

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA



### Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria de Junio, 2021

**Programa de estimulación temprana, en una niña con signos de alerta relacionados  
con el Trastorno del Espectro Autista**

**(Early stimulation program in a girl with warning signs related to Autism  
Spectrum Disorder)**

**Autora: María Dolores Gómez Sánchez**

**Tutora: María Encarnación Carmona Samper**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	3
1. Fundamentación teórica .....	4
1.1. La Atención Temprana .....	4
1.2. Trastorno del Espectro Autista .....	6
1.3. Detección, evaluación y diagnóstico del TEA.....	9
1.4. Programas o Modelos para la intervención en TEA y Atención Temprana ....	13
Modelo TEACCH .....	13
Modelo DIR/ <i>Floortime</i> .....	14
Modelo Conductual ABA.....	14
Modelo Denver de Atención Temprana (ESDM) .....	15
Modelo SCERTS.....	15
2. Propuesta de intervención .....	15
2.1. Contexto.....	15
2.2. Presentación del caso .....	16
2.2.1. Evaluación inicial .....	16
2.3. Diseño y planificación del programa de estimulación.....	17
2.4. Objetivos.....	18
2.5. Programa de estimulación.....	19
3. Valoración de progresos de la usuaria.....	26
4. Valoración del programa de intervención y Conclusiones.....	28
5. Referencias Bibliográficas.....	30
6. Anexos.....	33

## RESUMEN

Durante los últimos años se ha producido un auge en el número de publicaciones sobre las intervenciones de la Atención Temprana en los trastornos del neurodesarrollo. La Atención Temprana es un dispositivo de Salud que tiene como objetivo promover el adecuado desarrollo de los niños de 0 a 6 años, teniendo en cuenta a la familia y al entorno. Uno de los trastornos del neurodesarrollo que está adquiriendo especial importancia es el Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que su detección e intervención temprana aporta una multitud de beneficios que mejoran la calidad de vida del niño y la de su entorno. Para su adecuada intervención han surgido una serie de modelos diferentes, basados en los mismos principios generales. Todos ellos, persiguen proporcionar calidad de vida a los niños y a sus familias. El objetivo de ese trabajo es la creación y puesta en marcha de un programa de estimulación basado en el modelo Denver de Atención Temprana (ESDM) y la metodología TEACCH, para mejorar los signos de alerta de TEA que presenta una niña de tres años. Con ello, vamos a poder ver los avances progresivos en gran parte de los objetivos específicos propuestos.

## ABSTRACT

In recent years there has been a boom in the number of publications on Early Care interventions in neurodevelopmental disorders. Early Attention is a Health device that aims to promote the proper development of children from 0 to 6 years old, considering the family. One of the neurodevelopmental disorders that is gaining special importance is Autism Spectrum Disorder (ASD), since its early detection and intervention provides a multitude of benefits that improve the quality of life of the child and that of his environment. For its adequate intervention, a series of different models have emerged, based on the same general principles. All of them seek to provide quality of life for children and their families. The objective of this work is the creation and implementation of an estimation program based on the Denver Early Intervention model (ESDM) and the TEACCH methodology, to improve the warning signs of ASD that a three-year-old girl presents. With this, we will be able to see the progressive advances in a large part of the specific objectives proposed.

***Palabras clave:*** Trastorno del Espectro Autista (TEA), Atención Temprana, Signos de alerta del Autismo, Modelo Denver de Atención Temprana (ESDM), Metodología TEACCH.

## **1. Fundamentación teórica**

Debido a mi interés por conocer los trastornos del neurodesarrollo, especialmente el TEA, mi elección para realizar el Prácticum y por consiguiente el tema de mi TFG es el trabajo de la Atención Temprana en los Trastornos del Espectro Autista. Ya que la detección de manera anticipada de los trastornos del espectro autista (TEA) es un tema que está adquiriendo especial importancia dado los beneficios que aporta a los niños TEA, a sus familias y a la población general. Esto es debido a que en los últimos 15 años los datos de prevalencia TEA se han incrementado considerándose más comunes de lo que se creía anteriormente, por lo que una adecuada detección temprana puede proporcionarles una mejora en su desarrollo y calidad de vida (Canal et al., 2015).

### **1.1. La Atención Temprana**

La Atención temprana (AT) nace en los años 70 como parte de los Servicios Sociales proporcionando una atención especializada (De Íscar, 2004). Posteriormente, en la década de los 90 la fundación de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) supuso un antes y un después en la AT, ya que delimitó su campo de actuación. En el año 2000 el GAT publicó el Libro Blanco de Atención Temprana ante la necesidad de reunir los diferentes criterios en las evaluaciones e intervenciones que se llevan a cabo por parte del Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), creando así un marco referencial para poder realizar un trabajo profesional (Martínez y Calet, 2015).

En el Libro Blanco (2000) se define a la AT como el conjunto de intervenciones destinadas a la población infantil de 0 a 6 años de edad y a su entorno en el que destaca la familia entre otros. Tiene como objetivo responder de manera precoz a las necesidades que tengan los niños ya sean transitorias o permanentes debido a un trastorno del desarrollo o al riesgo de sufrirlo. Esta intervención deberá ser planificada por un equipo profesional de carácter interdisciplinar o transdisciplinar. Además del objetivo principal, recoge un número de objetivos propios de la AT, tales como:

1. Disminuir los efectos de un déficit en el desarrollo del niño.
2. Mejorar el curso de su desarrollo en la medida de lo posible.
3. Incluir mecanismos de compensación, de eliminación de barreras y de adaptación a sus necesidades específicas.
4. Acortar la aparición de déficits asociados a un trastorno en el desarrollo o de alto riesgo.

5. Observar y cubrir las necesidades y las demandas familiares y de su entorno.
6. Valorar al niño como un sujeto activo en la intervención.

Con el tiempo y especialmente en estos últimos años, la AT ha sufrido diversos cambios que han dado lugar al incremento de la calidad de sus intervenciones y el desarrollo de nuevos programas de prevención, detección y tratamiento para los niños con trastornos en su desarrollo, para sus familias y su entorno social (Jemes et al., 2019).

El desarrollo del niño en sus primeros años de vida se encuentra determinado por la adquisición progresiva de funciones tales como la autonomía, la comunicación, el control postural, el lenguaje y la interacción social. Es un proceso dinámico de interacción entre el individuo y el medio ambiente. El resultado de esta interacción es la maduración de sistema nervioso del niño y con ello el desarrollo de las funciones cerebrales. Este proceso se inicia desde el embarazo y continua a lo largo de los primeros años de vida (Medina et al., 2015). El estado madurativo del cerebro supone una mayor vulnerabilidad a situaciones desfavorables de carácter biológico, psicológico o social. Por el contrario, también existe un estado de alta plasticidad cerebral lo que supone una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que irá disminuyendo a lo largo de los años. Por esta razón, el pronóstico de los niños con algún tipo de alteración en su desarrollo dependerá en gran medida de su fecha de detección y de su inicio en AT, ya que cuando más temprana sea su detección e inicio mayor plasticidad habrá. Para una adecuada detección resulta imprescindible la implicación familiar, tanto para aumentar la eficacia de la estimulación en terapia como para favorecer la interacción afectiva del niño (Perpiñán, 2003).

La AT interviene en tres niveles de prevención:

En primer lugar, **la prevención primaria** tiene como objetivo determinar y señalar cuales son los pasos para seguir para evitar aquellas condiciones que pueden dar lugar a la aparición de alteraciones o trastornos en el desarrollo de los niños.

En segundo lugar, **la prevención secundaria** es la encargada de la detección precoz de trastornos o situaciones que puedan suponer un riesgo para el adecuado desarrollo y de su diagnóstico. La detección temprana supone un paso imprescindible para un adecuado diagnóstico y por lo tanto una atención terapéutica correcta. Es importante detectar de manera temprana cualquier signo que pueda suponer una situación de alerta de un posible trastorno posterior, ya que cuanto antes sea esta detección mayor plasticidad cerebral tendrá el cerebro del niño. El diagnóstico consiste en evidenciar una alteración en el desarrollo del niño para poder conocer las posibles causas, comprender el proceso e

iniciar una intervención terapéutica. El diagnóstico debe tener en cuenta el ámbito biológico, psicológico, social y educativo para una correcta colaboración entre profesionales formando un equipo interdisciplinar. Se encuentra dividido en tres niveles:

- **Diagnóstico funcional:** Está formado por las características cualitativas y cuantitativas de las alteraciones o trastornos. Es muy importante para poder confeccionar los objetivos y las estrategias de intervención.
- **Diagnóstico sindrómico:** Es el conjunto de características que definen un trastorno determinado. Este tipo de diagnóstico es útil para determinar si son alteraciones estables, transitorias o evolutivas.
- **Diagnóstico etiológico:** Nos habla de las causas, ya sean de carácter biológico o psico-social de los trastornos del desarrollo. En algunas situaciones como es en el caso del trastorno del espectro autista no es posible realizar un diagnóstico etiológico con total certeza (Pons, 2013).

