
2.5 Descripción del instrumento de medición	21
2.6 Triangulación de métodos de recolección de datos	22

Capítulo 3: Resultados y Análisis	23
3.1 Análisis de las bitácoras de registro de sesiones	29
3.2 Análisis de las entrevistas a los padres	31
Conclusiones y Recomendaciones	33
ANEXOS	36
1. Programa de intervención temprana	37
2. Hoja de resultados de la Prueba de Habilidades de Edgar Doll	42
3. Hoja de resultados de la Escala de Desarrollo de Merrill-Palmer	43
4. Bitácoras de registro de sesiones	44
5. Entrevistas a los padres- antes de la intervención	45
6. Entrevista a los padres- después de la intervención	46
Referencias	47

Introducción

En los últimos años, los datos de prevalencia de autismo han incrementado de manera importante; se estima que las tasas van de 1 por cada 150 niños. Esto se debe al acceso de información que se tiene acerca del trastorno así como a las investigaciones que han ayudado a la creación de pruebas específicas para la detección de conductas o comportamientos del espectro autista (Hall, L. 2009); lo cual ha ayudado a disminuir diagnósticos erróneos o confusiones en los mismos, al verse o confundirse anteriormente al trastorno del espectro autista como retraso mental; lo cual ha permitido también la apertura y disponibilidad de más servicios para el alcance de las familias con algún miembro con algún trastorno generalizado del desarrollo.

El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo que afecta al niño en sus habilidades comunicativas, sociales y de juego simbólico o imaginativo. Los niños con este trastorno pueden mostrar movimientos corporales repetitivos, respuestas inusuales a la gente, a los estímulos o apego a los objetos y pueden resistirse a cambios en sus rutinas (Swartz, S. 2010).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) se hace referencia a que el diagnóstico de autismo se debe hacer a partir de los tres años de edad, sin embargo pueden aparecer focos rojos en el desarrollo y en el comportamiento del niño desde el primer año de vida, los cuales si se detectan y si se interviene desde temprana edad puede ayudar al niño en la adquisición de

habilidades, en crear ambientes estimulativos en casa o en la escuela, así como favorecer la integración del niño a la vida social.

El resultado de algunas investigaciones indica que las intervenciones o tratamientos tempranos favorecen a los niños diagnosticados con autismo, en el desarrollo de habilidades ganando 1 año de desarrollo por año de edad o con índices de aprendizaje demostrados similares a los de sus pares sin autismo (Hall, L 2009).

Por ello en este documento se analizan los resultados de la intervención a partir de la implementación de un programa de intervención temprana a un menor con autismo. Se incluirán los avances reportados durante el ciclo de intervención que consta de 15 sesiones de dos horas, durante los meses de Septiembre y Octubre de 2013, así como el resultado final de la intervención mediante la aplicación de la prueba de habilidades Merrill Palmer, en contraste con la prueba inicial aplicada en el año 2012. Se presentara a sí mismo, el análisis de las entrevistas a los padres antes y después de la intervención con la finalidad de conocer su opinión acerca de los avances observados en el niño.

Capítulo 1: Planteamiento del problema

El autismo es un trastorno del desarrollo que afecta al niño en sus habilidades comunicativas y de relación social, así mismo está asociado a la presencia de conductas repetitivas y a la necesidad de realizar rutinas rígidas e inflexibles. El diagnóstico de este trastorno se hace a partir de los tres años de edad, sin embargo algunas conductas y el desfase en ciertas áreas del desarrollo pueden ser evidentes desde temprana edad; por ejemplo, que el niño no haga contacto visual con las personas, principalmente con sus padres, llamarlo por su nombre y que no responda, llanto sin razón aparente, alteraciones hipo o hipersensibles con respecto a sus sentidos, y retraso en el lenguaje, y en habilidades sociales como compartir intereses, goces o disfrutes.

Fenske y colegas encontraron que los niños que recibieron intervención intensiva antes de los 5 años de edad tenían más posibilidades de vivir con sus padres y atender a escuelas regulares en comparación con niños que inician la intervención después de los 5 años (Hall, L. 2009).

Actualmente se cuentan con investigaciones que demuestran que ciertas conductas o características pueden ser evidentes desde los 18 meses y se cuenta con las herramientas necesarias para una pronta y oportuna detección. Por ello una detección e intervención temprana favorecería el desarrollo de habilidades en aquellas áreas que se encuentran en desfase en comparación con otros niños de su misma edad así como la integración del niño a la vida social.

1.1 Objetivo general

Analizar el desarrollo de las habilidades del niño a partir de la implementación de un programa de intervención temprana.

Objetivos específicos

Evaluar el desarrollo de las habilidades del niño mediante la aplicación de la prueba de habilidades de Merrill Palmer, posterior a la intervención.

Proporcionar a los padres estrategias de trabajo en casa para continuar con la estimulación en sus diferentes contextos de convivencia.

Describir los avances logrados durante el tiempo de la intervención, así como lo observado por sus padres.

1.2 Justificación

El impacto del autismo ha incrementado en los últimos años a 1 por cada 150 niños, según Laura Hall (2007), y este trastorno generalizado del desarrollo afecta principalmente las áreas de la comunicación y la socialización. Los profesionistas en el área de la psicología y de la educación especial se ven obligados a responder a estos casos brindándoles la atención necesaria, como lo es una detección e intervención oportuna para desarrollar y potenciar al máximo esas habilidades que se ven afectadas por este trastorno del desarrollo.

Es por ello que en este documento se toma un caso de autismo detectado a una edad temprana y se pretende analizar los resultados a partir de la implementación de un programa de intervención temprana.

1.3 Alcances y delimitaciones

En este documento se analiza y describe la implementación de un programa de intervención temprana, así como los resultados después de la intervención a un estudio de caso único. La intervención fue realizada en el Centro de Atención a Personas con Trastorno del Espectro Autista de DIF en Mexicali, Baja California durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2013, trabajando 15 sesiones de 2 horas cada una. La evaluación diagnóstica fue realizada por la psicóloga Lilia Ruvalcaba, supervisora del centro y encargada del caso, en el año 2012.

Marco teórico

1.1 Antecedentes teóricos

En el año 1943, Leo Kanner realizó un estudio específico sobre 11 niños, en el cual basó su artículo "Alteraciones autistas del contacto afectivo", en el describía al autismo como una serie de conductas patológicas en individuos cuya principal característica era el aislamiento, el desarrollo de conductas rituales, y que en caso de haber adquirido algún lenguaje mostraban peculiaridades específicas como: ecolalia y utilización del lenguaje simplemente como ejercicio de oralización; siendo el primero en definir este trastorno.

Un año más tarde, Hans Asperger publicó "Psicopatía autista en la infancia", describiendo algunas diferencias observadas en los niños en contraste con lo que Kanner había encontrado en su estudio, pero compartiendo la opinión acerca de la característica de que estos niños parecían mostrarse distantes y no interesados en las otras personas.

Algunas de las características descritas por estos dos médicos fueron: el aislamiento, es decir, una tendencia a quedarse en una actividad estereotípica, dejando fuera cualquier cosa del mundo exterior, tanto a una persona como una situación, y por lo tanto una preferencia por las cosas frente a las personas; dificultades con el lenguaje; y, comportamientos ritualistas y obsesivos. (Teitelbaum, P. 2012)

Antes de estos dos médicos no existía el diagnóstico de autismo. A aquellas personas que ahora se conoce que padecen este trastorno se les diagnosticaba normalmente con esquizofrenia infantil o juvenil, o con retraso mental.

