

Diseño de intervenciones psicoeducativas para la disminución de conductas disruptivas en niños y niñas con TEA

Eliana M. Moreno

Mario Gálvez-Lara

Diseño de intervenciones psicoeducativas para la disminución de conductas disruptivas en niños y niñas con TEA

Autores: Eliana M. Moreno y Mario Gálvez-Lara

©Moreno Eliana M., 2017
Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba.
Calle San Alberto Magno S/N, 14007, Córdoba.

Impreso en Córdoba, España.

Diciembre 2017

ISBN: 978-84-697-8431-0

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito de los autores del *copyright*.

Diseño de intervenciones psicoeducativas para la disminución de conductas disruptivas en niños y niñas con TEA

Autores: Eliana M. Moreno y Mario Gálvez-Lara

Material didáctico de apoyo para la docencia en asignaturas de grado relacionadas con la Prevención e intervención en Trastornos del desarrollo, Atención a Necesidades Educativas Específicas, Diferencias individuales, Psicología del Desarrollo; o en asignaturas de Máster relacionadas con el diseño o evaluación de intervenciones. Puede servir de apoyo a la dirección de Trabajos Finales de Máster y Trabajos Finales de Grado en Psicología, Educación Infantil y Educación Primaria.

©Moreno Eliana M., 2017
Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba.
Calle San Alberto Magno S/N, 14007, Córdoba.

Impreso en Córdoba, España.

Diciembre 2017

ISBN: 978-84-697-8431-0

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito de los autores del *copyright*.

Índice

Introducción	7
Capítulo 1. Conductas disruptivas en niños y niñas con Autismo	9
Introducción.....	9
Orígenes del concepto de Autismo.....	10
¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista?	11
Algunas explicaciones sobre las posibles causas del autismo	13
Diagnóstico del autismo	15
Conductas desafiantes y disruptivas en niños con TEA	16
Capítulo 2. Modelos de intervención para el abordaje de las conductas disruptivas en niños y niñas con TEA	19
Intervención psicoeducativa	19
Otros modelos de intervención complementarios	24
Capítulo 3. Programa de Intervención personalizado para la disminución de conductas disruptivas en un niño con TEA	29
Introducción.....	29
Presentación del caso	30
Diseño del programa de intervención	32
Procedimiento	33
Fases y actividades	34
Evaluación.....	39
Conclusiones	43
Capítulo 4. Programa de Intervención basado en la música para la disminución de rabietas en un niño con TEA	44
Introducción.....	44
Presentación del caso	45

Diseño del programa de intervención	47
Procedimiento	48
Fases y actividades	48
Evaluación.....	56
Conclusiones	58
Referencias bibliográficas	59

Introducción

El presente libro recoge dos propuestas de Intervenciones psicoeducativas diseñadas para la disminución de conductas disruptivas en niños con Autismo.

En los capítulos iniciales se establece una descripción de las principales características del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y se explica brevemente qué se entiende por conductas disruptivas en esta población. Además, se explican los modelos de intervención más frecuentemente aplicados para el abordaje de estas problemáticas en el entorno escolar y otros modelos complementarios como la musicoterapia. En los capítulos 3 y 4 se presentan las propuestas de intervención diseñadas en base al estudio de dos casos de niños con TEA que presentan conductas disruptivas en distintos contextos educativos. Se explican los objetivos específicos de la intervención, el procedimiento y actividades a llevar a cabo. Además, se expone una propuesta de evaluación, con definición de indicadores e instrumentos para valorar la eficacia de la puesta en marcha de estas estrategias.

CAPÍTULO 1

Conductas disruptivas en niños y niñas con Autismo

*Eliana M. Moreno, Mario Gálvez-Lara, Cristina Medrán-García y
Ana Guijarro del Pino*

Introducción

El concepto de Autismo ha ido evolucionando a lo largo de todo este tiempo. Se han realizado numerosas investigaciones basadas en la observación del comportamiento, manifestaciones y la amplia variedad de dificultades que presentan estos niños. Son tres las características principales que definen a este trastorno como son la socialización, el lenguaje y la falta de tolerancia ante los cambios en sus rutinas. Actualmente no existe cura para este trastorno, pero sí es posible realizar intervenciones desde edades tempranas mediante terapias para una mejor evolución.

Además, es de vital importancia destacar que los niños con TEA presentan dificultades en su conducta. Según Bravo y Medina (2014), se llega a la conclusión, que el motivo de dichas conductas es una forma de comunicación e interacción social de las que el niño quiere formar parte. En varias ocasiones, estas formas de interacción pueden ser perjudiciales tanto para el mismo niño como para los que le rodean.

Orígenes del concepto de Autismo

Varias concepciones sobre el autismo han ido evolucionando y con ellas descartando antiguas creencias por las que supuestamente se generaba este trastorno. Según el autor Wing (1998), entre algunas se encuentran las que se decía que los niños eran encantados o poseídos por el demonio. Por otro lado, algunos psiquiatras consideraron el trastorno del autismo como una forma de esquizofrenia infantil. Este término fue descartado ya que posteriormente se realizaron estudios en los que se verificó que existían diferencias entre las personas con autismo y un tipo de esquizofrenia.

Silvia Herlyn (S.F.) comenta en su artículo, que las primeras definiciones sobre lo que actualmente denominamos Trastorno del Espectro Autista (TEA) corresponden a Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944). Ambos consideraban que, desde el nacimiento, este trastorno provocaba problemas muy característicos.

Kanner realizó un estudio, en el cual observó a once niños cuya apariencia física era normal pero compartían algunas características de conducta un tanto peculiares, a estos los denominó “autistas”. Dos de los rasgos más significativos que descubrió era la falta de relación de los niños con las personas de su alrededor, y el deseo obsesivo de mantener un ambiente sin cambios, no expresarse de manera comunicativa sino repitiendo conceptos. Kanner lo denominó “Autismo de la infancia temprana” o “Autismo infantil precoz”, porque pensaba que en los primeros años es cuando más se mostraban los principales síntomas. No obstante, Kanner descubrió varias habilidades positivas que caracterizan a estos niños como es el gran sentido de la memorización y buenas habilidades motoras finas.

En cambio, Asperger efectuó observaciones similares a las de Kanner pero al estar escritas en alemán no tuvo gran difusión, hasta que en los años 80 Lorna Wing traduce su obra al inglés e introduce el llamado “Síndrome de Asperger”, niños que poseen grandes capacidades intelectuales y tienen un gran dominio del lenguaje.

Hacia los años setenta y ochenta se consolida la definición de Kanner sobre autismo. A partir de estas investigaciones la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) publicada por la organización Mundial de la Salud, y en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) lo definen como Trastorno del Espectro Autista (TEA).

¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista?

Etimológicamente, la palabra autismo tiene su origen en el griego “autos” que significa “uno mismo”. Por lo tanto, el significado de esta palabra equivaldría “meterse en uno mismo”.

Atendiendo a la definición de Pineda (2014), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un grave trastorno del neurodesarrollo infantil producido por una anomalía en el desarrollo del cerebro en etapas tempranas y que se manifestarán de por vida. López y García (2007) afirman que el TEA se caracteriza por una sintomatología heterogénea e inespecífica en la que destacan alteraciones graves y generalizadas en varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. La intensidad de estas dificultades varía.