Por último, **la prevención terciaria:** reúne aquellas actividades que van destinadas al niño y a su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. La intervención tiene que ser detallada y planificada, de carácter global con un equipo interdisciplinar (Libro Blanco de Atención Temprana, 2000).

## **1.2.Trastorno del Espectro Autista**

El término autismo se utilizó en sus inicios en 1911 para referirse a una alteración característica de la esquizofrenia infantil (Artigas y Paula, 2012). Años posteriores, gracias a las publicaciones de Kanner (1943) “*Autistic Disturbances of affective contact*” y de Hans Asperger en 1944 se llevó a cabo una separación entre esquizofrenia y autismo. De manera independiente utilizaron el término “autista” para referirse a aquellos niños con alteraciones sociales y comunicativas graves (Álvarez y Fernández, 2014). Desde entonces, el concepto de autismo ha ido evolucionando hasta la concepción que tenemos hoy en día de los Trastornos del Espectro Autista. En 1979, el estudio de Lorna Wing y Judith Gould supuso un punto de inflexión en el autismo ya que definieron una tríada de alteraciones características del autismo: alteración en la capacidad de interacción social recíproca, alteraciones en la comunicación y alteraciones en la imaginación, lo que dio lugar a la Tríada Autista (Murillo, 2012). A partir de este estudio se denominó “Trastorno del Espectro Autista” (TEA) aludiendo a los diversos perfiles que se encontraban dentro del autismo, ya que suponía un continuo o espectro de dimensiones alteradas de forma diferente con diversos grados de severidad dependiendo de la persona afectada (Álvarez y Fernández, 2014).

En la actualidad, los diferentes TEA se encuentran definidos por una serie de trastornos que corresponden a los criterios definidos en la 5ª edición del DSM elaborado por la *American Psychiatric Association* (APA, 2013) y en el CIE 11 en el apartado F84 donde se encuentran los Trastornos Generales del Desarrollo.

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo con inicio en la infancia que tiene un origen neurobiológico multifactorial, pero que hasta día de hoy se desconoce cuál es. Afecta al desarrollo de la conducta con formas de proceder repetitivas y restringidas; y a la comunicación social. Es una condición de por vida y presenta una variabilidad en el grado de afectación, de adaptación funcional, en el lenguaje y en el desarrollo del intelecto, dependiendo de la persona y del momento evolutivo de la misma (Hervás et al. 2017). Según Auyanet et al. (2019) sus principales características son alteraciones cualitativas:

- Deficiencias en la comunicación e interacción social: con una alta dificultad de comunicación no verbal y verbal, ausencia de reciprocidad socioemocional y dificultad para formar, mantener y comprender relaciones sociales.
- Comportamientos e intereses repetitivos y restringidos: estereotipias motoras o verbales, adherencia exacerbada a rutinas y patrones que dan lugar a rituales y comportamientos de carácter sensorial poco frecuente.
- Problemas de carácter motor tanto de motricidad fina como gruesa.

La APA (*American Psychiatric Association*) en 2014, reúne en el DSM-5 los criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista, estos son:

Tabla 1

*DSM-5: criterios diagnósticos del TEA*

---

**A.** Deficiencias persistentes en comunicación e interacción social en diferentes contextos, actualmente o en el pasado, manifestado por:

1. Déficits en reciprocidad socioemocional.
  2. Déficits en comunicación no verbal en interacción social.
  3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones interpersonales.
- 

**B.** Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos:

1. Movimientos, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
-

- 
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados ya sean de forma verbal o no verbal.
  3. Intereses muy restringidos y fijos, generalmente anormales por su intensidad o foco.
  4. Hiper o hipo reactividad a estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.
- 

**C.** Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse del todo hasta que las demandas sociales excedan las limitadas capacidades.

---

**D.** Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

---

**E.** Los síntomas no se deben a una discapacidad intelectual o retraso global de desarrollo. Se debe especificar en caso de que se acompañe de un trastorno del lenguaje, discapacidad intelectual, condición médica o genética o factor ambiental conocido, trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento, o catatonia.

---

Nota: APA (2014, pp. 28-29).

Además, el DSM-5 establece tres niveles de gravedad que dependen del nivel de ayuda que requiera la persona en las áreas de comunicación social y comportamiento repetitivo.

Tabla 2

*Niveles de gravedad en TEA según el DSM-5*

<b>Nivel de gravedad</b>	<b>Comunicación social</b>	<b>Comportamientos restringidos y repetitivos</b>
<b>Tercer Grado</b> Necesidad de ayuda muy alta.	Mínima comunicación social.	Interferencia marcada en la vida diaria por una inflexibilidad y dificultades de cambio y foco de atención.
<b>Segundo Grado</b> Necesidad de ayuda notable.	Deficiencia marcada con limitada iniciación o respuestas reducidas y/o atípicas.	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y las dificultades en el cambio de foco.

---

---

<b>Primer Grado</b>	No hay una alteración	Presentan un inusual o excesivo
Necesidad de	significativa.	interés, pero no interfiere.
ayuda.		

---

Nota: APA (2014, pp. 31-32).

En estos últimos años se ha producido un incremento por el interés de la estigmatización del autismo. La palabra “trastorno” para la población general transmite ciertas connotaciones negativas, por ello el Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Trastornos del Espectro Autista (PANAACEA) lo denomina Condición del Espectro Autista (CEA). Definiendo al CEA como aquellas condiciones que afectan al desarrollo del cerebro de forma temprana, que da lugar a consecuencias en la conducta, en la interacción social, en la comunicación y en el procesamiento sensorial. (Kowalczyk, 2021). En España, el término CEA se está empezando a utilizar para subrayar el aspecto positivo del autismo de cara a la sociedad (Alonso, 2020).

### **1.3. Detección, evaluación y diagnóstico del TEA**

Como ya se ha mencionado anteriormente, hoy en día no se conocen las causas biológicas del TEA. Lo que sí se sabe es que tiene una base genética, con una heredabilidad estimada entre el 60 y el 90%. Esto quiere decir que, aunque haya rasgos heredables, no todo es genético. Existen otros factores como son los ambientales que pueden suponer un riesgo para la expresión de los genes que darán pie al autismo. No existe el gen del autismo. Se han llegado a encontrar más de 100 genes asociados al autismo con una alta confianza. Algunos de esos genes se encuentran mutados y son capaces por sí solos de causar autismo, pero esto es algo muy inusual, solo ocurre en el 5% de las personas con TEA. Algunos estudios que han utilizado Big Data han concluido que el número de genes que pueden estar implicados con el TEA puede ser de 2.500. Además, la heredabilidad del autismo puede deberse a variantes genéticas que son comunes a todas las personas, pero que en algunas de ellas se encuentran de una forma más abundante como son las personas con autismo (Alonso, 2019).

La detección temprana en el TEA es un aspecto fundamental, ya que una iniciación precoz está íntimamente relacionada con su pronóstico. Los primeros síntomas que pueden aparecer relacionados con el TEA son a los 18 meses de edad, los cuales son consolidados a los 36 meses (Reynoso et al., 2017). Para realizar una adecuada detección del TEA hay que tener en cuenta los diferentes signos de alerta. El Instituto Nacional de Salud y Cuidado Excelente (2011) establece los signos de alerta que hay que tener en

cuenta a la edad de preescolar, es decir, de 0 a 3 años para el TEA. Estos signos de alerta se encuentran en la interacción social y comunicativa recíproca y son:

- **Lenguaje:**
  - Déficits en el lenguaje ya sea en balbuceos o en palabras, menos de 10 a los 2 años.
  - Pérdida del uso del lenguaje.
  - Lenguaje inusual, que puede incluir
    - Rara entonación.
    - Ecolalia.
    - Referirse a él mismo por su nombre, a partir de los 3 años.
  - Reducción y/o uso poco frecuente del lenguaje para la comunicación.
  - Disminución o ausencia de la respuesta a su nombre, aunque su audición sea normal.
  - Disminución o ausencia de sonrisa con intención social.
  - Reducción o ausencia de la respuesta a las expresiones faciales de otra persona.
  - Respuesta negativa a las peticiones de los demás.
  - Rechazo a recibir caricias por parte de los padres o seres queridos.
- **Relaciones sociales:**
  - Reacciones extremas cuando le invaden el espacio personal.
  - Disminución o ausencia del interés por los demás.
  - Reducción o ausencia de juego con otras personas.
- **Contacto visual, señalización y otros gestos:**
  - Disminución o inexistencia de expresiones faciales comunicativas.
  - Escasos gestos, expresiones faciales, orientación corporal, contacto visual para dirigirse a otra persona.
  - Contacto visual reducido.
  - Reducción o ausencia de atención, que se aprecia en la falta de:
    - Movimiento ocular.
    - Seguimiento de un punto señalado.
    - Uso de la señalización para indicar objetos o para demostrar interés.
- **Ficción e imaginación:**

- Intereses poco habituales o restringidos y/o comportamientos rígidos y repetitivos.
- Movimientos estereotipados y repetitivos.
- Jugar a juegos estereotipados o repetitivos.
- Intereses muy restringidos o poco habituales.
- Resistencia al cambio y reactividad emocional dicotómica.
- Hiper o hipo reactividad a estímulos sensoriales.
- Hiperreactividad ante ciertos sabores, olores, texturas o apariencia de los alimentos.