Actualmente se cuenta con la información y las herramientas necesarias para un diagnóstico oportuno y acertado de autismo.

1.2 El autismo en la actualidad

En la actualidad se describe al autismo como un trastorno del desarrollo que afecta la interacción y comunicación humana, describiéndolos como niños que tienen una forma inusual de relacionarse, con escaso lenguaje o poca comunicación, comportamientos repetitivos, apegados a rutinas, forma de juego inusual, con falta de reciprocidad emocional hacia las personas.

El autismo se considera dentro de lo que ahora se le conoce como Trastornos del Espectro Autista (más adelante, TEA), siendo esta la nueva forma de decir que hay características principales para diagnosticarlo como lo son los problemas o dificultades en la socialización, el lenguaje y otras formas de comunicación, y el aprendizaje, incluyendo comportamientos repetitivos y la necesidad de establecer rutinas (Teitelbaum, P. 2012); pero estas no son definitorias o únicas en su magnitud e intensidad. Cada niño con autismo difiere de otro en habilidades, carácter y conductas, siendo el común las dificultades en las áreas antes mencionadas.

Según un estudio realizado en 2011 por el Dr. Carlos Marcín, director de la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA), el estimado de la prevalencia para el autismo en México es de 1 por cada 300 niños, habla de que cuando menos hay 115 mil niños con autismo en México hasta la fecha del estudio. Estos datos hacen necesaria la pronta respuesta por parte de los profesionistas para dar atención a las necesidades de estos niños ya en el transcurso de algunos años se muestra un incremento en los datos de prevalencia.

Hasta hace poco, el diagnóstico se hacía cuando el niño llegaba a la edad de 3 años, pero estudios recientes, y la existencia de pruebas diagnósticas para la pronta detección como el M-CHAT y el ADEC han hecho posible la obtención de diagnósticos a temprana edad, ofreciendo elementos de alarma en relación con la interacción social y comunicativa del niño con los demás. Así mismo, es importante la observación de los padres durante el desarrollo en los primeros años de vida del niño y estar informados sobre los parámetros normales de desarrollo. A partir de los 12 meses se pueden detectar ciertas características, como lo es el contacto visual, la utilización de gestos, la respuesta al nombre, la intención del niño por comunicar o compartir disfrutes o intereses. Para ello es necesario que los padres de familia se informen sobre el desarrollo normal de los niños y vayan observando cómo es la evolución de desarrollo de sus hijos.

1.3 Signos de alerta

Para la identificación de los TEA es importante considerar aspectos prenatales y perinatales con mayor riesgo de autismo como la existencia de un familiar directo con diagnóstico de TEA, o algún síndrome genético como el síndrome X frágil, esclerosis tuberosa, los cuales se ha encontrado que están relacionados con el autismo; así como llevar a cabo una vigilancia rutinaria sobre el desarrollo del niño durante los primeros años de su vida hasta los 4 o 5 años de edad.

Ya que los TEA implican una alteración cualitativa en la adquisición de determinadas habilidades específicas, la vigilancia exige valorar los parámetros normales del desarrollo sociocomunicativo. A los 12 meses el niño debe intentar obtener un objeto fuera del alcance llamando la atención de sus padres señalando, verbalizando y estableciendo contacto visual, a esta edad el niño empieza a balbucear con intención de comunicar, y a utilizar gestos como, señalar y decir adiós con la mano, entre otros.

A los 15 meses el niño establece contacto visual cuando habla con alguien, extiende los brazos anticipadamente cuando van a tomarlo en brazos, Muestra atención conjunta como, compartir el interés por un objeto o actividad, responde de forma consistente a su nombre, responde a órdenes simples, dice palabras con sentido como 'papá' y 'mamá' y otras palabras simples.

A la edad de 18 meses, señala partes de su cuerpo, dice algunas palabras con significado, hace juego simbólico por ejemplo con muñecos, el teléfono, los carritos, entre otros, responde cuando se le señala un objeto y, señala un objeto,

verbaliza y establece contacto visual alternativamente entre el objeto los padres u otras personas con la única intención de dirigir la atención del adulto hacia el objeto, trae objetos a los adultos, simplemente para mostrarlos y compartir con ellos intereses y goces.

A los 24 meses, utiliza frases de dos palabras, imita acciones o tareas domésticas, muestra interés por los otros niños utiliza frases espontáneas (no sólo ecológicas) de dos palabras.

Las señales de alerta para el autismo y que indican la necesidad de proceder a una evaluación diagnóstica más amplia de forma inmediata son cuando el niño no balbucea, no hace gestos como señalar, decir adiós con la mano a los 12 meses, no dice palabras sencillas a los 18 meses, no dice frases espontáneas de dos palabras, no ecológicas a los 24 meses, cuando no responde a su nombre, cuando no muestra intención comunicativa o cuando no comparte intereses y goces, o cuando después de un desarrollo normal hay pérdida en lenguaje o en habilidades sociales.

La autoridad sanitaria del estado de Nueva York da los siguientes signos de alerta para niños de 0 a 3 años: retraso o ausencia del habla, no presta atención a las otras personas, no responde a las expresiones faciales o sentimientos de los demás, falta de juego simbólico, ausencia de imaginación, no muestra interés por los niños de su edad, incapaz de compartir placer, alteración cualitativa en la comunicación no verbal, no señala objetos para dirigir la atención de otra persona, falta de utilización social de la mirada, falta de iniciativa en actividades o juego

social, estereotipias o manierismos de manos y dedos, y, reacciones inusuales o falta de reacción a estímulos sensoriales (Hernández, J. 2005).

1.4 Pruebas diagnósticas para la detección temprana

Para la detección temprana es importante primeramente que los padres estén al pendiente del desarrollo del niño y que conozcan los parámetros normales de desarrollo para así detectar algunos signos de alerta como los antes mencionados.

Una de los instrumentos que se utiliza para la detección temprana es el M-CHAT. Este instrumento es un cuestionario para los padres de familia. Consta de 23 ítems de respuesta si/no. Puede ser aplicado a partir de los 18 meses de edad. Con este instrumento se obtienen conductas o signos de alerta en el desarrollo del menor y es utilizado como un filtro para una evaluación más profunda de diagnóstico de autismo. Cuando se obtiene una puntuación de alto riesgo en la prueba el niño debe ser evaluado para obtener o descartar un diagnóstico de autismo.

Un amplio estudio epidemiológico aplicado por los pediatras a 16.000 niños ingleses de 18-20 meses demostró que el M-CHAT distingue autismo de retraso en el desarrollo en niños de 20-24 meses (o edad mental equivalente), y señala, especialmente, como indicadores de riesgo de autismo: ausencia de gestos protodeclarativos, dificultades en el seguimiento de la mirada, ausencia de juego de ficción (Hernández, J. 2005).

El instrumento utilizado para el diagnóstico temprano es el ADEC, esta prueba es una herramienta para la detección temprana de conductas autistas, puede ser aplicada desde los 12 meses de edad. Evalúa las áreas de: respuesta al nombre, imitación, conductas estereotipadas, atención conjunta, juego simbólico, juego funcional, contacto visual, interacción con otros, reciprocidad de sonrisa, respuesta a sonidos cotidianos, respuesta a una orden verbal, uso del lenguaje verbal, postura anticipada para ser cargado, uso de gestos y habilidad para cambiar de tarea. Esta prueba es aplicada en un ambiente natural, lo menos estructurado posible y mediante el juego con el niño. A partir de la aplicación y revisión de los ítems de este instrumento se obtiene o se descarta un diagnóstico de autismo y se procede en seguida con la intervención en caso de tener el diagnóstico.