Se podría considerar que existe una amplia diversidad de características y conductas posibles, ya que cada persona con autismo es un mundo y se comporta de manera muy diferente a otra, con el mismo trastorno. Por este motivo, cada autor identifica el autismo con una serie de características y conductas diferentes, aunque relacionadas entre sí. Para no hacerlo tan extenso he decidido tomar como ejemplo a Kanner (Citado por Wing,1982:32), el cual describía el Síndrome de Autismo Infantil con los siguientes rasgos:

“Una profunda falta de contacto afectivo con otras personas”

“Un deseo obsesivo por mantener todo igual”

“Una afición extraordinaria por los objetos”

“Dificultades comunicativas”

“Un potencial cognoscitivo muy alto”

De manera general se podría decir que los rasgos característicos de las personas con autismo son la preferencia por lo conocido, el aislamiento y el gusto por rutinas elaboradas. Todo esto lleva a formas de conducta como son: Problemas en habilidades sociales, sin relación con sus iguales, utilización de un lenguaje repetitivo, indiferencias, participación en tareas que sean guiadas o con apoyos visuales, mirada pérdida, es decir, no son capaces de sostenerla y gran apego a las rutinas, por lo que presentan una gran resistencia al cambio (apareciendo incluso comportamientos nerviosos por parte de la persona autista).

Otro rasgo que diferencia a las personas con autismo es su cociente intelectual. Si presentan un CI de más de 70-80 se puede decir que son de alto funcionamiento, mientras que si es de menos de 70-80 se dice que son de bajo funcionamiento.

Por su parte, en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (2002), el TEA se encuadraba dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) junto con otras cuatro categorías diagnósticas (trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger, Trastorno Generalizado de Desarrollo no especificado). El DSM-IV definía las características esenciales del autismo como, la presencia de un desarrollo anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio restringido de actividades e intereses.

En el reciente Manual DSM-V (2013), desaparecen los Trastornos Generalizados del Desarrollo y se incluye el Trastorno del Espectro Autista como categoría única dentro del grupo de los Trastornos del Neurodesarrollo, con diferentes niveles de gravedad en el ámbito de la interacción social y de las conductas limitadas y repetitivas.

Autores como Martos (2006) afirma, que los niños con TEA se caracterizan por tener patrones de contacto visual y expresión facial atípicos. Carecen de la capacidad para mirar a los ojos directamente y variar de expresión para establecer un contacto social; no tienen la habilidad para reconocer las pautas y los gestos de las personas, falta de empatía o habilidad para percibir el temperamento o respuestas de otros, actúan de manera inapropiada, lo que no les permite tener éxito en situaciones sociales ni desarrollar relaciones personales o amistades desde los primeros años. Son indiferentes a las emociones de otros y carecen de habilidad para comprender las pautas comunicativas no verbales de los demás. La familia es el principal agente en observar la aparición de los síntomas. Aunque existe una enorme variabilidad que se extiende entre los seis meses y los tres años y medio, la mayor parte de las familias los observan entre el año y medio y los dos años de edad.

Según Espín, Cerezo y Espín (2013), los TEA tienen una gran heterogeneidad etiológica. En la mayoría de las ocasiones, no existe una causa específica. Los niños con TEA pueden presentar asociados múltiples trastornos

genéticos, trastornos congénitos del metabolismo, embriopatías y fetopatías tóxicas, epilepsia, infecciones congénitas/adquiridas y exposición intrauterina a drogas. Como resultado final de las diversas vías etiológicas asociadas con TEA es la afectación de mecanismos moleculares (sinaptogénesis, movilidad neuronal, guía axonal), junto con alteraciones estructurales y funcionales, de actividad y conectividad entre grupos o redes neuronales, y con afectación de circuitos implicados en el procesamiento socioemocional, visuoespacial y del lenguaje.

De acuerdo con los últimos estudios epidemiológicos realizados, Espín et al. (2013), consideran que la prevalencia de TEA está en torno al 1% de la población. Se manifiesta en todos los grupos raciales, étnicos y socioeconómicos. Es cinco veces más frecuente en niños que en niñas y se asocia con discapacidad intelectual (CI < 70). La interpretación de estos datos es aún desconocida, aunque algunos estudios no descartan factores demográficos o ambientales responsables de un verdadero aumento de la prevalencia. Por otro lado, la mayoría de los expertos explican este aumento como el resultado de una mayor sensibilidad y toma de conciencia de estos trastornos, así como de su mayor reconocimiento y detección.

Algunas explicaciones sobre las posibles causas del autismo

Según Cuxart (2000), se podría llegar a la conclusión de que las causas del autismo se desconocen en una gran parte de los casos, aunque muchos creen que es el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. Entre las más destacadas se encuentran aquellas que hacen referencia a causas estructurales, a distintos factores ambientales, algunas que hablan de la conexión que existe entre el intestino y cerebro y diversas teorías que tratan la etiología del autismo.

Algunos estudios científicos creen que en muchos casos se trata de un desorden neurológico heredable. Además, se han descubierto genes que podrían estar ampliamente relacionados con la aparición del autismo, gen que también afectaría a la enfermedad de la epilepsia, de ahí que haya estudios que asocian ambas cosas.

Estudios como los de Olza, Gabriel, López-Sánchez y Malalana (2011), consideran que la hormona oxitocina puede ser relevante en la aparición de dicho trastorno, ya que se relaciona con el establecimiento de relaciones sociales.

Por otro lado, encontramos causas estructurales, ya que se han visto diferencias en algunas de las regiones del cerebro, como el hipocampo, el cerebelo, la amígdala, el septo o los cuerpos mamilares. Esta se debe a que el hipocampo y la amígdala contienen un mayor número de neuronas, más pequeñas de lo normal y con fibras nerviosas subdesarrolladas.

Otra curiosidad que se ha encontrado es que el cerebro de una persona autista suele ser más pesado y grande de lo normal, por lo que se llega a la conclusión de que este trastorno puede ser debido a un desarrollo atípico del cerebro durante el desarrollo del feto dentro del vientre materno.

Las causas también pueden deberse a una serie de factores ambientales. En primer lugar apareció una propuesta iniciada por Andrew Wakefield, un ex cirujano británico e investigador, el cual estableció en 1998, la existencia de un vínculo entre una vacuna triple viral (contra las parotiditis, la rubéola y el sarampión), el autismo y la enfermedad intestinal. Años más tarde, numerosos investigadores aún no habían podido comprobar ni confirmar la hipótesis que Wakefield establecía, revelándose con esto intereses financieros por parte de dicho cirujano. Otras causas que se asocian a la aparición del autismo pueden ser el ácido fólico aplicado a las mujeres embarazadas, el cual podría afectar a la producción de células incluidas en las neuronas, aunque este tema aún no se ha tratado con profundidad.

Se ha investigado por otro lado como causa, una mala conexión entre las neuronas espejos, participantes en la empatía por ejemplo y en la percepción de las intenciones ajenas.

En las últimas décadas ha llamado la atención la relación existente entre los efectos que puede tener la dieta y la nutrición con el autismo, razón por la que se ha incrementado la investigación en dicho campo.