Cuando se habla de la detección en el trastorno del espectro autista se pueden establecer dos niveles. El primero es el de la vigilancia del desarrollo y el segundo es la detección específica del TEA.

- **Primer nivel:** Este nivel está destinado a la población en general, donde los profesionales de Atención Primaria recogen información sobre las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo de los hijos.
- **Segundo nivel:** En este nivel se utilizan una serie de instrumentos que van dirigidos a los niños que tienen riesgo de tener TEA (Hervás et al., 2017). Los diferentes instrumentos para la detección del TEA se muestran en la tabla 3.

Tabla 3

*Instrumentos para el cribado del desarrollo general y específicos para el TEA*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cribado para la población general de 16 a 30 meses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT).</li> </ul> </li> <li>• <b>Cribado para la población general de 4 a 6 años:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Childhood Autism Spectrum Test (CAST).</li> </ul> </li> <li>• <b>Confirmación diagnóstica definitiva:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R).</li> <li>○ Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS).</li> </ul> </li> <li>• <b>Prueba de cribado de trastornos generalizados del desarrollo-II PDDST-II</b></li> <li>• <b>Evaluación de aspectos variados del desarrollo en niños menores de 24 meses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Communication and Symbolic Behavior Scales (CSBS).</li> <li>○ Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS DP).</li> </ul> </li> </ul>
--

Nota: Hervás et al. (2017, pp. 99-100).

## **Evaluación y diagnóstico**

La evaluación diagnóstica en el TEA tiene como principal objetivo garantizar que los niños con TEA y sus familias reciban una orientación óptima y el soporte necesario. La evaluación no se centra solo en el diagnóstico, sino también en los riesgos a los que está expuesta la persona y su funcionamiento ya sea psicológico, físico o social. En todos estos casos el objetivo principal será el de reconocer sus necesidades. El diagnóstico no debe basarse únicamente en la evaluación de la sintomatología, sino también en la historia evolutiva del desarrollo, en el funcionamiento cognitivo, en el lenguaje, en el contexto social y familiar del niño. Con todo ello lo que se pretende es obtener un perfil individualizado, para poder realizar un programa de intervención y/o estimulación acorde a las necesidades del niño. (Fuentes et al., 2020).

Según Fuentes et al. (2020) para realizar el diagnóstico se debe tener en cuenta la evaluación individual y, además, la información recabada por los padres y de todas las personas que puedan aportar información ya sean sus maestros o familiares cercanos. La evaluación del autismo debe tener en cuenta como mínimo estos puntos:

- La historia clínica: Antecedentes familiares, datos pre/perinatales, historia evolutiva, antecedentes médicos, datos familiares y psicosociales, y tratamientos posteriores.
- Verificación de la sintomatología del autismo: Mediante observación directa y, además, recabar la información necesaria por parte de los padres. Existen varios instrumentos para ello:
  - Entrevista diagnóstica de Autismo-Revisada (ADI-R).
  - Listado de Observación diagnóstica del Autismo (ADOS-2).
  - Entrevista diagnóstica evolutiva del desarrollo (3DII).
- Evaluación del nivel evolutivo del desarrollo, el lenguaje, habilidades físicas y sensoriales: En muchas ocasiones el TEA puede ir acompañado de problemas en el lenguaje y dificultades cognitivas, pero también hay niños con dificultades cognitivas que presentan un desarrollo evolutivo similar al del autismo, por ello esta evaluación es necesaria para realizar un diagnóstico diferencial. Para la evaluación de dificultades cognitivas, en el lenguaje y funcionales existen una serie de instrumentos estandarizados:
  - Prueba de detección del inventario de desarrollo de Battelle (BDI-2).
  - Escala Bayley del desarrollo de bebés y niños pequeños.
  - Escalas del desarrollo Merrill-Palmer (M-P-R).

- Escala de rendimiento de Leiter (Leiter-3).
- Escala de inteligencia preescolar y primaria Wechsler (WPPSI-IV)
- Valoración de problemas emocionales o en comportamiento: Los niños con TEA tienen una mayor probabilidad de sufrir trastornos psicológicos como son el TDAH, trastornos del sueño, ansiedad y depresión. También hay una comorbilidad entre el autismo y el síndrome de Tourette (Darrow et al, 2017). Existen otros trastornos que, aunque tienen una baja probabilidad de aparición también pueden concurrir junto con el TEA y son: el trastorno del estrés postraumático, los trastornos de alimentación, la disforia de género y el abuso de sustancias (Rosen et al., 2018).
- Indagar sobre los factores socioambientales: Los factores socioambientales tienen un papel importante en el TEA, no porque sean directamente su causa sino porque pueden limitar o favorecer el apoyo necesario para su detección, diagnóstico y posterior programa de intervención (Fuentes et al., 2020).

#### **1.4. Programas o Modelos para la intervención en TEA y Atención Temprana**

Para realizar una intervención en TEA por parte de los equipos de Atención Temprana en España se suelen utilizar modelos globales. Estos modelos parten de un marco teórico, organizado mediante conceptos. Se basan en el desarrollo evolutivo del niño teniendo en cuenta aspectos como las habilidades sociales, la autonomía, la imitación, habilidades cognitivas, motricidad y comunicación (AETAPI, 2011). Los modelos o programas más utilizados en España por parte de la Atención Temprana en TEA son:

- **Modelo TEACCH**

El modelo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) se formuló por primera vez por el Dr. Schopler (1966). Se basa en comprender la “cultura autista”, es decir, la forma que tienen los niños autistas de conocer, aprender e interactuar con el mundo que les rodea, de forma que estas diferencias cognitivas explicarían las características conductuales de los niños TEA. Este modelo tiene como objetivo identificar las habilidades de cada niño. Hace hincapié en el aprendizaje en diversos ambientes con diferentes profesionales para poder hacer frente a problemas en la comunicación, percepción, imitación, cognición y motricidad. Se basa en cinco componentes:

- Aprendizaje estructurado.

- Estrategias visuales para la orientación del niño: agendas, estructuración del aula y del material.
- Sistema de comunicación basado en gestos, imágenes o signos.
- Puesta en marcha para el aprendizaje de habilidades pre académicas.
- Los padres son coterapeutas.

Hoy en día, la metodología TEACCH es el modelo más utilizado en los centros de Atención Temprana en todo el mundo. A pesar de que se sustenta en un marco teórico, actualmente no hay estudios controlados, aleatorizados y correctamente diseñados que hayan podido constatar su eficacia con rigurosidad por lo que, aunque sus resultados son prometedores necesita de una validación científica (Mulas, et al., 2010).

- **Modelo DIR/*Floortime***

Este modelo nace de la mano de los planteamientos innovadores del psiquiatra infantil Stanley Greenspan (1997). Teniendo en cuenta las siglas de este modelo (DIR) la D hace referencia al desarrollo de la capacidad emocional de carácter funcional, la I se refiere a los aspectos que forman la individualidad de cada persona y la R, está formada por las relaciones y la interacción de la persona TEA con su entorno. El análisis de estos tres elementos da lugar a la situación completa del individuo. Su principal objetivo es promover el desarrollo socioemocional del niño, para favorecer así el aprendizaje y el desarrollo de otras dimensiones. Para poder aplicar el DIR se utiliza como estrategia de intervención el *Floortime*. Esta estrategia se centra en el juego espontáneo con la intención de promover el desarrollo de habilidades socioemocionales (Casals y Abelenda, 2012). Sin embargo, existen pocas evidencias y estudios sobre la validez de este modelo (Rojas et al., 2020).

- **Modelo Conductual ABA**

El modelo ABA (*Applied Behavior Analysis*) formulado por Lovaas (1987), es un programa basado en los principios de la teoría del aprendizaje y la modificación de conducta, para poder aumentar, disminuir, mantener o generalizar aquellas conductas objetivo, como pueden ser habilidades de comunicación, sociales o rutinas. Este modelo se ampara en que la mayoría de las conductas son aprendidas por la interacción de la persona con el ambiente y que en el caso de que se reciba un reforzador, es usual que la conducta se repita. Este tipo de modelos son los que más se han estudiado y más evidencias empíricas han aportado (Mulas, et al., 2010).

- **Modelo Denver de Atención Temprana (ESDM)**

Este modelo está compuesto por un programa de desarrollo evolutivo de intervención temprana y es utilizado para niños con una edad comprendida entre 2 y 5 años. Fue formulado por Rogers y Dawson (2008), en la universidad de Colorado. Se aplica fundamentalmente en el entorno del niño, sobre todo en el entorno familiar, los terapeutas de Atención Temprana y los padres utilizan esta metodología en el juego natural y en las rutinas diarias. Tiene como principal objetivo aumentar la velocidad del desarrollo evolutivo de los niños con TEA (Wagner, Wallace y Rogers, 2014). Este modelo utiliza aspectos fundamentales del análisis de conducta ABA, como el condicionamiento operante y las técnicas de modificación de conducta. Aunque el programa es eficaz, no existen demasiadas evidencias científicas sobre este modelo (Gonzales, 2015).