1.5 Modelos de intervención temprana

Existen varios métodos de intervención, los cuales serán descritos brevemente en este apartado. Es importante recalcar que cualquier método que se pretenda utilizar debe ser consistente y se trata de un trabajo duro en equipo entre padres y terapeutas. Así mismo, cabe mencionar que ninguno difiere de otro y que pueden ser utilizados simultáneamente si se tienen claros los objetivos de intervención y lo que se va a conseguir aplicando cada uno de los métodos.

El primero es el Apoyo Conductual Positivo, el cual se caracteriza por reducir conductas inapropiadas mediante la enseñanza de alternativas adecuadas. El

principal concepto del ACP es el cambio de la conducta problema a través de cambiar contextos deficientes, los cuales son los principales causantes de la conducta. Así mismo, intenta cambiar el ambiente para que las condiciones para la conducta apropiada y su reforzamiento estén disponibles y que se enseñen conductas apropiadas como sustituto para acceder al reforzamiento en el ambiente. (Swartz, S. 2010)

Este método es utilizado comúnmente, y es conocido por los resultados favorables al aplicarlo. En muchas ocasiones o anteriormente se consideraba que el problema lo tenía el niño ya que él es quien muestra conductas disruptivas que incomodan a los demás, sin pensar en que de lo que se está haciendo o que de lo que hay en el ambiente puede estar causando la conducta. El enfoque que da este método de intervención es analizar que de lo que hay en el ambiente o que del contexto puede estar causando la conducta y que cambios pueden ser favorables para eliminar la conducta y enseñar una alternativa de comportamiento. Para ello es importante la participación de los padres de familia y maestros para un manejo del método uniforme, así como analizar lo que ocurre antes de que se presente la conducta y después de que se presenta, y contemplar lo que hay en el ambiente que pudo haber causado la conducta.

Otra técnica comúnmente utilizada para la intervención en Autismo y en otras discapacidades es la Terapia Redirectiva la cual se enfoca en un patrón simple de redirección con la enseñanza de una estrategia apropiada de conducta como meta final (Swartz, S. 2010). Es decir, se interrumpe la conducta disruptiva o indeseable y se redirige al niño a una conducta apropiada, la redirección debe ser lo menos

invasiva posible, se debe evitar instigar de manera física y se debe intentar hacerlo mediante gestos o palabras. El reforzamiento aplicado en este método es el reforzamiento social, que es mediante halagos, caricias o ambos y, debe seguir inmediatamente después de la redirección, es decir en cuanto el niño realice la conducta apropiada.

El método Floortime (Terapia de suelo), desarrollado por el doctor Stanley Greenspan, consiste en una serie de técnicas para ayudar a los padres y profesionales a abrir círculos de comunicación, con el objeto de fomentar la capacidad interactiva y de desarrollo del niño. El Floortime es una interacción no estructurada, dirigida por los propios intereses del niño. Su objetivo principal es estimular la interacción cara a cara, uno a uno. Esto puede implicar un “cortejo” activo al niño, para que éste responda a sus señales. El Floortime moviliza las capacidades interactivas del niño, así como su capacidad relacionada con la percepción, el lenguaje, la exploración motora y el proceso sensorial. Por ello suele ser utilizado en intervención temprana como una manera de lograr el enganche social con el niño, esto es llamar su atención y establecer la interacción mediante sus intereses o juegos favoritos. Una vez entrando en su mundo y siendo aceptados por el niño es más fácil obtener respuestas de su parte e irlo enganchando con otras actividades que fomenten el desarrollo de nuevas habilidades de comunicación e interacción.

De acuerdo con Teitelbaum (2012), se trata de un juego terapéutico en el cual el adulto se sienta junto al niño en el suelo y juntos realizan una actividad que le interese a este último. Luego, el adulto inicia la comunicación con el niño acerca

de dicha actividad. Se recomienda ser utilizado tanto por el terapeuta como por los padres.

Las interacciones deben implicar siempre un dar y recibir. La meta es abrir muchos círculos de comunicación. Una vez que el niño haya dominado esta interacción de doble vía, él puede utilizarla para superarse hacia otros niveles adicionales del desarrollo, incluyendo el juego imaginativo o simulado, el diálogo verbal y el pensamiento lógico (Autismo diario, 2007).

De igual manera existe el Programa Son-Rise creado por Barry y Samahria Kaufman, quienes trabajaron el programa con su hijo diagnosticado con autismo, el cual enseña a los padres a jugar con sus hijos, uniéndosele en sus actividades favoritas, creando así un vínculo respetuoso, de confianza e interactivo. Este programa impulsa el desarrollo emocional, la socialización y la adquisición de habilidades (Teitelbaum, P. 2012). Fue diseñado en sus principios para que los padres de familia lo llevaran a cabo, actualmente los fundadores del programa capacitan a padres y a profesionistas en el método para ser aplicado por ambos y busca al igual que el método Floortime llegar al niño, uniéndonos a sus actividades logrando poco a poco que el niño permita la interacción y la adquisición de nuevas habilidades mediante actividades nuevas.

Por ultimo está el Modelo Denver de Intervención Temprana (posteriormente MDIT) desarrollado por Sally Rogers. El MDIT fue desarrollado para entregar de forma intensa una comprensiva intervención temprana, para niños desde los 12 meses de edad. El Modelo Denver empezó en 1980, como un programa basado

en desarrollo de prescolares, un grupo de niños de 24 a 60 meses de edad. Viendo el autismo primeramente como una falla en el desarrollo social-comunicativo, el programa está enfocado en construir relaciones cercanas para su desarrollo social y comunicativo. Primeramente enfatiza interacciones dinámicas y vívidas que involucran actividades que afectan de forma positiva al niño para buscar parejas sociales como participantes en sus actividades favoritas. La técnica de “rutinas socialmente sensoriales” fue desarrollada para realzar los intercambios duales que altamente comprometen al niño para iniciar y continuar a través de una comunicación no-verbal y luego verbal.

Según Sally Rogers (2010), las características principales del Modelo Denver, que se retoman en el MDIT incluyen; (1) un grupo interdisciplinario que implementa un programa en desarrollo dirigido a todos los dominios; (2) Un enfoque interpersonal al compromiso; (3) Desarrollar gestos, fluidos, recíprocos, e imitación espontánea, movimientos faciales y expresiones, y uso de objetos; (4) Hacer énfasis en desarrollar la comunicación no-verbal y verbal; (5) Enfocarse en aspectos cognitivos del juego que se lleva a cabo en rutinas duales del juego, y (6) Equipo con los padres.

Este modelo sugiere la implementación de rutinas sensoriosociales, como se mencionó anteriormente, las cuales son un tipo de actividades conjuntas en las que el foco principal está sobre el compartir afecto e incrementar la motivación social durante una interacción social positiva entre el adulto y el niño. Estas incluyen canciones, juegos físicos o con el niño en las piernas, o rutinas con juguetes en las que el adulto puede crear efectos interesantes, positivos y

contacto visual, tacto, coordinación y sincronía de las acciones del cuerpo, y reciprocidad de comunicación entre el niño y el adulto.