Por último y como conclusión de este punto, voy a centrarme en las teorías existentes acerca de dicho tema, ya que muchas se han propuesto explicar qué causa el comportamiento autista.

En primer lugar, está la teoría propuesta por Simon Baron-Cohen (1993), profesor en el departamento de Psiquiatría y Psicología en la Universidad de Cambridge, en la que se resume que las personas autistas son incapaces de descifrar el estado mental de las otras personas, es decir, se basan en lo que ven exteriormente, siendo imposible deducir lo que la otra persona está pensando.

Y en segundo lugar se encuentra la teoría propuesta por Uta Frith (1993), en la que se resume que los niños con autismo se centran mucho en los pequeños detalles, pero son incapaces de abarcar información de diversos tipos de fuentes. Esto podría deberse a un mal funcionamiento de la conectividad entre las diferentes partes cerebrales.

Diagnóstico del autismo

Es de vital importancia realizar un diagnóstico precoz, ya que permitirá a los especialistas conocer el origen, evolución y estado actual del trastorno para aplicar un tratamiento conductual y psicopedagógico, ninguno es curativo, pero conlleva a una mejor evolución. Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2013), los criterios diagnósticos específicos se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1. *Resumen de criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista según el DSM-V.*

Criterios diagnósticos	
A) Dificultades persistentes en comunicación y en interacción social en diversos contextos.	Déficits en reciprocidad socio-emocional. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones.
B) Patrones repetitivos, restringidos de conducta, intereses o actividades.	Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco.
C) Los síntomas deben estar presentes en el periodo temprano de desarrollo.	
D) Los síntomas provocan alteraciones significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.	

Conductas desafiantes y disruptivas en niños con TEA

Los niños con Trastorno del Espectro Autista, como anteriormente he mencionado, presentan dificultades en su conducta, de los cuales la modificación de estas es un proceso muy complejo. Partiendo de la idea de Tamarit (2005), cuando hablamos de conducta se suele asociar con un tipo de comportamiento provocador, retador, de llamar la atención por parte de la persona que la realiza hacia quien le da apoyo o hacia su familia. Por lo tanto, no es algo que uno haga ni es un problema de quien la realiza, sino que es la expresión de la interacción entre la persona y su entorno físico, social y cultural, es decir, es algo que afecta al contexto y desafía a las personas de su alrededor. Estas dificultades de conducta que presentan los niños con TEA son denominadas conductas disruptivas.

Emerson (1995) define así la conducta desafiante: “conducta culturalmente anormal de tal intensidad, frecuencia o duración que es probable que la seguridad física de la persona o de los demás corra serio peligro, o que es probable que limite el uso de los recursos normales que ofrece la comunidad, o incluso se le niegue el acceso a esos recursos” (citado en Tamarit, 2005, p. 3).

Atendiendo a la clasificación que realiza Tamarit (2005), las conductas disruptivas pueden ser:

Tabla 2. *Clasificación y características de las conductas disruptivas.*

Conductas disruptivas	Características
Destructivas	Autolesiones Agresiones a otros Destrucción de propiedades
Interferentes	Obstaculizan el aprendizaje o la rehabilitación
Restrictivas	Impiden usar y aprovechar las oportunidades normalizadas en el contexto

Fuente: Tamarit, 2005.

Se considera que las conductas disruptivas son generadas, con un 90% aproximadamente, por una carencia de habilidades de comunicación, interacción social y de control del entorno. En la mayoría de los casos, estas conductas son expresión de la limitación de quienes la realizan para comunicar sus deseos e intenciones, controlar de modo positivo la relación con los demás y para conocer y controlar su medio físico y cultural. Por lo tanto, se realizan con algún propósito como puede ser: para pedir algo que se desea, para conseguir la atención hacia la otra persona, para evitar una situación desagradable, para rechazar algo no deseado. Todas ellas son necesarias en el desarrollo personal y son necesarias mantenerlas, pero lo que hay que modificar es la forma de las conductas que se utilizan para lograr estos fines.

CAPÍTULO 2

Modelos de intervención para el abordaje de las conductas disruptivas en niños y niñas con TEA

Eliana M. Moreno, Mario Gálvez-Lara, Cristina Medrán-García y Ana Guijarro del Pino

Intervención psicoeducativa

La presencia de conductas disruptivas no requiere solo de la modificación del comportamiento de la persona, sino que también demandan soluciones, alternativas y modificaciones en el entorno. Según Montalva, Quintanilla y Del Solar (2012), desde el punto de vista educativo se analizaron dos modelos de intervención: Enseñanza Estructurada (TEACCH) y Análisis de la Conducta Aplicada (ABA). Estos modelos tienen como objetivos:

- Facilitar el desarrollo y el aprendizaje tanto académico como no académico del individuo con Autismo.
- Promover la socialización.
- Reducir la aparición de conductas desajustadas.
- Entregar apoyo y orientación a sus familias.

Ambos se caracterizan por realizar un análisis de conducta, y están enfocados a desarrollar habilidades mediante una enseñanza estructurada. Su objetivo no solamente es abordar aspectos académicos, también promueven la adquisición de habilidades para ayudar al individuo a ser independiente en todas las áreas de su vida cotidiana, promoviendo el desarrollo de conductas adaptativas y habilidades de comunicación que puedan ser generalizadas en el ambiente en el cual viven las personas con Autismo. Existen estudios que afirman la necesidad de una adecuada formación para los maestros de alumnos con TEA (Jennett, Harris, Mesibov, 2003).

Modelo de Enseñanza Estructurada (TEACCH)

El modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) fue fundado en 1966 por el Dr. Schopler en el estado de Carolina del Norte (Estados Unidos), para dar respuesta a las necesidades educativas de los niños con Autismo.

Este modelo se basa en la teoría del aprendizaje cognitivo-social y en la cultura del autismo (Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández, 2012), es decir, en entender la forma que tienen las personas con TEA de pensar, aprender y experimentar el mundo. Además, les permite desenvolverse de la forma más significativa, productiva e independiente en sus comunidades, mediante el trabajo tanto con el niño como quienes lo rodean. Según Montalva et al. (2012), está al servicio de personas con Autismo de todas las edades y niveles de funcionalidad. Su principal objetivo es prevenir la institucionalización innecesaria ayudando a las personas con Autismo a vivir y trabajar de manera efectiva en el hogar, en la escuela y en la comunidad. Para esto realizan planes individualizados y de entrenamiento a los padres con el objetivo de proporcionarles una orientación y guía de cómo trabajar con sus hijos, manejar problemas de comportamiento y mejorar habilidades sociales, de lenguaje y de aprendizaje.