- **Modelo SCERTS**

El modelo SCERTS nace gracias a Barry Prizant y Amy Wetherby (2003). Tiene como objetivo principal potenciar el desarrollo de las habilidades comunicativas y socioemocionales de los niños con TEA y a su entorno familiar. Los acrónimos de este modelo hacen referencia a las dimensiones que se trabajan:

- **SC:** Comunicación social.
- **ER:** Autorregulación emocional.
- **TS:** Apoyos interpersonales.

## **2. Propuesta de intervención**

El objetivo principal de este trabajo es realizar un programa de estimulación basado en los principios de la Atención Temprana para promover el desarrollo de una niña que presenta signos de alarma de TEA, con el fin de trasladar el trabajo terapéutico a un contexto natural como es su centro escolar.

### **2.1. Contexto**

La propuesta de intervención se elabora en el contexto de la realización del Prácticum del grado de psicología, llevado a cabo en la escuela infantil La Casa Mágica, pero coordinado por el centro de AT y desarrollo infantil Interactúa. Para la realización de las prácticas se ha creado un proyecto denominado Proyecto Trampolín. Su finalidad es poder trasladar el trabajo realizado en la sesión a contextos naturales como son los centros escolares, además de fomentar el papel de la intervención terapéutica psicológica de la AT en las aulas. Este centro cuenta con un equipo multidisciplinar formado por psicólogos, fisioterapeutas, logopedas,

terapeutas ocupacionales y orientadores profesionales. El objetivo de Interactúa es ayudar en las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tengan riesgo de padecerlo.

El programa de estimulación se basa en el modelo Denver de AT para niños con autismo (ESDM) y en la metodología TEACCH. La intervención está basada en objetivos individuales y específicos para una niña que presenta signos de alarma de TEA. Estos objetivos han sido elaborados a través de una evaluación periódica de las necesidades de la niña en el contexto escolar.

## **2.2. Presentación del caso**

El programa de estimulación está dirigido a una niña de 28 meses. La niña va a la escuela infantil La Casa Mágica desde el año 2020, aunque con anterioridad había estado en una escuela infantil bilingüe, pero debido a su escaso aprendizaje sus padres decidieron cambiarla de centro.

Para mantener el anonimato de la menor en este trabajo me voy a referir a ella con la letra B.

Los padres de B cuentan que a partir de los 9 meses la niña empezó a presentar signos de alerta del autismo ya que no mantenía el contacto ocular y no tenía interacción social. En ese momento la llevaron al pediatra, el cual les administró a los padres el cuestionario M-chat. Los resultados del cuestionario mostraban irregularidades, por lo que el pediatra decidió que era mejor esperar a los 15 meses de edad. Tras esperar este tiempo, se volvió a administrar el cuestionario y derivó a la niña en septiembre del año 2020 al logopeda y a AT de la seguridad social. Además, los padres decidieron llevarla a AT en el centro Interactúa.

### **2.2.1. Evaluación inicial**

La evaluación inicial se llevó a cabo a través de la entrevista de los padres en el centro de AT Interactúa y de los signos de alerta que mostraba la niña en sesión.

En la entrevista inicial la madre narra que no existen antecedentes familiares de autismo ni de ninguna otra patología. Su embarazo fue normal sin ningún tipo de problema.

En cuanto a la alimentación los padres de B cuentan que a partir de los 18 meses mostró un retroceso ya que hasta entonces comía sólido y de manera autónoma. Es a partir de este instante necesita ayuda para comer y deja de comer sólido para comer triturado,

mostrando hipersensibilidad a la comida con texturas rugosas, solo admitiendo texturas lisas. Lo único que come sólido es pan y algún tipo de carne.

Para el aseo es totalmente dependiente, aun lleva pañal y no controla sus esfínteres. Sus hábitos de sueño son normales durmiendo toda la noche.

La niña presenta signos de alerta de autismo, los cuales se van a dividir dependiendo del área afectada:

- **Área de la comunicación:** Presenta problemas en el lenguaje comprensivo ya que no comprende instrucciones simples, ni responde a su nombre. También presenta problemas en el lenguaje expresivo con ecolalia. En algunas ocasiones dice alguna palabra, pero sin sentido en el contexto.
- **Área social:** No mantiene el contacto ocular con el resto de las personas. Algunas veces busca la atención de sus padres, pero solo cuando necesita algo o está cabreada. No reacciona ante la presencia de los demás y en la situación de juego, juega sola evitando la interacción de los demás niños. En cuanto a la imitación B no presenta imitación dirigida a una interacción social.
- **Patrón de intereses:** Se entretiene con sus juguetes prefiriendo aquellos de acción mecánica como hacer torres o encajar piezas. Además, cuando se le presenta un juguete nuevo se obsesiona y se enfada si se lo retiras. También presenta problema en la anticipación y en la resistencia al cambio.
- **Área conductual:** Presenta diferentes tipos de estereotipias como dar palmadas, con conductas auto-estimuladas como ladearse hacia atrás moviendo la cabeza y ante un material u objeto nuevo llevárselo a la boca. Además, deambula con necesidad de llevar cosas en las manos o en los pies mientras lo hace, mostrando problemas motores.

### **2.3. Diseño y planificación del programa de estimulación**

El diseño del programa de estimulación se ha llevado a cabo a partir de los signos de alerta que B presenta en su vida cotidiana, principalmente en el contexto escolar. El resultado es la creación de un proyecto individualizado, con una lista de objetivos específicos a trabajar, divididos en diferentes áreas y etapas. El programa de estimulación y sus respectivos objetivos siguen el modelo ESDM y la metodología TEACCH. Los objetivos específicos están definidos para un periodo de 6 semanas y se ha tomado registro desde el inicio del programa hasta el final poder valorar si ha habido una mejoría.

## **2.4. Objetivos**

El objetivo principal de este trabajo es la creación y puesta en marcha de un programa de estimulación.

El programa partirá de los principios de la Atención Temprana, con el fin de promover el desarrollo de una niña de tres años, que muestra signos de alerta de TEA. El trabajo terapéutico se desarrollará en su ámbito escolar, para que se realice en un contexto natural de su vida diaria.

Para el desarrollo del programa de estimulación se han formulado una serie de objetivos específicos. Cada objetivo trabaja un área específica donde la niña presenta signos de alerta, incluyendo los puntos fuertes y débiles de la niña, fortaleciendo aquellos que ya se han conseguido y apoyando aquellos que necesitan mayor desarrollo. Además, los diferentes objetivos serán analizados a lo largo de las diferentes etapas de enseñanza con el fin de la adquisición del objetivo principal.

A continuación, se van a presentar los objetivos específicos que se van a desarrollar en este programa de estimulación:

1. Favorecer el contacto ocular.
2. Trabajar la imitación.
3. Favorecer la motricidad gruesa.
4. Fortalecer la motricidad fina.
5. Trabajar la anticipación.
6. Trabajar la autonomía personal en la alimentación.

Los objetivos 1 y 2 trabajan el área social, debido a que están directamente relacionados con las conductas prerrequisitas que posteriormente facilitarán la socialización. Como ya se ha mencionado anteriormente, B no mantiene el contacto ocular ni presenta imitación dirigida a una interacción social por lo que es importante trabajarlos para una adecuada sociabilización futura. El objetivo 3 forma parte del área conductual, ya que la niña tiene dificultades en su repertorio de motricidad gruesa. Sin embargo, esto no ocurre en la motricidad fina, el objetivo 4 perteneciente al área de intereses, se encuentra preservado teniendo un adecuado manejo de la pinza y prefiriendo juegos que necesiten la acción de esta como son los juguetes encajables. Estos objetivos pretenden atenuar las dificultades en la motricidad gruesa y fortalecer la motricidad fina que previamente había sido conseguida. El objetivo 5 también forma parte del área de intereses. B presenta resistencia al cambio de tarea, por lo que anticipar los cambios

permite disminuir la rigidez de la niña. Por último, el objetivo 6 trata de fomentar la autonomía de B, en concreto la autonomía de la alimentación, ya que hasta el momento la niña necesita que otra persona le dé de comer, no sabiendo coger la cuchara.

## **2.5. Programa de estimulación**

Este programa de estimulación ha sido diseñado y supervisado por el equipo de psicólogas de AT del centro Interactúa, y creado e implementado por mí durante el periodo de prácticas curriculares. Aunque no he podido realizar una evaluación previa a la niña, para la realización de este programa he explorado sus informes, adaptando los objetivos de intervención a los signos de alerta de TEA que presenta. En consecuencia, la valoración del progreso se realizará mediante el avance en las tareas del programa divididas en etapas de dificultad.

Para poder trabajar los diferentes objetivos específicos se han desarrollado una serie de tareas que conforman el programa de estimulación. Estas actividades permiten apoyar las diferentes áreas donde la niña muestra dificultades y fortalecer aquellas que ya se han conseguido previamente.