Este modelo sugiere el trabajo conjunto con los padres de familia así como otros profesionistas como terapeutas de lenguaje y maestros de educación especial para un trabajo interdisciplinario, mejores resultados y el desarrollo integral del niño.

Los modelos de atención para la intervención temprana mencionados anteriormente, son los más comunes en la actualidad, cada uno se dedica al entrenamiento y certificación de padres de familia y profesionistas interesados en el tema y en aplicar sus métodos de intervención. Todos ellos coinciden en que el primer paso es llegar al niño mediante sus juegos o actividades de interés y a partir de lograr el enganche con el niño, se abren puertas para enseñarle a interactuar y comunicarse de manera funcional e ir desarrollando en él nuevas habilidades de interacción y comunicación.

De acuerdo con Sally Rogers (2010) una terapia de intervención temprana intensiva, es eficaz para mejorar la percepción y las habilidades del lenguaje entre niños muy pequeños con autismo, normaliza su actividad cerebral y mejora sus habilidades sociales.

Capítulo 2: Metodología

El presente documento es una investigación cualitativa basada en un estudio de caso, ya que se busca compartir la experiencia de trabajo con un niño con autismo a partir de la implementación de un programa de intervención temprana, así como analizar y describir los avances del mismo al final de la intervención.

De acuerdo con Hernández Sampieri (2010), se podría definir al estudio de caso como una investigación que mediante los métodos cuantitativo, cualitativo o mixto; se analiza profundamente una unidad integral para responder al planteamiento del problema y desarrollar teoría. Es decir, estudiamos un caso cuando se tiene un interés muy especial en sí mismo. Buscamos el detalle de la interacción con sus contextos. El estudio de caso es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.

En el presente trabajo de investigación se eligió el caso único de un niño con autismo por el impacto que este trastorno tiene actualmente en nuestra sociedad y por los nuevos modelos que han permitido una detección a edades más tempranas, así como la oportunidad de intervenir tempranamente.

Los diseños de caso único son aquellos que centran su análisis en un único caso y su utilización se justifica ya que podemos fundamentar su uso en la medida en que el caso único tenga un carácter crítico, o lo que es lo mismo, en tanto que el caso permita confirmar, cambiar, modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio. (Rodríguez, G. 1996)

2.1 Descripción del escenario de estudio

Este estudio toma lugar en el Centro de Atención a Personas con el Trastorno del Espectro Autista de DIF, en Mexicali, Baja California, ahí se atienden aproximadamente a 100 niños y adultos con algún trastorno del espectro autista, a la fecha. En el centro se ofrecen servicios como la evaluación diagnóstica y la intervención, así mismo se hacen detecciones e intervenciones tempranas. Es de esta manera como se obtiene el acceso al caso de estudio a partir del año 2013, en el que fue hecha la intervención.

2.2 Descripción del estudio de caso

Niño de 3 años de edad. Fue evaluado a los 2 años 10 meses mediante el Inventario de Habilidades de Edgar Doll y la prueba ADEC la cual mide las tendencias del autismo en menores de 3 años para la detección temprana del trastorno. La evaluación diagnóstica fue elaborada por la Psicóloga Lilia Ruvalcaba, supervisora del Centro de Atención a Personas con el Trastorno del Espectro Autista de DIF, quien era encargada del caso en el momento de la evaluación en el año 2012, aplicando las pruebas ADEC y el Inventario de Habilidades de Edgar Doll.

El niño, a la fecha de la evaluación diagnóstica, empezaba a comunicarse mediante palabras y pocas veces mediante frases cortas, utilizándolas mayormente con su madre, con otros no había casi comunicación, poco contacto visual, movimientos estereotipados de manos y falta de juego simbólico y juego funcional.

2.3 Diseño del Estudio o Tipo de Estudio

Es un estudio de caso único elegido por el impacto que tiene el trastorno autista en la actualidad y por la necesidad de atención a estos casos de forma temprana. El trabajo de intervención se realizó bajo las estrategias de Apoyo Conductual Positivo y la Terapia Redirectiva, así como de métodos de intervención temprana basados en modelos como Floortime y el Modelo Denver de Intervención Temprana.

Es un estudio cualitativo y descriptivo, en el cual se pretende analizar y describir los avances en el desarrollo del niño a partir de la implementación de un programa de intervención temprana.

2.4 Procedimiento

Se obtuvo información de línea base a partir de los resultados de la prueba ADEC y el Inventario de habilidades de Edgar Doll, aplicadas en la evaluación diagnóstica y mediante una entrevista con los padres acerca de las conductas del niño en el contexto familiar y social.

El trabajo de intervención constó de 15 sesiones de dos horas durante los meses de Septiembre y Octubre del 2013, en el que se implementó un programa de intervención temprana (Anexo 1), en el cual se trabajaron principalmente las áreas de comunicación y socialización mediante las estrategias de Apoyo Conductual Positivo y Terapia Redirectiva enseñando a través de ellas conductas apropiadas

y proveyéndole contextos estimulantes y apropiados para su desarrollo, así como mediante la utilización de métodos de intervención temprana basados en modelos como Floortime y el Modelo Denver de Intervención Temprana.

A la par de las intervenciones se llevó una bitácora por sesión, anotando lo observado a partir de las metas y actividades establecidas para dicha sesión, con la finalidad de obtener toda la información posible acerca de las conductas del niño en cada una de las sesiones así como avances observados.

Al final del periodo de intervención se aplicó la prueba de habilidades de Merrill-Palmer, el cual es un perfil de desarrollo. En él se ubica al niño en una edad equivalente de acuerdo a sus habilidades en comparación de su edad cronológica, y así observar avances en su desarrollo. Contrastando estos resultados con la primer prueba de habilidades aplicada en la evaluación diagnóstica se podrá observar si hubo una ganancia en las habilidades del niño posterior a la implementación del programa de intervención temprana.

2.5 Descripción del instrumento de medición

Para medir los avances del niño a partir de la implementación del programa se aplica la prueba Merrill-Palmer, diseñada por Jackie Sampers en el año 2004, la cual evalúa las principales áreas del desarrollo infantil: desarrollo cognitivo, lenguaje y comunicación, desarrollo motor, desarrollo socio-emocional y conducta adaptativa. Está conformado por 6 baterías de pruebas, 2 para ser aplicados por el examinador y 4 cuestionarios para padres. Las baterías aplicadas por el