Lo característico de este modelo es la estrategia de trabajo que propone denominada Enseñanza Estructurada (EE). Consiste en una forma de adaptar la práctica educativa a las distintas formas de entender, pensar y aprender de las personas con Autismo. Además, facilita un sistema de organización del aula y hace que sean más favorables los procesos y estilos de enseñanza para las personas con

Autismo. También, estructura los programas educativos considerando las habilidades, dificultades y también los intereses de cada persona en particular. Atendiendo a Montalva et al. (2012), los componentes de la EE son:

- Estructura física del entorno: organizar el medio de manera que el niño entienda donde se guardan los materiales. Es importante establecer límites físicos o visuales claros, y minimizar distracciones visuales y auditivas.
- Implementación de Agendas/Horario individuales gráficos: con el objetivo de ubicar al niño en el “qué, dónde y cuándo”, es decir, dónde voy a estar, en qué actividades, y en qué orden.
- Establecer un sistema de trabajo como una forma sistemática y visual que responda a las preguntas ¿Qué hago?, ¿Cuánto lo hago?, ¿Cómo sé cuando he terminado?, ¿Qué hago cuando termine?
- Estructura e información visual: cada tarea debe estar visualmente organizada y estructurada para minimizar la ansiedad e incrementar la claridad, interés y comprensión del niño.

Algunos estudios afirman que el programa TEACCH tanto en casa como en la escuela puede proporcionar beneficios a los niños con TEA reduciendo los síntomas autistas y los comportamientos desadaptativos (D’Elia et al., 2014).

Método Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA)

El método ABA (Applied Behavior Analysis) es una intervención en la que se aplican los principios del aprendizaje derivado desde la psicología conductista experimental, donde los cambios y mejoramiento de la conducta observada sistemáticamente son producto de las intervenciones realizadas. Según Leaf et al. (2016) el método ABA es un proceso estructurado pero flexible, contingente y responde al progreso del niño. Además, ayuda a los niños a incrementar conductas, aprender nuevas habilidades, mantener las conductas, generalizar o transferir conductas a otra situación, restringir o disminuir las condiciones en donde ocurren conductas desadaptativas y reducir las conductas desadaptativas.

Según Montalva et al. (2012), este modelo realiza una evaluación comportamental y observación de los posibles refuerzos que hacen que dicha conducta problemática se repita. Posteriormente, se realiza una Intervención

Comportamental con el objetivo de disminuir la frecuencia en que se produce la conducta problema. Se trata de un análisis individualizado sobre las conductas, las que pueden ser manifiestas (observadas) o privadas (pensamientos). La evaluación de las conductas nos permite identificar los problemas por exceso o por déficit, y las habilidades y destrezas que están presentes en el niño. Además, a través de un análisis topográfico de la conducta se pretende conocer cada una de esas conductas según su frecuencia, intensidad y duración. A su vez, se realiza un análisis funcional de la conducta, el cual permitirá conocer la función que cumple una determinada conducta.

El método ABA utiliza el principio del reforzamiento, referido a que un comportamiento que no es reforzado no se mantiene en el tiempo. Por lo tanto, el comportamiento a reforzar debe ser definido, los refuerzos deben ser inmediatos y variados para evitar la conducta.

Una vez finalizada la evaluación conductual, se inicia la planificación del tratamiento, la cual la realiza el equipo en conjunto con los padres. El tratamiento está compuesto por “programas de trabajo” que abarcan todos los aspectos necesarios para el desarrollo del niño. Estos programas son: Programas de Lenguaje, Programa de Imitación, Programa de Habilidades de Cuidado Personal, Programa de Habilidades Sociales, Programa de Habilidades Académicas y Programa de Juego. Todos ellos incluyen la intervención comportamental basada en ensayos discretos, son una metodología basada en la modificación de la conducta que divide una prueba funcional en pequeños ensayos que siguen un patrón definido:

Estímulo (E) → Respuesta (R) → Consecuencia (C)

Los Estímulos deben ser claros, permanecer idénticos y deben simplificarse topográficamente en etapas iniciales. La Respuesta se debe definir con anterioridad (que es correcto y lo que no); inicialmente se puede modelar y determinar el tiempo de espera en silencio de la Respuesta. Según la calidad de la Respuesta, la Consecuencia permite un reforzamiento positivo (+), negativo (-) o tiempo de extinción. Estas sesiones deben de realizarse en un ambiente preparado

y con una intervención individualizada, para posteriormente transferirlo a escenarios reales.

Procedimientos utilizados en el método ABA:

- Incremento de conductas: Modelamiento y Encadenamiento, en ambos se utiliza el principio de reforzamiento.
- Disminución de conductas: Principio de extinción (sin castigo), se ignora la respuesta y no se emplea una consecuencia reforzante. Hay dos tipos de castigo: positivo (sobrecorrección) y negativos (tiempo fuera).
- Aparición de las respuestas esperadas: por un lado se puede simplificar el estímulo graduándose su complejidad en la medida que el aprendizaje lo permita, y por otro se puede instigar las respuestas –proceso mediante el cual forzamos la respuesta que deseamos obtener- a partir de la instigación verbal, física, por imitación, por claves visuales (aprendizaje sin error).

Otros modelos de intervención complementarios

Musicoterapia

Importancia de la música en edades tempranas

Díaz et al. (2014) comprobaron que la música, además de ser una expresión artística, puede ser empleada como recurso para favorecer el desarrollo intelectual y motriz del niño, además de su lenguaje, en edades tempranas, fortaleciendo con esta la memoria, la percepción, la atención y la motivación.

Como nos dice Sarget (2003), Platón afirmaba que: “la música es la parte principal de la educación, porque se introduce desde el primer momento en el alma del niño y la familiariza con la belleza y la virtud” (p.208)

Según el artículo citado anteriormente, a través de la música, el niño adquiere una experiencia sensorial muy rica, enriqueciendo la vida de este y proporcionándole un equilibrio social, psicofisiológico y social. Por esta razón es imprescindible que la música rodee al niño lo antes posible, ya que cuanto antes se le estimule, mejor se satisfarán sus necesidades primarias.

Según Campbell (2011), la educación artística, y de la música se puede proyectar por lo tanto como la generación de espacios significativos de aprendizaje, pues mediante el sonido, el ritmo y la interpretación musical se pueden mejorar los procesos de aprendizaje de los individuos (como se cita en Díaz, et al, 2014).

Este, nos dice que las conexiones neuronales que permiten el desarrollo de habilidades matemáticas, la concentración o el aprendizaje de idiomas, son favorecidas por la práctica musical y que los niños que están expuestos a ambientes musicales durante sus tres primeros años de vida tienen más posibilidad de tener un mejor aprendizaje en diversas áreas de la ciencia durante su edad escolar.

Las diferentes estrategias cognitivas que emplean los niños para la comprensión, imitación y realización de ritmos y melodías se adaptan a las diferentes etapas madurativas, expuestas a continuación (Ros, 2003).

En el Periodo Sensoriomotor, los bebés utilizan básicamente sus sentidos para comprender el mundo que les rodea. Desde que el niño nace hasta los dos años aproximadamente cualquier sonido llama la atención de este. Desde el año

empieza haciendo música mediante sus balbuceos o canturreos, despertando interés en él las acciones relacionadas con el ritmo. A los dos años empiezan a aparecer canciones espontáneas e improvisadas por estos, así como la manipulación de instrumentos sonoros para acompañar dichas melodías. De los dos a los tres años, el niño posee una mejor psicomotricidad y coordinación, aportando así una respuesta rítmica más acorde al ritmo y carácter de la música que este escucha. La mejora en el lenguaje también conlleva a una reproducción más exacta de las melodías de su entorno. Durante este periodo el niño también hace uso de estas canciones en los juegos que realiza.