Cada actividad se ha dividido en diversas etapas que van de menor a mayor grado de dificultad y serán evaluadas de manera individual y escalonada, ya que para la consecución de la segunda etapa se deberá completar la primera. La evaluación de las etapas permite saber el grado en el que se han conseguido o no los objetivos propuestos. Para ello, las respuestas se han recogido en un registro diario (ver ejemplo en el Anexo 1). Si realiza la etapa de un objetivo se anotará con el símbolo ✓, mientras que si no realiza la etapa del objetivo se anotará con una X.

Las actividades del programa de estimulación se han desarrollado en la escuela infantil “La Casa Mágica” que se encuentra situada en la ciudad de Almería. En la escuela hay tres clases divididas por edad, la niña pertenece a la clase de 2 a 3 años, la cual está formada por una educadora y dieciocho niños. En ella se trabajan diferentes conceptos como los colores, los números o las formas. Sin embargo, la educadora narra que la niña tiene dificultades para aprender estos conceptos y que no se relaciona con el resto de los niños.

B tiene un horario en la escuela infantil con inicio a las 09:15 hasta las 13:30. El programa de estimulación se lleva a cabo durante seis semanas, de lunes a viernes, cinco días a la semana. Cada actividad se realizará a lo largo de la mañana en la escuela infantil. Se aprovechará la hora del desayuno para trabajar la autonomía personal en la

alimentación. Para trabajar la anticipación no se utilizará una hora en concreto ya que se tiene que trabajar en el periodo entre que finaliza una actividad básica y comienza otra. El resto de las tareas se trabajarán en las dos horas de juego libre que tiene la niña.

Tabla 4

*Horario de la escuela infantil*

<b>Horario</b>	<b>Actividades</b>
09:15-10:00	Asamblea
10:00-10:30	Trabajo en mesa
10:30-11:00	Desayuno
11:00-12:00	Juego libre
12:00-12:30	Almuerzo
12:30-13:30	Juego libre

Cada actividad tendrá una duración aproximada de 20 minutos, dejando un tiempo de espera entre actividades de 10 minutos. La actividad 5, se realizará en diferentes momentos del día tras finalizar una actividad básica y comenzar otra, por lo que tendrá una duración aproximada de 30 minutos divididos en seis momentos del día, siendo un total de 5 minutos para realizar la actividad en cada momento.

A continuación, se van a desarrollar las tareas que conforman el programa de estimulación:

**Actividad 1. En mi cara tengo:**

Con la finalidad de trabajar el objetivo 1, se ha creado una tarea donde el adulto cantará la canción “En mi cara tengo”.

• **Materiales necesarios:**

1. Despacho: se ha elegido este lugar para la realización de la actividad ya que se encuentra insonorizado y no hay a la vista juguetes ni otros niños que puedan llamar la atención de la niña.
2. Dos sillas: Es necesario poner a la niña a la misma altura que el adulto, permitiendo que el objeto de atención de la niña sea la cara del adulto.
3. La canción denominada “En mi cara tengo” (Ver Anexo 2).
4. Las preguntas para realizar a la niña después de la canción (Ver Anexo 3).
5. Registro de respuestas diario.

6. Lápiz y papel.

- **Procedimiento:** Para la realización de esta tarea, el adulto sentará a la niña en una silla y él deberá sentarse al mismo nivel de altura frente a ella. Una vez situada a la niña en la silla, el adulto comenzará a cantar la canción resaltando mediante gestos y marcando con las manos las diferentes partes de la cara de la que hable la canción. Tras acabar la canción se le realizarán a la niña una serie de preguntas donde la niña debe señalar las diferentes partes de la cara que se ha trabajado en la canción. El adulto debe apuntar si las ha señalado o no. Para finalizar, debe quedar claro que la actividad ha llegado a su fin, para ello, le preguntaremos a B: ¿Qué ha pasado? Y le responderemos: Que se ha acabado. Junto a ello, se cogerán las manos de la niña y cruzaremos sus brazos como signo de haber finalizado. Tras finalizar, se levantará a la niña de la silla y se le llevará de vuelta a su clase.
- **Etapas:** Esta tarea se ha dividido en dos etapas.
  1. Realizar la actividad una vez con guía física total: el adulto deberá coger las manos de la niña y señalar con ellas las diferentes partes de la cara que trate la canción en ese momento.
  2. Realizar la actividad una vez sin guía física: el adulto deberá marcar la zona de la cara que trate la canción, acentuando la gesticulación para resaltarla.

### **Actividad 2. El sonido de los animales:**

Con la finalidad de trabajar el objetivo 2, se ha creado una tarea donde el adulto cantará la canción “El sonido de los animales”.

- **Materiales necesarios:**
  - Despacho: se ha elegido este lugar para la realización de la actividad ya que se encuentra insonorizado y no hay a la vista juguetes ni otros niños que puedan llamar la atención de la niña.
  - Dos sillas: Es necesario poner a la niña a la misma altura que el adulto, permitiendo que el objeto de atención de la niña sea la cara del adulto.
  - La canción denominada “El sonido de los animales” (Ver Anexo 4).
  - Registro de respuestas diario.
  - Lápiz y papel.
- **Procedimiento:** Para la realización de esta tarea se deberá sentar a la niña en una silla y el adulto deberá sentarse al mismo nivel de altura frente a ella. Una

vez situada a la niña en la silla, el adulto comenzará a cantar la canción haciendo onomatopeyas que describan el sonido del animal que trate en ese momento la canción. El adulto utilizará las manos o hará gestos con la cara para recrear los aspectos característicos de los animales, como los cuernos de la vaca o el hocico del cerdo. Para finalizar, debe quedar claro que la actividad ha llegado a su fin, para ello, le preguntaremos a B: ¿Qué ha pasado? Y le responderemos: Que se ha acabado. Junto a ello, se cogerán las manos de la niña y cruzaremos sus brazos como signo de haber finalizado. Tras finalizar, se levantará a la niña de la silla y se le llevará de vuelta a su clase.

- **Etapas:** Esta tarea se ha dividido en cuatro etapas.
  1. Realizar la actividad una vez con guía física y sonora total: El adulto cogerá las manos de la niña para realizar los diferentes aspectos característicos de los animales y hará las onomatopeyas de cada animal.
  2. Realizar la actividad una vez con guía física parcial y guía sonora total: El adulto señalará en el cuerpo de la niña donde se encuentra los aspectos característicos de los diferentes animales y hará las onomatopeyas de cada animal.
  3. Realizar la actividad una vez sin guía física y con guía sonora total: El adulto no realizará el aspecto característico de los diferentes animales, pero si realizará las onomatopeyas de cada animal.

### **Actividad 3. Hola, ¿Cómo estás?:**

Con la finalidad de trabajar el objetivo 3, se ha creado una tarea donde el adulto cantará la canción “Hola, ¿Cómo estás?”.

- **Materiales necesarios:**
  - Patio escolar.
  - La canción denominada “Hola, ¿Cómo estás?” (Ver Anexo 5).
  - Registro de movimientos (Ver Anexo 6).
  - Registro de respuestas diario.
  - Lápiz.
- **Procedimiento:** Para la realización de esta tarea iremos al patio escolar de la niña. El adulto se colocará frente a ella y empezará a cantar la canción. Cuando la canción requiera hacer un movimiento, el adulto lo realizará delante de la niña. El adulto deberá apuntar si la niña ha realizado o no cada movimiento que exige la canción. Con ello, se pretende saber cuáles son los movimientos que más le

cuestan hacer a la niña. Para finalizar, debe quedar claro que la actividad ha llegado a su fin, para ello, le preguntaremos a B: ¿Qué ha pasado? Y le responderemos: Que se ha acabado. Junto a ello, se cogerán las manos de la niña y cruzaremos sus brazos como signo de haber finalizado. Tras finalizar, se le dará agua a la niña, para su correcta recuperación tras el ejercicio físico y se le llevará de vuelta a su clase.

- **Etapas:** Esta actividad se ha dividido en tres etapas.
  1. Realizar la actividad una vez con guía física total: El adulto cogerá a la niña o las diferentes partes del cuerpo que requiere la canción para realizar los movimientos necesarios.
  2. Realizar la actividad una vez con guía física parcial: El adulto realizará delante de la niña los diferentes movimientos que requiere la canción.
  3. Realizar una vez sin guía física: El adulto solo cantará la canción sin realizar los movimientos que requiere, esperando que la niña los realice por instrucción verbal y no por imitación.

#### **Actividad 4. El jardín de las flores:**

Con la finalidad de trabajar el objetivo 4, se ha creado una tarea donde la niña trabajará mediante el juego la pinza.