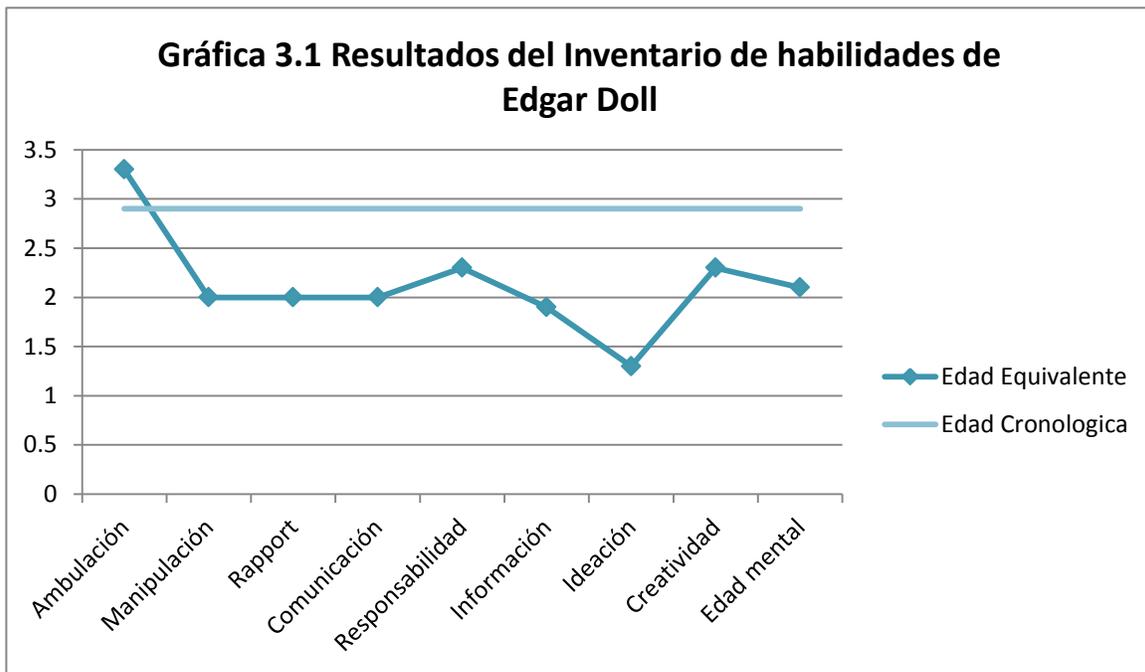
examinador son, la batería cognitiva que a su vez evalúa áreas como: cognición, motricidad fina, lenguaje receptivo, memoria, velocidad de procesamiento y coordinación visomotora; y la batería de lenguaje expresivo. Los cuestionarios que son destinados para ser contestados por los padres de familia son el de lenguaje expresivo, conducta adaptativa y autocuidado, estilo de temperamento y el socioemocional. Todos ellos reciben una puntuación y son tomados en cuenta para establecer una edad equivalente de acuerdo a lo revisado en cada área en comparación de su edad cronológica, y así, establecer un porcentaje de desfase en el desarrollo y la zona de desarrollo próximo.

2.6 Triangulación de métodos de recolección de datos

Para tener una mayor validación en cuanto a los resultados posteriores a la implementación del programa de intervención temprana se toman en cuenta, las observaciones durante las sesiones registradas en las bitácoras, la información proporcionada por los padres mediante las entrevistas, comparando la información de antes y después de la intervención, y los datos arrojados por la prueba de desarrollo final de Merrill-Palmer en contraste con los resultados arrojados por la prueba de habilidades de Edgar Doll aplicada en la evaluación diagnóstica, la cual a su vez proporciona una edad mental en comparación con su edad cronológica a la fecha de la evaluación.

Capítulo 3: Resultados y Análisis

Con el propósito de analizar las ganancias a partir de la implementación del programa de intervención temprana se hará un contraste entre las pruebas de habilidades aplicadas antes y después de las sesiones de intervención. Primeramente, se muestran los resultados de la prueba de habilidades de Edgar Doll (Anexo 2) aplicada en la evaluación diagnóstica por la psicóloga Lilia Ruvalcaba, supervisora del Centro de Atención a Personas con Trastornos del Espectro Autista de DIF, en el año 2012. En esta fecha, la edad del niño era de 2 años 10 meses (34 meses). De acuerdo con las áreas que evalúa este inventario los resultados arrojados se muestran en la siguiente gráfica:



La línea media muestra la edad cronológica del menor al momento de la aplicación de la prueba. En esta grafica se puede observar que el área que está por encima de su edad cronológica es el área de ambulación, mostrándose 5 meses arriba de

su edad; en contraste con esta área, se observa un desfase general en todas las áreas del desarrollo evaluadas en esta prueba.

Las áreas que están más cercanas a su edad cronológica son la de responsabilidad en el cual se evalúan actitudes del niño hacia su persona, si es consciente de su persona, si es cuidadoso, si cuida su pulcritud, etc., y el área de creatividad en la que se evalúa conductas como, explorar sus alrededores, dramatizar, modelar, construir, etc..

Las áreas en las que se observa un mayor desfase son, el área de información e ideación que se encuentran agrupadas en la función intelectual de esta prueba. En estas áreas se evalúa que tanto el niño conoce de sí mismo y conceptos de lo que le rodea.

El área de comunicación se puede observar que está por debajo de su edad cronológica por 10 meses, esta área se encuentra dentro de la función social, según la clasificación de Edgar Doll; junto con ella están el área de rapport y responsabilidad, las cuales se ubican 10 meses y 7 meses respectivamente, por debajo de su edad cronológica.

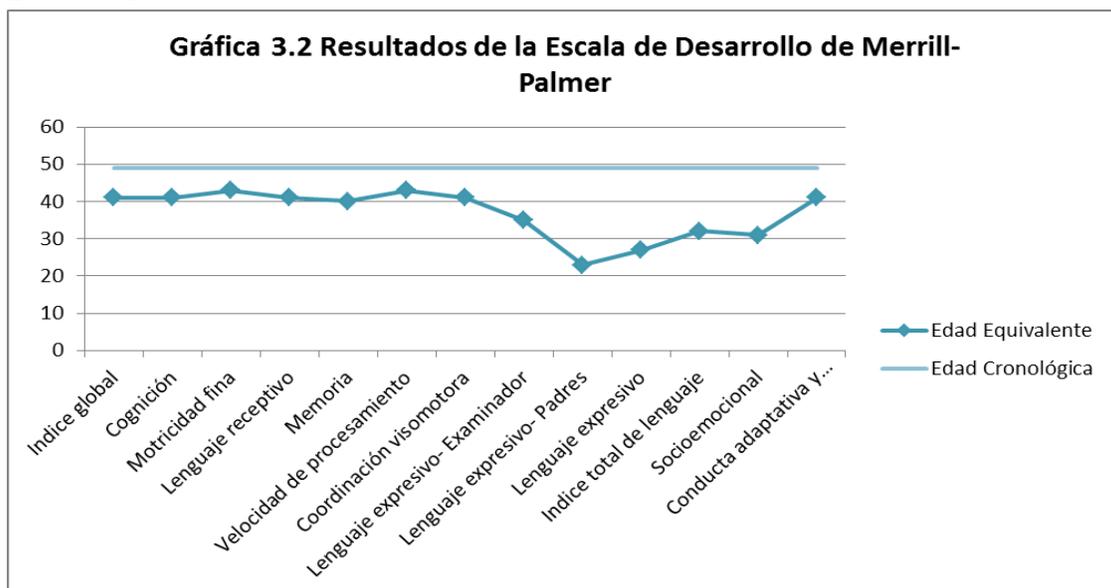
A partir de resultados por áreas se obtiene el promedio de edad mental del menor, el cual nos dio de 2 años 1 mes, encontrándose que hay un retraso de 9 meses en su desarrollo global.

Con los resultados obtenidos en la prueba de diagnóstico ADEC, se observaron dificultades en el juego simbólico, la imitación, el juego funcional, el contacto

visual, la interacción con otros, el uso del lenguaje verbal, y mostrando movimientos estereotipados de manos.

A partir del análisis de las pruebas aplicadas en la evaluación diagnóstica se establecieron los objetivos de trabajo del programa de intervención temprana de acuerdo a las áreas en las que se ve un mayor desfase o mayores dificultades, estos son: el uso de la comunicación verbal y no verbal para compartir intereses y goces, así como para solicitar necesidades; el uso contacto visual como regulador de las interacciones, el juego simbólico y funcional interactuando con otros, a la par que se refuerzan habilidades de repertorio básico como la atención, la imitación y el seguimiento de instrucciones; enfocándose así a trabajar el área social y el área de comunicación.