Durante el Periodo Preoperacional, y en el margen que va desde los tres hasta los cuatro años, el niño intensifica sus juegos relacionados con el canto, demostrando así una mayor internalización de la respuesta a la música y a su aplicación en diversas actividades, tanto sociales como lúdicas. También son capaces de incorporar ritmos más regulares, intensificando la presencia del pulso. Durante esta etapa el canto espontáneo es influenciado por las canciones escuchadas en su ambiente, originando así versiones imprecisas de las canciones del entorno.

Entre los cuatro y los cinco años hay una mayor sincronización del ritmo musical con el movimiento, es decir, son más hábiles a la hora de palmear ritmos, de la danza, entre otros. También es importante destacar que durante este margen de edad prefieren escuchar atentamente en lugar de moverse espontáneamente cuando oyen alguna melodía. El niño comienza a captar mayor número de melodías y con una extensión cada vez mayor. Se dice también que a partir de los cuatro años los niños y niñas suelen hacer sus propias creaciones de melodías, adaptándoles textos propios.

Por otro lado, de los cinco a los seis años, el niño continúa desarrollando su madurez en habilidades psicomotrices y en la discriminación de sonidos.

Por último se podría decir que la música en edades tempranas también ayuda a disminuir las deficiencias físicas, como la táctil, la visual, la motora o la auditiva, además de las deficiencias psíquicas.

Todo esto también es tarea del profesorado durante la etapa escolar infantil, ya que estos deben dotar de carácter lúdico todas las actividades realizadas con los niños y niñas. Se debe de tener en cuenta que el alumnado

siempre va a actuar por general, positivamente hacia cualquier actividad musical, ya que estará dispuesto a cantar, a moverse o a jugar con esta.

Relación entre autismo y musicoterapia

En primer lugar, destacaremos algunas de las definiciones sobre musicoterapia que nos dan algunos autores. Según Alvin (1967), “La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación, reeducación y el adiestramiento de adultos y niños que padezcan trastornos físicos, mentales y emocionales”. Bruscia considera que, “La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio”.

La musicoterapia se puede aplicar a muchas áreas específicas. En concreto me centraré en las diversas investigaciones que existen en relación a la música y al autismo.

Se han encontrado estudios destacados usando la musicoterapia con personas autistas, descritos por Simpson y Keen (2011) y publicados en un artículo llamado “Music Interventions for Children with Autism: Narrative Review of the Literature”. Ellos presentaron en Power Point una canción con apoyos visuales, para enseñar a niños que tenían bajo nivel de habilidades de comprensión verbal. El resultado fue que la condición musical facilitaba las habilidades receptivas de los participantes. Otros estudios realizados por Edgerton (1994), informaron que la música aumentaba los comportamientos comunicativos musicales y no musicales en un grupo de niños con edades comprendidas entre 6 y 9 años. Los estudios de Katagiri (2009), demostraron que el uso de la música también era eficaz para la decodificación y codificación, en personas con autismo, de cuatro emociones básicas, la tristeza, la ira, el miedo y la felicidad.

Por lo general y después de haber leído numerosos estudios que tratan sobre el tema, se puede sacar como conclusión que los niños con autismo responden de manera positiva a los estímulos que la música crea en ellos. La mayoría tienden a mostrar un gran interés por la música, además de manifestar conductas musicales. Además, según algunos autores, uno de los logros más importantes de la musicoterapia se encuentra dentro del campo del autismo, ya que esta tiene capacidad para romper la barrera de comunicación entre el paciente

y el terapeuta, al iniciarse a través de sonidos verbales o música, la posibilidad de una nueva interrelación.

En resumen, se podría decir que la música favorece la comunicación tanto verbal, como no verbal en este tipo de trastorno, además la música les permite empatizar, mediante las actividades realizadas de imitación, es una manera en la que la persona con autismo puede experimentar libremente, se trata de una buena técnica de relajación en comportamientos nerviosos (rabieta, etc...), además de una manera de captar la atención o facilitar el aprendizaje.

CAPÍTULO 3

Programa de Intervención personalizado para la disminución de conductas disruptivas en un niño con TEA

Eliana M. Moreno, Ana Guijarro del Pino y Mario Gálvez-Lara

Introducción

En este capítulo se expone el estudio de un caso de un niño diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista que presenta conductas disruptivas ante la realización de tareas específicas. El objetivo del estudio es el análisis topográfico de las conductas disruptivas, el diseño y aplicación de un programa para la modificación de dichos comportamientos y la posterior evaluación de su eficacia. El programa consta de cuatro fases que se llevarán a cabo a lo largo de ocho semanas de trabajo.

Presentación del caso

Identificación

Juan es un niño de 5 años de edad escolarizado en un Centro de Enseñanza Pública de Educación Infantil y Primaria que está ubicado en un barrio de nivel sociocultural medio-bajo. Juan está cursando el segundo ciclo de Educación Infantil en la modalidad B, es decir, asiste al aula ordinaria excepto cinco horas semanales que recibe apoyo externo fuera de la misma.

En cuanto a las características socio-familiares, son de nivel económico medio. Vive junto con sus padres y es hijo único. Su padre trabaja a jornada completa en una tienda de golosinas y su madre está en paro, por lo tanto, es la madre la que se encarga del cuidado y atención de su hijo en todo momento, ya que el resto de familiares como los abuelos o titos no quieren responsabilizarse porque es un niño muy problemático. Además es la madre la que tampoco quiere dejar a su hijo al cuidado de ningún familiar puesto que sabe la responsabilidad que requiere.

En casa, Juan al ser hijo único no tiene con quien jugar. Su mayor entretenimiento son las nuevas tecnologías y además le encanta aprender las líneas de autobuses de las capitales. También su madre lo tiene muy consentido, ya que es el único hijo que tiene. Cuando Juan no consigue algo que desea, muestra ciertas conductas desajustadas rompiendo las cosas del hogar, pegándole a su madre, se autolesiona y grita.

Tipo de problema

Antes de su nacimiento, los padres ya sabían que al nacer Juan vendría con algún trastorno del desarrollo, porque la madre padece una enfermedad en los ovarios y sabían perfectamente por consejos médicos a lo que se exponían.

Cuando nació, aparentemente no mostraba ninguna anomalía en su desarrollo y todo parecía normal. Pero, con el paso del tiempo, alrededor de los 18 meses, los padres comenzaron a observar que Juan no era un bebé como los demás, ya que no respondía a ningún estímulo. A partir de este momento, comenzaron a realizarle pruebas médicas al pequeño hasta que consiguieron

detectarle lo que padecía. Juan fue diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista.

Historia del problema

Desde su diagnóstico, este niño ha recibido intervención en un CAIT asistiendo dos veces en semana a sesiones con la psicóloga en las que se trabajan todas las áreas de desarrollo. También, en el colegio asiste una hora al día con la maestra de educación especial, y además, fuera del ámbito escolar, su madre lo ha inscrito para refuerzo académico en unas clases de apoyo una hora al día los lunes, miércoles y viernes.

A lo largo de todos estos años hasta la actualidad, Juan ha ido evolucionando correctamente, tiene un nivel cognitivo y del lenguaje adecuado, excepto la presencia de los síntomas propios del TEA.