- **Materiales necesarios:**
  - Despacho: se ha elegido este lugar para la realización de la actividad ya que se encuentra insonorizado y no hay a la vista juguetes ni otros niños que puedan llamar la atención de la niña.
  - El jardín de las flores: es un juego creado para la realización de esta actividad (Ver Anexo 7).
  - Dos sillas.
  - Mesa.
  - Registro de respuestas diario.
  - Lápiz.
- **Procedimiento:** Para la realización de esta tarea se deberá sentar a la niña en una silla y el adulto debe de sentarse en otra al lado de ella. Se colocará el juego frente a ella, encima de la mesa. Destaparemos el juego donde estarán todas las flores con palito. Hay un total de seis flores, dos son de color rojo, otras dos de color amarillo y, por último, dos de color azul. Una vez sacadas las flores con palito, se le enseñarán a la niña, para que vea la cantidad de flores con palito que hay. Tras

ello, se cerrará la caja y en la tapa se encontrarán seis flores correspondientes a los colores de las flores con palito. Encima de cada flor hay una ranura por donde la niña debe introducir el palito de la flor. Para una correcta ejecución el color de la flor con palito debe coincidir con la flor que hay situada en la caja. Al final del procedimiento, cada palo de deberá quedar introducido a su flor correspondiente. Para finalizar, debe quedar claro que la actividad ha llegado a su fin, para ello, le preguntaremos a B: ¿Qué ha pasado? Y le responderemos: Que se ha acabado. Junto a ello, se cogerán las manos de la niña y cruzaremos sus brazos como signo de haber finalizado. Tras finalizar, se levantará a la niña de la silla y se le llevará de vuelta a su clase.

- **Etapas:** Esta actividad se ha dividido en tres etapas:
  1. Realizar la actividad una vez con guía física total: El adulto cogerá la mano de la niña y meterá cada palito dentro de la ranura correspondiente.
  2. Realizar la actividad una vez con guía física parcial: El adulto indicará con la mano cual es la ranura donde la niña debe introducir la flor.
  3. Realizar una vez sin guía física: La niña deberá introducir ella sola los palitos en sus ranuras correspondientes.

#### **Actividad 5. ¿Qué voy a hacer?:**

Con la finalidad de trabajar el objetivo 5 se ha llevado a cabo la creación de una tarea donde la niña anticipará las acciones que debe hacer a lo largo del día en la escuela infantil.

- **Materiales necesarios:**
  1. Pared de su clase: La niña trabajará la anticipación en su clase, ya que es donde realiza la mayor parte de sus actividades diarias.
  2. Tablero de anticipación: Para el desarrollo de esta actividad, se ha creado un tablero de anticipación que recoger mediante pictogramas las actividades básicas que realiza la niña a lo largo del día, desde que entra a la escuela hasta que se va a casa (Ver Anexo 8).
  3. Pegamento para paredes.
  4. Registro de respuestas diario.
  5. Lápiz.
- **Procedimiento:** Cuando la niña llegue a clase, el adulto la guiará hacia el panel de anticipación. El adulto debe darle uno a uno y ordenados, los seis pictogramas que conforman su vida diaria en la escuela: asamblea, trabajo en mesa, comer,

recreo, juego y volver a casa. La niña deberá colocarlos en fila y ordenados en el panel. Tras ello, se le proporcionará a la niña una flecha roja que deberá colocar encima de la acción que se va a realizar en ese momento, anticipando así la acción. Este procedimiento se realizará seis veces a lo largo del día, en el periodo entre finalizar una actividad diaria y comienza otra. Para finalizar, debe quedar claro que la actividad ha llegado a su fin, para ello, le preguntaremos a B: ¿Qué ha pasado? Y le responderemos: Que se ha acabado. Junto a ello, se cogerán las manos de la niña y cruzaremos sus brazos como signo de haber finalizado. Tras finalizar, se llevará a la niña donde están el resto de sus compañeros.

- **Etapas:** Esta actividad se ha dividido en tres etapas.
  1. Realizar una vez con ayuda total física: El adulto deberá coger la mano de la niña y colocar cada pictograma en orden. Después, deberá colocar la flecha encima de la actividad que se anticipa.
  2. Con ayuda física parcial: El adulto señalará el lugar donde deben ir colocados los pictogramas y la flecha que señalará la actividad anticipada.
  3. Realizar una vez sin ayuda física: La niña, sin ayuda del adulto, deberá colocar los pictogramas en orden y la flecha encima de la actividad que se esté anticipando.

#### **Actividad 6. Comiendo solita:**

Con la finalidad de trabajar el objetivo 6 se ha llevado a cabo la creación de una tarea donde la niña aprenderá a coger la cuchara e introducir el alimento en su boca.

- **Materiales necesarios:**
  1. Comedor escolar.
  2. Trona con mesa.
  3. Babero.
  4. Cuchara.
  5. Toallitas.
  6. Puré de frutas.
  7. Plato.
  8. Yogurt.
  9. Hoja de registro diario.
  10. Lápiz.
- **Procedimiento:** El adulto deberá llevar a la niña a la zona de comedor escolar, ya sea a la hora del desayuno o del almuerzo. El adulto sentará a la niña en la

trona y le pondrá el babero. Debido a que B tiene hiperreactividad a las texturas rugosas, los alimentos que se han elegido para esta actividad tienen texturas lisas y son el puré de frutas y el yogurt. El adulto presentará la comida y la cuchara a la niña y la posará en la mesa de la trona. La niña deberá de coger la cuchara e introducir el alimento en su boca. Cuando la niña se haya comido el alimento, se le limpiará la cara y las manos con una toallita y se le quitará el babero. Para finalizar, debe quedar claro que la actividad ha llegado a su fin, para ello, le preguntaremos a B: ¿Qué ha pasado? Y le responderemos: Que se ha acabado. Junto a ello, se cogerán las manos de la niña y cruzaremos sus brazos como signo de haber finalizado. Tras finalizar, se bajará a la niña de la trona y se le llevará a su clase.

- **Etapas:** Esta actividad se ha dividido en tres etapas.
  1. Realizar tres cucharadas con guía física total: El adulto deberá agarrar la mano de la niña con la cuchara haciendo pinza, cogerá la comida del plato y la introducirá en su boca.
  2. Realizar tres cucharadas con ayuda parcial: El adulto deberá agarrar la mano de la niña con la cuchara haciendo pinza, cogerá la comida y soltará la mano de la niña, para que ella sola introduzca el alimento en su boca.
  3. Realizar tres veces sin ayuda: La niña deberá coger la cuchara, coger el alimento con la cuchara e introducirlo en su boca.

### **3. Valoración de progresos de la usuaria**

Para realizar la valoración de los progresos de la niña no ha habido una valoración pre y post de carácter cuantitativo, sino una valoración observacional de los aspectos que han ido mejorando progresivamente en cada tarea y sus respectivas etapas.

Durante seis semanas he ido anotando con detalle en el registro de respuesta (Ver Anexo 1.), el avance de B en las diferentes actividades que se han llevado a cabo. La niña se ha mostrado receptiva y con un gran interés por realizar las actividades del programa, adaptándose perfectamente a ellas. A lo largo de este periodo de tiempo se ha producido un avance en la realización de las actividades y sus etapas, y con ello la consecución de algunos de los objetivos.

Tabla 5

*Resumen de consecución de objetivos*

<b>Objetivos</b>	<b>Valoración</b>
Objetivo 1: Favorecer el contacto ocular	Conseguido
Objetivo 2: Trabajar la imitación	En proceso
Objetivo 3: Favorecer la motricidad gruesa	En proceso
Objetivo 4: Fortalecer la motricidad fina	Conseguido
Objetivo 5: Trabajar la anticipación	Conseguido
Objetivo 6: Trabajar la autonomía personal en la alimentación	Conseguido

Respecto a favorecer el contacto ocular, se ha observado una evolución en la realización de la actividad 1: En mi cara tengo. En las tres primeras semanas del programa de estimulación, la niña no mostraba ningún signo de señalar de manera autónoma ninguna parte de la cara. Es a partir de la semana cuatro, cuando la niña señala por primera vez los ojos y la boca. Durante la semana cinco, B señala en tres días consecutivos los ojos, la nariz y la boca. Y, por último, en la sexta semana, B es capaz de señalar ojos, nariz, boca y orejas los cinco días consecutivos.

En cuanto a trabajar la imitación, se ha observado menor evolución en la realización de la actividad 2: El sonido de los animales. La niña no es capaz de realizar por si sola las onomatopeyas o los aspectos característicos de los animales, pero si lo realiza con ayuda. Ha tenido problemas sobre todo con realizar las onomatopeyas del león y del cerdo, ya que estas suponían realizar expresiones más acentuadas.

También se observa una progresión, aunque más lenta en las conductas de motricidad gruesa mediante la actividad 3: Hola, ¿Cómo estás? La niña es capaz de saltar, aplaudir, chocar y saludar con ayuda del adulto, pero no lo realiza de manera autónoma. En la primera semana, no realizaba ningún movimiento que requiriese la canción. Es a partir de los dos últimos días de la segunda semana, cuando B empieza a chocar y aplaudir cuando me ve a mí haciéndolo. Durante las siguientes semanas, la niña ha seguido realizando movimientos de la canción con ayuda, pero no es hasta la quinta semana cuando empieza a realizar algún movimiento como aplaudir o saltar de manera autónoma. Esta realización de movimientos no se ha perpetuado en el tiempo, sino que ha ido apareciendo en algunos días desde la quinta semana hasta la finalización del programa.

En el fortalecimiento de la motricidad fina se ha producido una evolución en la primera semana, hasta su total consecución a partir de la segunda semana. Desde entonces hasta el final del programa, la niña realiza sin problema la actividad 4: El jardín de las

flores. Lo mismo ha ocurrido con trabajar la anticipación. B ha mostrado desde la segunda semana una mejoría en su realización. A partir de la tercera semana realiza sin problema la actividad 5: ¿Qué voy a hacer?, en todas sus etapas hasta el final del programa.