Posterior a las sesiones de intervención se aplicó la prueba de Merrill-Palmer (Anexo 3) con la finalidad de obtener información acerca del desarrollo de habilidades del niño, resultados arrojados por la prueba se muestran en la siguiente gráfica:



En la gráfica se muestra la edad equivalente de cada una de las escalas. Esta prueba fue aplicada en Diciembre de 2013, teniendo el menor una edad de 4 años 1 mes (49 meses). Como se muestra en la gráfica, se observa un desfase global en las áreas evaluadas por la prueba, sin embargo hay algunas que están cerca, como lo es el área de motricidad fina y el área de velocidad de procesamiento con una edad equivalente a 43 meses cada una. En el área de lenguaje evaluada por el examinador se obtuvo una edad equivalente de 35 meses observándose un desfase de 14 meses en comparación con su edad cronológica al momento de la evaluación, siendo esta área la de menor puntuación y donde se observa una mayor magnitud de desfase.

Con la finalidad de comparar y observar si hubo ganancia en el desarrollo de habilidades se muestra el porcentaje de retraso en las áreas evaluadas por las dos pruebas.

Tabla 3.3 Porcentaje de Retraso en las Áreas Evaluadas en el Inventario de Habilidades de Edgar Doll			
<i>Área evaluada</i>	<i>Edad Equivalente (en meses)</i>	<i>Edad Cronológica (en meses)</i>	<i>Porcentaje de retraso</i>
Ambulación	39	34	---
Manipulación	24	34	30%
Rapport	24	34	30%
Comunicación	24	34	30%
Responsabilidad	27	34	21%
Información	21	34	39%
Ideación	21	34	39%
Creatividad	27	34	21%
Edad Mental	25	34	27%

En primer lugar está la prueba de habilidades de Edgar Doll, aplicada antes de las sesiones de intervención temprana. En el cual la magnitud de retraso se puede observar mayormente en las áreas de información e ideación, clasificadas dentro de la función intelectual, con un 39% de retraso, mostrando un desfase de 12 meses en comparación con su edad cronológica al momento de la aplicación de la prueba, siendo esta de 2 años 10 meses.

El área de ambulación clasificada en la función física se encuentra por encima de su edad cronológica por 5 meses, siendo esta el área con la puntuación más alta.

En la función social, se encuentran las áreas de responsabilidad, rapport y comunicación, siendo estas dos últimas las de mayor magnitud de retraso en un 30% en comparación con su edad cronológica, en estas áreas, su nivel de comunicación y colaboración con otros es la de un niño de 2 años, observándose un desfase de 10 meses.

En conclusión se puede observar que la magnitud de retraso global, de acuerdo a la edad mental obtenida en esta prueba es de un 27%.

En comparación de los resultados de esta prueba, se muestra a continuación el porcentaje de retraso por áreas de la Escala de Desarrollo de Merrill-Palmer aplicada al final de las sesiones de intervención. A la fecha de la aplicación de esta prueba el menor tenía 4 años 1 mes.

Tabla 3.4 Magnitud de retraso en términos de porcentaje de edad de la Escala de Desarrollo de Merrill-Palmer			
<i>Escala</i>	<i>Edad Equivalente (en meses)</i>	<i>Edad Cronológica (en meses)</i>	<i>Porcentaje de retraso</i>
Índice Global	41	49	17%
Cognición	41	49	17%
Motricidad Fina	43	49	13%
Lenguaje Receptivo	41	49	17%
Memoria	40	49	19%
Velocidad de Procesamiento	43	49	13%
Coordinación Visomotora	41	49	17%
Lenguaje Expresivo-Examinador	35	49	29%
Lenguaje Expresivo-Padres	23	49	54%
Lenguaje Expresivo	27	49	45%
Índice Total de Lenguaje	32	49	35%
Socioemocional	31	49	37%
Conducta adaptativa y autocuidado	41	49	17%

Si bien las escalas miden diferentes áreas del desarrollo o una se dedica a profundizar en las áreas del desarrollo, se puede hacer una comparación entre ellas y entre las habilidades del niño contrastadas al inicio y al final de la intervención.

En esta tabla se observa un desfase global en todas las áreas evaluadas, encontrándose que las áreas más cercanas a su edad cronológica son la de motricidad fina y la de velocidad de procesamiento como se mencionó anteriormente, con una magnitud de retraso del 17%. El área con mayor magnitud de retraso es el de lenguaje con un 35%.

La magnitud de retraso global, de acuerdo al índice global obtenido en esta prueba es de un 17%.

Estableciendo una comparación entre los resultados de las dos pruebas aplicadas se evidencia que sigue habiendo un desfase global en el desarrollo del niño, sin embargo, se muestra que al finalizar las sesiones hubo un 10% por cierto de ganancia en su desarrollo, es decir, del 27% de magnitud de retraso al momento de su evaluación inicial, al 17% de magnitud de retraso al final de la intervención hubo un 10% menos de desfase global en su desarrollo. Esto significa que el menor, a través de las sesiones de intervención temprana y del seguimiento de trabajo en casa, ha logrado un avance significativo en su desarrollo.

3.1 Análisis de las bitácoras de registro de sesiones

Durante las sesiones de intervención se fue llenando una bitácora por sesión en la cual se registraron las observaciones, los comportamientos trabajados y las sugerencias de trabajo en casa. (Anexo 4)

En la primera sesión de intervención con el niño se trabajó principalmente el enganche social, es decir, llamar la atención del niño y lograr la interacción mediante sus actividades favoritas o las que él quisiera hacer. En esta primera sesión, el niño disfrutaba de las actividades pero pocas veces compartía ese placer, por ejemplo al jugar con la pelota la pateaba contra la pared o la apretaba contra su cuerpo, sin invitar o compartir el juego o el placer por el objeto. Pocas veces se comunicó de manera verbal, cuando lo hacía era después de modelarle, la mayoría de las veces se comunicaba señalando y no hubo contacto visual durante la sesión.

Para la quinta sesión, el niño entraba al cubículo de trabajo pidiendo la actividad de su interés mediante frases cortas, por ejemplo “quiero pelota”. Empezó a tener intención comunicativa para obtener los juegos o materiales de su interés, pocas veces lo hacía con contacto visual. Hasta esta sesión se seguía trabajando a través de los intereses del menor.

En la décima sesión ya se trabaja conjuntamente con actividades de interés del niño y actividades propuestas por la terapeuta. Su contacto visual empezaba a ser más consistente, había intención comunicativa, especialmente con sus intereses, compartía y pedía. Empezaba a jugar con otros a través de turnos, había más consciencia de la terapeuta. Su comunicación hasta ese momento era a través de frases cortas.

En la última sesión empieza a saludar a la terapeuta al llegar. Empieza a ceder turno sin apoyo, es decir, sin modelarle, a través de frases cortas y estableciendo contacto visual. Comparte goces durante el juego por ejemplo, al ganar algún par en el juego de memoria o durante la lotería al tener alguna de las imágenes en su tarjeta, lo hace festejando, haciendo contacto visual y chocando las manos con las de la terapeuta.