Análisis y descripción funcional del problema

Como anteriormente he nombrado, fuera del ámbito escolar, Juan está apuntado a clases para apoyo académico en las que trabaja la lógico-matemática y lectoescritura. Al comienzo, Juan mostraba una actitud normal en clase, pero a los pocos días, cuando ya estaba ubicado, conocía más el entorno y a los compañeros, este niño comenzó a mostrar ciertas conductas desajustadas tanto en el aula como con la maestra y sus compañeros. El pequeño muestra estas conductas puesto que él sabe que va a reforzar contenidos que para él no son de su agrado y como consecuencia tiene este tipo de conductas como pueden ser: romper el material de trabajo, lanzar todos los objetos por el aula, romper el material de los compañeros, levantarse y pegar patadas a la maestra o a los demás compañeros, insultar a los demás, romper el mobiliario del aula, etc. Además, en todo momento, utiliza un tono de voz demasiado alto, más bien gritando, como una llamada de atención. Ante esta situación se genera un problema, ya que el resto de compañeros sienten temor mientras Juan está en clase y la maestra no puede continuar con su trabajo.

Diseño del programa de intervención

El programa de intervención se llevará a cabo en las sesiones de las clases de apoyo que este niño recibe fuera del horario escolar. Las sesiones se realizarán en grupo pero a su vez, la intervención está diseñada exclusivamente para Juan.

Objetivos del programa de intervención

- Comprender las normas sociales de la vida cotidiana.
- Favorecer una buena relación social con los compañeros.
- Mejorar la comunicación y lenguaje a través de pictogramas.
- Establecer técnicas y materiales para la modificación de las conductas más desajustadas.
- Intervenir y mejorar en las tareas escolares, así como en la lectoescritura y en la lógico-matemática.
- Aplicar reforzadores en la retirada progresiva de las técnicas empleadas.

Procedimiento

El programa de intervención de este caso tendrá una duración de ocho semanas y estará dividido en cuatro fases.

Fase 1: Comprensión de las normas sociales. Se desarrollarán varias actividades para que el niño comprenda acciones y las clasifique si son correctas o incorrectas.

Fase 2: Aplicación de técnicas educativas para disminuir las conductas disruptivas. Se establecerán varias técnicas educativas con el fin de disminuir la presencia de las conductas más desajustadas.

Fase 3: Intervención en las tareas escolares. Se pretende intervenir con el alumno en el refuerzo de tareas escolares como es en la lectoescritura y lógico-matemática.

Fase 4: Retirada progresiva de las técnicas aplicadas y utilización de reforzadores educativos. Es esta fase lo que se pretende es retirar de manera progresiva las técnicas de modificación de conducta y utilizar reforzadores para controlar las conductas y animar al alumno en su progreso.

Cada fase tendrá distinta duración debido a la intervención que se pretenda aplicar: la fase 1 se desarrollará en una semana, la fase 2 se llevará a cabo a lo largo de tres semanas, la fase 3 tendrá una duración de cinco semanas y por último, la fase 4 tendrá una duración de tres semanas. Además, en la primera semana se realizará una evaluación inicial en la que utilizaremos dos hojas de registro, una para las conductas disruptivas y otra para las tareas, al igual que en la octava semana se realizará una evaluación final y también se pasarán las hojas de registro. También comentar, que la fase 2 y 3 comenzarán al mismo tiempo y cuando finalice la fase 2, la fase 3 continúa junto con la fase 4 hasta que finalice el programa de intervención.

Fases y actividades

Fase 1: Lo que está bien y lo que está mal

Objetivos:

- Mejorar la comunicación y el lenguaje.
- Desarrollar la imaginación.

Temporalización: una semana, tres sesiones.

Actividad 1: Lo correcto e incorrecto.

Desarrollo de la actividad: la maestra le presenta al niño una serie de pictogramas en los que aparecen varias acciones como por ejemplo: abrazar, tirar del pelo, pellizcar, hablar, morder, jugar, pegar, recoger, romper, saludar, escupir, compartir, empujar, besar, dar la mano, etc. El niño tendrá que pegar un gomet de color rojo (si la acción es incorrecta) y verde (si la acción es correcta).

Materiales: pictogramas de las normas sociales y gomet rojos y verdes.

Temporalización: una sesión de una hora.

Actividad 2: ¿Cómo lo ves?

Desarrollo de la actividad: la maestra le presenta al niño una situación que a la misma vez que se la cuenta se lo muestra con pictogramas. Una vez terminada, el niño tiene que asignar con un gomet verde si la acción ha sido correcta o con un gomet rojo si la acción ha sido incorrecta.

Por ejemplo: Es el cumpleaños de María y su mamá le ha regalado una caja de lápices de colores, pero a María no le ha gustado el regalo porque no es lo que ella quería, y por lo tanto, se enfada con su madre y le dice que lo tire a la basura. ¿Es correcta la actitud de María? En este caso el niño deberá de asignarle un gomet rojo ya que la acción es incorrecta.

Materiales: situaciones de la vida cotidiana representadas en pictogramas y gomet rojos y verdes.

Temporalización: una sesión de una hora.

Actividad 3: Refuerzo

En la otra sesión restante, se desarrollarán actividades similares a las anteriores para afianzar la comprensión de las normas sociales.

Fase 2: Me comporto bien

Objetivos:

- Disminuir y regular la conducta de gritar, lanzar objetos, heteroagresión, autolesión, romper el material ajeno, etc.
- Mejorar la comunicación y socialización.

Temporalización: tres semanas.

Actividad 1: El silbato de colores

Desarrollo de la actividad: se utiliza para la conducta de gritar. Consiste en proporcionarle al niño un silbato de distinto color cada vez que grite. Su finalidad es mantener la socialización pero cambiar la forma de comunicarse. Le damos un silbato cada vez que grite y se le pide que sople tres veces seguidas y luego que lo devuelva a la maestra.

Materiales: varios silbatos y cada uno de distinto color.

Temporalización: esta técnica no tiene una temporalización establecida, puesto que se desarrollará siempre que el niño realice la conducta de gritar.

Actividad 2: Las caras del semáforo

Desarrollo de la actividad: se empleará para la conducta de lanzar objetos. Consiste en colocar en el aula un semáforo que consta de tres colores y a cada color le pertenece un significado: el color verde va a tener un pictograma con una cara feliz y significa que no ha lanzado ningún objeto y el niño ha conseguido una actividad de su interés, el color naranja tendrá el pictograma de tristeza y significa que ha lanzado algunos objetos y el niño no conseguirá ninguna actividad de su interés sino que la maestra elegirá una actividad extra para él, y por último, el color rojo va a tener un pictograma con la cara de enfado y significa que ha tirado objetos más de tres veces y por lo tanto no realizará ninguna actividad extra.

Materiales: un semáforo y tres pictogramas con cara de felicidad, tristeza y enfado.

Temporalización: esta técnica no tiene una temporalización establecida, puesto que se desarrollará siempre que el niño realice la conducta de lanzar objetos.

Actividad 3: ¿Cómo lo hago?