Por último, la autonomía en la alimentación se ha visto mejorada hasta su total consecución en la última semana del programa. En las primeras semanas, la niña no realizaba ningún movimiento que conllevara coger la cuchara o metérsela en la boca. A partir de la quinta semana, B empieza a introducirse el alimento en la boca, pero no es capaz de realizar el movimiento de coger la comida del plato. Durante la última semana, los cuatro últimos días, la niña empieza a coger la comida del plato con la cuchara e introducirse en la boca.

#### **4. Valoración del programa de intervención y Conclusiones**

El objetivo principal de este trabajo ha sido la creación y puesta en marcha de un programa de estimulación, partiendo de los principios de la AT, con el fin de promover el desarrollo de una niña de tres años, que muestra signos de alerta de TEA.

El trabajo terapéutico se ha desarrollado en su ámbito escolar, para llevarlo a cabo en un contexto natural de su vida diaria. Para ello, se ha basado en el modelo Denver de AT (ESDM) y la metodología TEACCH. Este programa forma parte del Proyecto Trampolín diseñado por las terapeutas del Centro Interactúa de AT con el fin de generalizar el aprendizaje de terapia a otros contextos naturales y promover el papel de la AT en la educación.

Debido a que la niña presenta signos de alerta de TEA y no tiene un diagnóstico clínico oficial, no se ha podido llevar a cabo una valoración clínica previa, por lo que para poder valorar los avances de la niña me he basado en el punto de partida de aquellas áreas que las terapeutas del Centro Interactúa, la educadora y la familia han visto deficitarias y, además, del propio progreso de la niña. Para la realización de un futuro programa donde haya una evaluación clínica, se realizará una evaluación previa y una evaluación posterior cuantificando los avances numéricamente.

La valoración de los progresos de la niña muestra una evolución en el mantenimiento del contacto ocular, en la autonomía de la alimentación y en la anticipación. Además, indica un fortalecimiento de la motricidad fina que ocurre desde la segunda semana y se mantiene a lo largo del todo el programa. Sin embargo, en la motricidad gruesa y en la imitación, la evolución se ha mostrado de manera más tardía coincidiendo con el final del programa.

Cabe añadir, que la realización de las actividades los lunes era más costosa y con peores resultados que el resto de los días de la semana. Esto puede deberse al no trabajar las actividades los fines de semana y necesitar un tiempo de habituación a ellas por parte de la niña. Esto pone en manifiesto la necesidad de generalizar los avances, insistiendo en su contexto familiar, por lo que este programa podría haberse reforzado trabajando los diferentes aspectos por parte de la familia.

Es importante tener en cuenta a la familia para que sigan trabajando y reforzando el aprendizaje que se ha conseguido mediante el programa. Ya que la mayoría de las actividades que se han llevado a cabo son canciones y juguetes, son de fácil acceso para los padres, lo que facilitará el progreso y mantenimiento de los objetivos.

Otro aspecto a destacar, es la colaboración con la escuela infantil La Casa mágica. La educadora responsable de B ha decidido mantener la actividad En Mi Cara Tengo para favorecer la imitación, no solo con la niña, sino con toda la clase. Lo que aumentará la probabilidad de que la niña favorezca la imitación y, además, la socialización al trabajar la actividad con todos los niños de la clase.

Teniendo en cuenta la rápida adaptación de la niña a las actividades y su evolución a lo largo de todo el periodo de implementación, este programa ha servido para apoyar las áreas donde la niña mostraba dificultades y fortalecer aquellas que ya se habían conseguido.

Como conclusión, señalar la importancia de la AT en niños con TEA o con riesgo a padecerlo, ya que es fundamental para promover el desarrollo de estos niños, dándoles herramientas adaptadas a sus necesidades, que permitan mejorar su funcionalidad autónoma en su vida diaria, mejorando así su calidad de vida y la de su entorno. Un aspecto clave que debería mejorarse por parte de los dispositivos de Salud, sobre el TEA, es la información que recibe la población general sobre las características del TEA, ya que debido a la desinformación de las familias y a su gran heterogeneidad es difícil su temprana detección y diagnóstico. Además, debida a esta heterogeneidad es imprescindible llevar a cabo programas de estimulación individualizados, basados en las necesidades de cada niño. Para ello, existen diferentes métodos o modelos que mejoran aquellas áreas donde los niños muestran dificultades. En este trabajo se ha utilizado el modelo Denver de Atención Temprana (ESDM) y la metodología TEACCH, que se basan principalmente en el juego, lo que aumentará la integración del programa en el contexto donde se realiza, siendo este su centro educativo.

## 5. Referencias Bibliográficas

- Alonso, J.R. (2019). *Genética y Neurodiversidad*. Neurociencia: El blog de José Ramón Alonso. <https://jralonso.es/2019/01/07/genetica-y-neurodiversidad/>
- Alonso, J.R. (2020). *Terminología y Autismo*. Neurociencia: El blog de José Ramón Alonso <https://jralonso.es/2020/05/10/terminologia-y-autismo/>
- Álvarez, S. y Fernández, J.C. (2014). Detección Temprana de los Trastornos del Espectro Austista entre profesionales de Educación Infantil y Primaria. En M. Peralbo (Ed.), *Encuentros sobre psicología, comunicación y lenguaje*. (pp. 79-96). Universidad de A Coruña.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Artigas, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Española de Neuropsicología*, 32(115), 567-587.
- Asociación española de profesionales del autismo (AETAPI) (2011). *Propuesta para la planificación de servicios y programas para personas con trastorno del espectro del autismo y sus familias*. <http://aetapi.org/download/propuesta-la-planificacion-servicios-programas-personas-trastornos-del-espectro-del-autismo-familias/?wpdmdl=3317>
- Auyanet, A., Quevedo, M., Rodríguez, M. y Vega, R. (2019). *Identificación y evaluación de las necesidades educativas del alumnado con TEA*. EOEP de TGD Las Palmas. [https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/edublog/oepe\\_tgdaspalmas/wp-content/uploads/sites/154/2020/10/guia--identificacion-y-evaluacion-de-las-necesidades-del-alumnado-con-tea.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/edublog/oepe_tgdaspalmas/wp-content/uploads/sites/154/2020/10/guia--identificacion-y-evaluacion-de-las-necesidades-del-alumnado-con-tea.pdf)
- Canal, R.B., García, P., Hernández, A., Magán, M., Sánchez, A.B., Posada, M. (2015). De la detección precoz a la atención temprana: estrategias de intervención a partir del cribado prospectivo. *Rev Neurol*, 60(1), 25-9.
- Casals, V. y Abelenda, J. (2012). El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. *Norte de Salud Mental*, 10(44), 54 – 61.
- Darrow, S., Grados, M., Sandor, P., Herschtritt, M. y Illmann C. (2017). Síntomas del espectro de autismo en una muestra de trastorno de Tourette. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 56, 610-617.

- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 20, 775-803.
- De Íscar Pérez, M. J. (2004). Manual de atención temprana. *Psicothema*, 16(4), 706-714.
- Fuentes, J., Hervás, A. y Howlin, P. (2020). Guía práctica para el autismo de ESCAP. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Gonzales, E. (2015). Enfoques de intervención para niños con trastornos del espectro autista: últimos avances. *EOS Perú*, 4(2), 77-89.
- Greenspan, S. I., y Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autism spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1, 87-141.
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro Blanco de Atención temprana*. Madrid. Real Patronato de Discapacidad.
- Hervás, A., Balmaña, N. y Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral*, 21(2), 92-108.
- Jemes, I.C., Romero, R.P., Labajos, M.T., y Moreno, N. (2019). Evaluación de la calidad de servicio de Atención Temprana: revisión sistemática. *Anales de Pediatría*, 90(5), 301-309.
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of affective contact. *Nerv Child*, 2, 217-250.
- Kowalczyk, M. (2021). ¿Qué sabemos sobre las condiciones del espectro autista? Formación e investigación en autismo: una deuda pendiente en la sociedad argentina. En Ariel, M (Ed.), *Análisis de prácticas y experiencias pedagógicas* (pp. 75-88). Universidad de Córdoba.
- Lovaas, I., Newsom, C., y Hickman, C. (1987). Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(1), 45-68.
- Martínez, A., y Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque desde el ámbito familiar. *Escritos de Psicología*, 8(2), 33-42. <http://doi:10.5231/psy.writ.2015.1905>
- Medina, M.P., Caro, I., Muñoz, P. Leyva, J., Moreno, J., y Vega, S.M. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 565-573.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L. y Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*, 50(3), 77-84.
- Murillo, E. (2012). Actualización conceptual de los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). En Martínez, M.A., Cuesta, J.L. y cols. (Eds.) *Todo sobre el autismo* (pp. 25-63). Altaria.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Autism. Recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum*. NICE Clinical Guideline.
- Perpiñán, S. (2003). La intervención con familias en los programas de atención temprana. En I. Candel (Ed.), *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 59-80). FEISD.
- Pons, A. (2013). El pediatra de Atención Primaria, una figura necesaria en la Atención Temprana. *Rev pediátrica*, 22, 11-19.
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., y Laurent, A. C. (2003). The SCERTS model: A transactional, family-centered approach to enhancing communication and socio-emotional abilities of children with autism spectrum disorders. *Infants and Young Children*, 16(4), 296–316.
- Reynoso, C., Rangel, M. J., y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 55(2), 214-222.
- Rojas, L., Alonso, Y. y Alcantud, F. (2020). Revisión de evidencias de las técnicas de DIR/Floortime para la intervención en niños y niñas con trastornos del espectro del autismo. *Siglo Cero*, 51(2), 7-32.
- Rosen, T., Mazefsky, C., Vasa, R., Lerner, M. (2018). Condiciones psiquiátricas co-ocurrentes en el trastorno del espectro autista. *Int Rev. Psiquiatría* 30, 40-61.
- Salvadó-Salvadó, B., Palau, M., Clofent, M., Montero, M. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Rev Neurol*, 54(1), 63-71.
- Schopler, E. (1966). Visual versus tactual receptor preference in normal and schizophrenic children. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 108–114.
- Wagner, A., Wallace, K. y Rogers, S. (2014). Developmental Approaches to Treatment of Young Children with Autism Spectrum Disorder. En J. L. Matson (Ed.), *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders. Research, Policy and Practice*. (pp. 501-542).