A través del análisis de los registros de sesión se observa un avance en las habilidades sociales, la comunicación y habilidades de juego. Hay más consciencia o referencia social hacia los que están a su alrededor, su comunicación es a través de frases cortas, comparte intereses y goces, juega de manera interactiva, establece contacto visual al comunicarse y al compartir.

3.2 Análisis de las entrevistas a los padres

De acuerdo con las entrevistas aplicadas a los padres del menor antes (Anexo 5) y después de la intervención se obtuvo información relevante acerca de los avances observados por ellos sobre el desarrollo del niño.

Los padres comentan haber notado una diferencia en el niño ya que se empezó a comunicar a una edad tardía. Señalan notar a la edad de 2 años del niño, dificultades en la comunicación y falta de interés por otros niños de su misma edad. Mencionan que el niño en ocasiones se comunica mediante frases cortas, la mayoría de las veces lo hace para comunicar necesidades y pocas veces es para compartir intereses o goces, en otras ocasiones se comunica mediante palabras y mediante gestos como señalar. Los padres comentan que hay poco contacto visual por parte del niño y que suele jugar solo, no invita ni comparte el juego.

Después de las sesiones de intervención se aplicó una segunda entrevista a los padres (Anexo 6) en las que se comentó que actualmente el niño cursa preescolar en una escuela regular, la madre refiere que se comunica mediante frases con algunas dificultades en la estructura de las oraciones, menciona también que lo observa más interesado en otros niños y se acerca más a ellos para jugar. Comenta que suele compartirle a ella lo sucedido en la escuela de manera concreta y al querer indagar más sobre el tema no sigue la conversación. Saluda y se despide, hace mayor contacto visual espontáneo. Está atento a los estímulos del ambiente y comparte o pregunta al escucharlos.

Con el análisis de las dos entrevistas se puede observar que de acuerdo a los padres, el menor ha tenido avances significativos en su desarrollo especialmente en las áreas de comunicación y socialización, en las cuales fueron basados los objetivos del programa de intervención temprana.

Conclusiones y recomendaciones

Al hacer la recolección de los datos obtenidos de las diferentes fuentes de información, se puede observar y concluir que la implementación del programa de intervención temprana favoreció el desarrollo de las habilidades sociales y de comunicación del niño. Con los resultados obtenidos de las pruebas se puede observar que aún hay un desfase en el desarrollo, hubo ganancia y hay una menor magnitud de retraso posterior a la intervención, sin embargo todavía queda mucho por seguir trabajando para lograr que sus habilidades vayan a la par de lo esperado para su edad cronológica. A través de la implementación del programa se observaron algunos cambios favorables que los padres pueden confirmar, como lo es su comunicación, su interés en otros niños, su interacción con otros, su iniciativa por compartir intereses y goces y su juego.

A partir de la experiencia de trabajar en intervención temprana con un menor con autismo se reitera la importancia de detectar signos de alerta en el desarrollo de los niños durante sus primeros 4 años de vida. Una detección temprana favorece a que se trabajen las áreas afectadas o que se encuentran en desfase, de manera temprana y así tener más posibilidades de potencializar las habilidades de comunicación, socialización y juego. Si bien en el caso del menor en que se basa este estudio se sigue observando un desfase global en su desarrollo, cada vez nos vamos acercando un poco más a que sus habilidades vayan de acuerdo con su edad cronológica, beneficiando al niño en áreas de socialización y comunicación, mejorando así su pronóstico de vida en cuanto a su

desenvolvimiento social en los diferentes contextos en los que se desarrolla. Esto no sería posible sin un trabajo consistente entre padres, terapeutas y maestros, los logros en el desarrollo del menor no serían notorios si solo una parte fuera la que trabajara en potencializar las habilidades del menor, se trata de un trabajo en equipo entre las partes involucradas en el desarrollo y educación del niño.

Se puede concluir que los objetivos planteados en el programa de intervención temprana fueron logrados al finalizar las sesiones de trabajo con el menor, se observaron cambios en su manera de comunicarse y de socializar con otros, a partir de haber intervenido de manera temprana se obtuvieron ganancias en su desarrollo.

Una intervención temprana favorece el desarrollo de aquellas habilidades que se encuentran en desfase, ya que durante los primeros años de vida es donde los niños aprenden y se desenvuelven con mayor facilidad, es en este momento donde se les puede enseñar formas de comunicación, de socialización y de conductas favorables.

Existen muchos métodos en los que el profesionalista puede apoyarse para realizar la intervención y es importante conocerlos y tomarlos en cuenta para una mejor intervención, siempre poniendo en primer lugar las necesidades del niño y no tanto la de los padres, la de los maestros o las propias. Un trabajo centrado en el niño es el recomendable si se quieren lograr cambios en su conducta o habilidades.

Con el fin de orientar el trabajo de futuras investigaciones acerca del tema de intervención temprana en autismo se recomienda:

- Involucrar tanto a padres como maestros en caso de que el menor este escolarizado o en guarderías, para un manejo uniforme de la conducta y de las habilidades que se pretenden enseñar o potencializar.
- Dar seguimiento al menor en sus distintos contextos en los que se desenvuelve, y sugerencias para un mejor manejo por parte de los adultos.
- Actualizarse en métodos de intervención temprana y aplicar el que mejor convenga o el que mejor ayude a cubrir las necesidades del menor sobre su desarrollo.
- Tener en cuenta que lo que funciona con un caso probablemente no funcione con todos por lo que los objetivos y los métodos de intervención deben ser individualizados para obtener mejores resultados.

Anexos

Programa de intervención temprana

Descripción del programa:

Este programa está enfocado a desarrollar habilidades sociales y de comunicación en un menor de tres años que recibe atención en el Centro de Autismo en DIF con características del Trastorno Autista en un programa de intervención temprana. Este programa está desarrollado en 15 sesiones de dos horas cada una en las cuales se trabajarán habilidades sociales y de comunicación, y reforzando a su vez los repertorios básicos como la atención, la imitación y el seguimiento de instrucciones.

Objetivo:

Que al término de 15 sesiones de dos horas cada una el menor sea capaz de participar en conversaciones sencillas de ida y vuelta con la terapeuta, a través de frases cortas estableciendo contacto visual, y que inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras

Área:

Cubículo de trabajo

Procedimiento:

Línea base

A partir de la evaluación diagnóstica y mediante la entrevista con los padres acerca de la conducta del niño en el contexto familiar y social se obtendrá información relevante

Sesiones de intervención

Sesión 1

Meta:

Que el niño disfrute de la interacción con la terapeuta

Material:

Pelota, legos, burbujas, plastilina, ensambles

Sesión 2

Meta:

Que el niño establezca contacto visual con instrucción con la terapeuta mientras disfruta de la interacción y que se comunique de manera verbal mediante frases cortas con apoyo.

Material:

Bloques, burbujas, plastilina, pelota, bolos, ensambles

Sesión 3

Meta:

Que el niño establezca contacto visual con instrucción con la terapeuta mientras disfruta de la interacción y que se comunique de manera verbal mediante frases cortas con apoyo.

Material:

Bloques, burbujas, plastilina, pelota, bolos, ensambles, rompecabezas

Sesión 4

Meta:

Que el niño establezca contacto visual de manera espontánea con la terapeuta mientras disfruta de la interacción y que se comunique de manera verbal mediante frases cortas con apoyo.

Material:

Legos, burbujas, plastilina, pelota, bolos, ensambles, espuma

Sesión 5

Meta:

Que el niño establezca contacto visual de manera espontánea con la terapeuta mientras disfruta de la interacción y que se comunique por iniciativa propia de manera verbal mediante frases cortas sin apoyo.