Desarrollo de la actividad: se utilizará para las conductas de heteroagresiones y autolesiones. Consiste en la creación de un panel donde se registrarán las sesiones a las que asiste el niño. Sobre esta se colocarán trozos de velcro para que se puedan adherir los pictogramas. Habrá tres tipos de pictogramas: excelente (cara de felicidad), adecuado (cara de seriedad) y en progreso (cara de tristeza). Según la aparición de estas conductas, a lo largo de cada sesión, se le asignará un pictograma u otro. Si el niño consigue un excelente, se le aplicará un refuerzo positivo, es decir, un vale de 1 punto, y cuando consiga 5 puntos lo podrá canjear por alguna actividad extra que el niño desee.

Materiales: panel, velcro, pictogramas de caras y vales de 1 punto.

Temporalización: esta técnica no tiene una temporalización establecida, puesto que se desarrollará siempre que el niño realice la conducta de heteroagresión o autolesión.

Actividad 4: Tiempo fuera.

Desarrollo de la actividad: se empleará para la conducta de romper el material ajeno. Consiste en que cuando el niño realice esta conducta, lo invitaremos a sentarse en una mesa sin compañía. Lo que se pretende con esta técnica, es que el niño sea consciente de que esa conducta no es correcta y no puede realizarla en el aula.

Materiales: mesa y silla.

Temporalización: esta técnica no tiene una temporalización establecida, puesto que se desarrollará siempre que el niño realice la conducta de romper el material ajeno.

Fase 3: Aprendo en clase

Objetivos:

- Trabajar de forma lúdica.
- Mejorar y aumentar el vocabulario.
- Aprender las figuras geométricas: rectángulo, cuadrado, triángulo, círculo.
- Aprender el tamaño grande y pequeño.
- Aprender el color azul, amarillo y rojo.

Temporalización: cinco semanas.

Actividad 1: Adivina la palabra correcta

Desarrollo de la actividad: le entregaremos al alumno una lámina en la que aparece una serie de dibujos y a cada dibujo se le asignan dos palabras. El niño debe de colocar una pinza en la palabra que describa al dibujo. Por ejemplo: aparece el dibujo de una bicicleta y se le asigna la palabra bici o bebé, el niño deberá de poner una pinza en la palabra correcta que es bici.

Materiales: láminas de pictogramas y pinzas de la ropa.

Temporalización: una sesión de una hora.

Actividad 2: ¡Formamos una frase!

Desarrollo de la actividad: la maestra coloca encima de la mesa varias frases con pictogramas de manera desordenada. Después, ésta le dice al alumno la frase y el niño debe de ordenar los pictogramas formando la frase que la maestra le ha dicho. Por ejemplo: aparecen varios pictogramas, azul, casa, es, la. El niño debe de ordenar la frase que sería: La casa es azul.

Materiales: frases con pictogramas.

Temporalización: una sesión de una hora.

Actividad 3: Series de colores

Desarrollo de la actividad: para la realización de esta actividad trabajaremos con los bloques lógicos. Consiste en realizar series según las indicaciones que la maestra le vaya diciendo al alumno. El niño debe de elegir las piezas correctas. Por ejemplo: círculo rojo pequeño, triángulo amarillo grande, cuadrado azul pequeño, etc.

Materiales: bloques lógicos.

Temporalización: una sesión de una hora.

Actividad 4: Cada forma en su lugar

Desarrollo de la actividad: se elaborará un tablón donde se plasmarán las formas geométricas que queremos enseñar: triángulo, círculo, cuadrado, rectángulo, cono, etc. Además utilizaremos objetos de la vida cotidiana que

contengan estas formas. El niño debe de clasificar cada objeto según la forma que le corresponda. Por ejemplo: una pelota pertenece al círculo, una goma pertenece al cuadrado, un gorro de cumpleaños pertenece al cono, etc.

Materiales: tablón con distintas formas geométricas y objetos de la vida cotidiana que contengan dichas formas geométricas.

Temporalización: una sesión de una hora.

Fase 4: Soy un campeón

Con esta fase lo que se pretende es comenzar con la retirada progresiva de las técnicas aplicadas para la modificación de conducta, y a su vez aplicar de manera intermitente reforzadores, siempre y cuando la conducta no aparezca.

Objetivos:

- Aplicar distintos reforzadores para aumentar las conductas deseables.

Temporalización: tres semanas.

Reforzadores: a lo largo de esta fase, se aplicarán reforzadores como el refuerzo positivo y el refuerzo negativo, es decir, o bien le damos algo que le guste, o bien le quitamos algo que no le guste. También se le proporcionarán de manera intermitente para que no se acostumbre a ello. Asimismo, se utilizarán reforzadores sociales como expresiones de ánimo y aprobación, palmadas, palmadas en el hombro, una sonrisa gratificante, etc.

Algunos ejemplos de refuerzos son los siguientes:

Refuerzos positivos: los últimos diez minutos de clase jugar en el ordenador a juegos educativos, enseñarle las líneas de autobuses de alguna capital, ya que tiene deseo por aprenderlas, alguna pegatina, etc.

Refuerzos negativos: disminuirle el tiempo para la realización de sus tareas.

Materiales: ordenador, pegatinas, etc.

Evaluación

Se propone realizar una evaluación inicial para recoger información sobre las conductas disruptivas presentes en este niño con TEA mediante una hoja de registro. Al finalizar el programa de intervención, se llevará a cabo una evaluación final, en la que se comprobarán si las conductas disruptivas han disminuido.

Por otro lado, también se registra el tiempo empleado para la lectoescritura y lógico- matemática, por lo que de la misma manera se realizará una evaluación inicial y final.

Variables

Las variables que se van a medir son dos:

Conductas disruptivas: Según Emerson (1995) define la conducta disruptiva como “conducta culturalmente anormal de tal intensidad, frecuencia o duración que es probable que la seguridad física de la persona o de los demás corra serio peligro, o que es probable que limite el uso de los recursos normales que ofrece la comunidad, o incluso se le niegue el acceso a esos recursos” (citado en Tamarit, 2005, p. 3). Por lo tanto, las conductas disruptivas más relevantes presentes en Juan, niño diagnosticado con TEA, son las siguientes: llorar, gritar, heteroagresión, autolesión, lanzar objetos, romper el material propio, romper el material ajeno, tirar/romper el mobiliario, insultos, dar golpes y escupir.

Tiempo empleado en tareas de lectoescritura y lógico-matemática: hace referencia a la cantidad de tiempo que Juan le dedica a la realización de este tipo de tareas.

Instrumentos

El instrumento que se va a emplear para medir las variables es una hoja de registro individual diseñada *ad-hoc* para describir topográficamente las conductas.

En primer lugar, se elabora una hoja de registro en la que se anotan las once conductas disruptivas más frecuentes en Juan. En la tabla 1 se muestra un ejemplo de registro de conductas disruptivas que pueden servir de base para el análisis topográfico de las mismas. En el mismo registro se realiza un análisis topográfico, en el que cada conducta será medida según la frecuencia (número de veces que

aparece la conducta), intensidad (leve, moderada, fuerte) y duración con la que aparece.