## 6. Anexos

### Anexo 1. Registro diario de actividades realizadas por B, durante las diferentes sesiones de entrenamiento

Semana 1						
Actividades	Etapas	Realización en días				
Actividad 1.	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	X
Actividad 2.	Guía física y sonora total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial y sonora total	X	X	X	X	X
	Sin guía física y con guía sonora total	X	X	X	X	X
Actividad 3.	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	X	X	X	X
	Sin guía física	X	X	X	X	X
Actividad 4.	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	✓	✓	✓
Actividad 5: Sesión 1	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	X
Actividad 5: Sesión 2	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	✓	✓	✓
Actividad 5: Sesión 3	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	✓	✓	✓
Actividad 5: Sesión 4	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	✓	✓	✓
Actividad 5: Sesión 5	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	✓	✓	✓	✓
Actividad 5: Sesión 6	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	✓	✓	✓	✓
Actividad 6.	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	X	X	X	X
	Sin guía física	X	X	X	X	X

Semana 2						
Actividades	Etapas	Realización en días				
<b>Actividad 1.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	X
<b>Actividad 2.</b>	Guía física y sonora total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial y sonora total	X	X	✓	X	✓
	Sin guía física y con guía sonora total	X	X	X	X	X
<b>Actividad 3.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	X	X	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	X
<b>Actividad 4.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 1</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 2</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 3</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 4</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 5</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 6</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 6.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	X	X	X	X
	Sin guía física	X	X	X	X	X

Semana 3						
Actividades	Etapas	Realización en días				
<b>Actividad 1.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	X
<b>Actividad 2.</b>	Guía física y sonora total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial y sonora total	X	✓	X	✓	✓
	Sin guía física y con guía sonora total	X	X	X	X	✓
<b>Actividad 3.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	X	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	X
<b>Actividad 4.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 1</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 2</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 3</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 4</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 5</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 6</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 6.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	X	X	X	X
	Sin guía física	X	X	X	X	X

Semana 4						
Actividades	Etapas	Realización en días				
<b>Actividad 1.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	✓	X
<b>Actividad 2.</b>	Guía física y sonora total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial y sonora total	X	X	X	✓	✓
	Sin guía física y con guía sonora total	X	X	X	X	X
<b>Actividad 3.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	X	X	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	X
<b>Actividad 4.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 1</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 2</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 3</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 4</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 5</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 6</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 6.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	X	X	X	X
	Sin guía física	X	X	X	X	X

Semana 5						
Actividades	Etapas	Realización en días				
<b>Actividad 1.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	✓	✓	✓
<b>Actividad 2.</b>	Guía física y sonora total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial y sonora total	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física y con guía sonora total	X	X	X	X	✓
<b>Actividad 3.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	✓
<b>Actividad 4.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 1</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 2</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 3</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 4</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 5</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 6</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 6.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	X	X	X	X

Semana 6						
Actividades	Etapas	Realización en días				
<b>Actividad 1.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 2.</b>	Guía física y sonora total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial y sonora total	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física y con guía sonora total	X	X	✓	X	✓
<b>Actividad 3.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	X	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	✓	X	X	X
<b>Actividad 4.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 1</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 2</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 3</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 4</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 5</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 5: Sesión 6</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividad 6.</b>	Guía física total	✓	✓	✓	✓	✓
	Guía física parcial	✓	✓	✓	✓	✓
	Sin guía física	X	✓	✓	✓	✓

## **Anexo 2. Canción: En mi cara tengo**

En mi cara tengo boca y nariz.

Tengo dos ojitos para verte a ti.

Dos orejas para oír y cachetes para hacer prr prr prr.

En mi cara tengo boca y nariz.

Tengo dos ojitos para verte a ti.

Dos orejas para oír y cachetes para hacer prr prr prr.

Esta es mi boca.

Esta es mi nariz.

Estos dos ojitos para verte a ti.

Estas orejitas sirven para oír.

Y estos dos cachetes hacen prr prr prr.

En mi cara tengo boca y nariz.

Tengo dos ojitos para verte a ti.

Dos orejas para oír y cachetes para hacer prr prr prr.

En mi cara tengo boca y nariz, tengo dos ojitos para verte a ti.

Dos orejas para oír y cachetes para hacer prr prr prr.

En mi cara tengo boca y nariz.

Tengo dos ojitos para verte a ti.

Dos orejas para oír y cachetes para hacer prr prr prr

Nota: La canción es una canción popular en las escuelas infantiles, pero que ha sido adaptada a las necesidades de la tarea.

## **Anexo 3. Preguntas de la canción: En mi cara tengo**

¿Dónde está la boca?

¿Dónde está la nariz?

¿Dónde están los ojos?

¿Dónde están las orejas?

¿Dónde están los cachetes?

#### **Anexo 4. Canción: El sonido de los animales**

Vamos a jugar a los animales.

Vamos a escucharlos tu y yo.

Dime si sabes como hace el perrito

Vamos a escucharlo tu y yo (onomatopeya del perro).

Dime si sabes como hace el gatito.

Vamos a escucharlo tu y yo (onomatopeya del gato).

Dime si sabes como hace el gallo.

Vamos a escucharlo tu y yo (onomatopeya del gallo).

Dime si sabes como hace la oveja.

Vamos a escucharlo tu y yo (onomatopeya de la oveja).

Dime si sabes como hace el cerdito.

Vamos a escucharlo tu y yo (onomatopeya del cerdo).

Dime si sabes como hace el león.

Vamos a escucharlo tu y yo (onomatopeya del león)

Nota: La canción es una canción popular en las escuelas infantiles, pero que ha sido adaptada a las necesidades de la tarea.

#### **Anexo 5. Canción: Hola, ¿Cómo estás?**

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Yo muy bien, ¿y tú? ¿Qué tal?

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Vamos a aplaudir.

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Yo muy bien, ¿y tú? ¿Qué tal?

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Vamos a saltar.

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Yo muy bien, ¿y tú? ¿Qué tal?

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Vamos a chocar.

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Yo muy bien, ¿y tú? ¿Qué tal?

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Nos vamos a sentar.

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Yo muy bien, ¿y tú? ¿Qué tal?

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Vamos a saludar.

Hola, hola, hola.

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Yo muy bien, ¿y tú? ¿Qué tal?

Hola, hola, hola, ¿Cómo estás?

Vamos a terminar.

Nota: La canción es una canción popular en las escuelas infantiles, pero que ha sido adaptada a las necesidades de la tarea.

#### **Anexo 6. Registro de movimientos**

<b>Semana 1</b>					
<b>Movimientos</b>	<b>Realización en días</b>				
Aplaudir	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Saltar	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Chocar	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Sentarse	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Saludar	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

<b>Semana 2</b>					
<b>Movimientos</b>	<b>Realización en días</b>				
Aplaudir	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Saltar	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Chocar	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Sentarse	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Saludar	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

Semana 3					
Movimientos	Realización en días				
Aplaudir	X	X	X	X	X
Saltar	X	X	X	X	X
Chocar	X	X	X		X
Sentarse	X	X	X	X	X
Saludar	X	X	X	X	X

Semana 4					
Movimientos	Realización en días				
Aplaudir	X	X	X	✓	✓
Saltar	X	X	X	X	X
Chocar	X	X	X	✓	✓
Sentarse	X	X	X	X	X
Saludar	X	X	X	X	X

Semana 4					
Movimientos	Realización en días				
Aplaudir	X	X	✓	✓	✓
Saltar	X	X	X	X	X
Chocar	X	X	✓	✓	✓
Sentarse	X	X	X	X	X
Saludar	X	X	X	X	X

### Anexo 7. El jardín de las flores



## Anexo 8. Tablero de anticipación