Material:

Legos, burbujas, plastilina, pelota, bolos, ensambles, espuma, cara de papa

Sesión 6

Meta:

Que el niño establezca contacto visual de manera espontánea con la terapeuta mientras disfruta de la interacción y que se comunique por iniciativa propia de manera verbal mediante frases cortas sin apoyo.

Material:

Legos, burbujas, plastilina, pelota, espuma, rompecabezas

Sesión 7

Meta:

Que el niño establezca contacto visual de manera espontánea con la terapeuta mientras disfruta de la interacción y que se comunique por iniciativa propia de manera verbal mediante frases cortas sin apoyo.

Material:

Legos, burbujas, cara de papa, pelota, ensambles, rompecabezas, espuma, tornillos

Sesión 8

Meta:

Que el niño inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras de manera verbal mediante frases cortas estableciendo contacto visual.

Material:

Burbujas, rompecabezas, plastilina, ensambles, pelota, cara de papa.

Sesión 9

Meta:

Que el niño inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras de manera verbal mediante frases cortas estableciendo contacto visual.

Material:

Rompecabezas, plastilina, ensambles, cara de papa, figuras para ensartar, bingo, legos

Sesión 10

Meta:

Que el niño inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras de manera verbal mediante frases cortas estableciendo contacto visual.

Material:

Rompecabezas, burbujas, ensambles, figuras para ensartar, legos, tornillos, pelota, lotería, memoria.

Sesión 11

Meta:

Que el niño inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras de manera verbal mediante frases cortas estableciendo contacto visual.

Material:

Rompecabezas, ensambles, figuras para ensartar, legos, tornillos, lotería, memoria, pelota

Sesión 12

Meta:

Que el niño participe en conversaciones sencillas de ida y vuelta con la terapeuta, a través de frases cortas estableciendo contacto visual.

Que el niño inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras

Material:

Lotería, memoria, rompecabezas, pelota, tarjetas, cara de papa, figuras para ensartar, cuentos.

Sesión 13

Meta:

Que el niño participe en conversaciones sencillas de ida y vuelta con la terapeuta, a través de frases cortas estableciendo contacto visual.

Que el niño inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras

Material:

Ensamblados, memoria, rompecabezas, portera, tarjetas, cara de papa, títeres, loteria

Sesión 14

Meta:

Que el niño participe en conversaciones sencillas de ida y vuelta con la terapeuta, a través de frases cortas estableciendo contacto visual.

Que el niño inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras

Material:

Lotería, ensambles, memoria, rompecabezas, tarjetas, cara de papa, títeres, pelota, cuentos

Sesión 15

Meta:

Que el niño participe en conversaciones sencillas de ida y vuelta con la terapeuta, a través de frases cortas estableciendo contacto visual.

Que el niño inicie y responda a las interacciones sociales con otros a través de actividades que le resulten placenteras

Material:

Ensamblés, lotería, memoria, rompecabezas, plastilina, tarjetas, cara de papa, títeres, cuentos

Anexo 2. Hoja de resultados de la Prueba de
Habilidades de Edgar Doll

Anexo 3. Hoja de resultados de la Escala de Desarrollo
de Merrill-Palmer

Anexo 4. Bitácoras de registro de sesiones

Entrevista a padres- antes de la intervención

1. ¿Cuál fue la primera señal que detectaron en el desarrollo del niño para acudir a buscar una evaluación?

Notaron una diferencia en el desarrollo del niño ya que se empezó a hablar a una edad tardía. Notaron a la edad de 2 años del niño, dificultades en la comunicación y falta de interés por otros niños de su misma edad.

2. ¿Cómo es la comunicación del niño actualmente?

En ocasiones se comunica mediante frases cortas, la mayoría de las veces lo hace mediante palabras y mediante gestos como señalar, se comunica principalmente para expresar necesidades y pocas veces es para compartir intereses o goces. Comentan que hay poco contacto visual por parte del niño al comunicarse con los demás, es irregular, algunas veces lo hace y otras no.

3. ¿Cómo interactúa el niño con otras personas?

Con personas conocidas como la familia se acerca si necesita algo y lo pide, algunas veces se acerca para jugar y para estar de chipilon, con personas desconocidas no interactúa mucho, aun cuando lo busquen si le interesa se acerca pero no platica ni comparte el juego, el sigue en lo suyo y no se fija en lo que la otra persona hace. Comparte algunas cosas con nosotros sus papas, con otros no hay mucha interacción.

4. ¿Cómo es el juego del niño?

Le gustan las pelotas y los trenes, la mayoría de las veces juega solo, con la pelota, suele patearla contra la pared, la agarra, la aplasta y la vuelve a patear, con los trenes los maneja por el piso. No juega con otros niños, a veces juega con nosotros sus papas pero no hay mucha interacción o juegos en los que se utilice la imaginación.

Entrevista a padres- después de la intervención

1. ¿Cómo es la comunicación del niño actualmente?

Se comunica mediante frases la mayoría de las veces, intenta platicar con los demás pero tiene algunas dificultades para estructurar las oraciones, cuando lo recojo de la escuela suele compartir lo que paso en su día, lo hace de manera concreta y al preguntarle más vuelve a repetir lo mismo. Pregunta sobre todo lo que escucha y ve y luego cuando lo vuelve a ver o escuchar lo comparte con los demás. Hace contacto visual cuando se comunica con los demás.

2. ¿Cómo interactúa el niño con otros?

Lo observo más interesado en otros niños y las maestras han comentado que se acerca más a ellos para jugar. Saluda y se despide de sus compañeros y su maestra en la escuela, y de otras personas conocidas cuando esta con ellas. Comparte lo que le gusta con los demás y lo que le sucede en el día. Las maestras comentan que busca a sus compañeros y se une a su juego y otras veces ellos lo buscan a él para invitarlo a jugar.

3. ¿Cómo es el juego del niño?

Juega de manera conjunta con otros, comparte el juego, está pendiente de lo que el otro hace y si le interesa se une al juego. Festeja durante el juego, se entusiasma y lo comparte riéndose y chocándola para celebrar.

4. ¿Cómo considera que la intervención temprana ha contribuido a los avances observados en el niño?

La estimulación que se le ha dado lo ha hecho avanzar mucho aparte de la orientación que se no ha dado a su papa y a mí para trabajar con él en casa, hemos aprendido muchas cosas como papas y llevarlas a la práctica con el niño también le ha ayudado a avanzar. A partir de que empezó a ir a terapias y que se le ha estimulado hemos visto muchos cambios siempre se alegra cuando sabe que es día de terapias y se comunica mejor, interactúa mas con las personas y otros niños.

Referencias

Hall, L. (2009). *Autism Spectrum Disorders: From Theory to Practice*. New Jersey: Ed. Pearson

Hernández, J. (2005) *Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista*. Revista de Neurología 41 (4), 237-245. España.
En: <http://www.associacioaprenem.org/sites/default/files/guideteccioTEA.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill

Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Editorial Aljibe

Rogers, S. & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young Children with Autism: Promoting language, learning and engagement*. New York: Guilford Press.

Swartz, S. (2010). *Autismo*. México: Editorial Lagares

Teitelbaum, P. & Teitelbaum, O. (2012). *¿Tiene autismo tu bebe?* España: Ediciones Obelisco.