Tabla 1. Hoja de registro de conductas disruptivas y ejemplo de evaluación topográfica inicial

CONDUCTAS	LUNES			MIÉRCOLES			VIERNES			TOTAL FRECUENCIA	TOTAL INTENSIDAD	TOTAL DURACION
	F	I	D	F	I	D	F	I	D			
	Llorar	1	Leve (1)	10 min.	2	Leve (1)				15 min.	3	2	25 min.
Grítar	10	Fuerte (3)	15 min.	6	Fuerte (3)	11 min.	8	Fuerte (3)	13 min.	24	9	39 min.
Heteroagresión	2	Fuerte (3)	15 min.	1	Leve (1)	2 min.	...	...	...	3	4	17 min.
Autolesión	...	...	...	1	Leve (1)	2 min.	1	Fuerte (3)	5 min.	2	4	7 min.
Lanzar objetos	8	Fuerte (3)	10 min.	8	Fuerte (3)	10 min.	3	Fuerte (3)	3 min.	19	9	23 min.
Romper el material propio	1	Leve (1)	1 min.	...	...	...	...	...	...	1	1	1 min.
Romper el material ajeno	...	...	...	2	Moderada (2)	5 min.	1	Leve (1)	1 min.	3	3	6 min.
Tirar/Romper el mobiliario	1	Fuerte (3)	2 min.	...	...	...	2	Fuerte (3)	15 min.	3	6	17 min.
Insultos	...	...	...	...	...	...	2	Leve (1)	1 min.	2	1	1 min.
Dar golpes	3	Moderada (2)	5 min.	...	...	...	...	...	...	3	2	5 min.
Escupir	...	...	...	1	Leve (1)	1 min.	1	Moderada (2)	1 min.	2	3	2 min.
										65	44	143 min.

A su vez, se plantea la realización de la suma semanal de frecuencia, intensidad y duración de cada conducta y de todas en general. Este registro se rellena en la semana de observación (evaluación inicial), y también al final de la intervención (evaluación final). En la tabla 2 se presenta un ejemplo de registro de conductas. Esto permitiría observar si las conductas han disminuido en cuanto a frecuencia, intensidad y duración y de este modo, comprobar si el programa ha sido eficaz.

Tabla 2. Hoja de registro de conductas disruptivas y ejemplo de evaluación topográfica final

CONDUCTAS	LUNES				MIÉRCOLES				VIERNES				TOTAL FRECUENCIA	TOTAL INTENSIDAD	TOTAL DURACION
	F	I	D		F	I	D		F	I	D				
Llorar	1	Leve (1)	5 min.	---	---	---	---	---	1	Leve (1)	6 min.	---	2	2	11 min.
Gritar	6	Moderada (2)	11 min.	5	Fuerte (3)	10 min.	---	---	5	Leve (1)	10 min.	---	16	6	31 min.
Heteroagresión	---	---	---	1	Moderada (2)	5 min.	---	---	---	---	---	---	1	2	5 min.
Autolesión	1	Leve (1)	2 min.	1	Leve (1)	2 min.	---	---	---	---	---	---	2	2	4 min.
Lanzar objetos	5	Fuerte (3)	9 min.	5	Moderada (2)	8 min.	---	---	---	---	---	---	10	5	17 min.
Romper el material propio	---	---	---	---	---	---	---	---	1	Leve (1)	1 min.	---	1	1	1 min.
Romper el material ajeno	1	Moderada (2)	3 min.	---	---	---	---	---	1	Leve (1)	1 min.	---	2	3	4 min.
Tirar/Romper el mobiliario	1	Leve (1)	2 min.	---	---	---	---	---	1	Leve (1)	5 min.	---	2	2	7 min.
Insultos	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Dar golpes	1	Leve (1)	2 min.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1	1	2 min.
Escupir	---	---	---	1	Leve (1)	1 min.	---	---	1	Leve (1)	1 min.	---	2	2	2 min.
													39	26	84 min.

Por otro lado, se elabora una hoja de registro de tareas (ver Tabla 3), ya que Juan asiste a las clases de apoyo para lectoescritura y lógico-matemática. En este registro se anota el tiempo empleado en cada materia por sesión diaria. A su vez, se realiza la suma total del tiempo dedicado a cada materia a lo largo de la semana y la suma total del tiempo dedicado a ambas materias. Se rellena en la semana de observación, y también al finalizar la intervención, para así comprobar que a medida que las conductas disruptivas han disminuido, el tiempo empleado para las tareas aumenta.

Tabla 3. Hoja de registro de tareas y ejemplo de evaluación inicial

REGISTRO DE TAREAS				
Nombre:		Curso:		Edad:
TAREAS	LUNES	MIERCOLES	VIERNES	TOTAL
	Tiempo empleado			
Lectoescritura	10 min.	5 min.	15 min.	30 min.
Lógico-matemática	15 min.	10 min.	15 min.	40 min.
				70 min.

Conclusiones

La presencia de conductas disruptivas es relativamente frecuente en niños con Trastorno del Espectro Autista y además, estos problemas interfieren sobre las posibilidades de aprendizaje de los niños y niñas que las presentan y pueden afectar en el clima de trabajo durante el desarrollo de la clase. Por ello, es importante el conocimiento y manejo de técnicas de modificación de conducta para poder disminuirlas en distintos contextos educativos. El programa de intervención presentado ha sido diseñado para un caso real, teniendo en cuenta un contexto real de trabajo, por lo que considero que puede ser aplicable a otros casos y contextos educativos. Por otra parte, cabe destacar que no se requiere de grandes medios económicos o materiales para llevarlo a cabo.

CAPÍTULO 4

Programa de Intervención basado en la música para la disminución de rabietas en un niño con TEA

Eliana M. Moreno, Cristina Medrán-García y Mario Gálvez-Lara

Introducción

En este capítulo se expone el estudio de un caso único de un niño con autismo, que presenta una serie de conductas disruptivas expresadas principalmente a través de rabietas. Estas aparecen en momentos puntuales, aumentando cuando existe un ambiente desestructurado o de inseguridad. Se plantea llevar a cabo una intervención dentro del contexto escolar, basada en la Musicoterapia para disminuir estas conductas y demostrar los beneficios que esta metodología supone.

La intervención que se ha diseñado consta de tres fases, integradas por una serie de actividades basadas en la música, en las cuales se trabaja con el menor de manera individual y también con el grupo clase.

Presentación del caso

Datos personales

Nos encontramos ante un niño de cinco años de edad, que forma parte de una familia bastante unida, compuesta por sus padres, y una hermana más pequeña, de dos años de edad.

Antecedentes al diagnóstico

Cuando nació, aparentaba ser un niño sin ningún tipo de problema, pero conforme iba creciendo sus padres se daban cuenta que algo pasaba, ya que este no respondía a ningún estímulo, se encontraba totalmente ausente. Al principio sus progenitores creyeron que quizás podría tratarse de una discapacidad auditiva, por lo que cuando el niño cumplió un año, decidieron llevarlo a un médico especialista, pero después de realizarle todas las pruebas necesarias, los médicos descartaron dicha discapacidad.

Descripción del problema

Después del diagnóstico donde los médicos consideraban que el niño no presentaba ningún tipo de problema, sus padres no se sentían conformes, ya que veían como su hijo actuaba de manera diferente a como lo hacían otros niños de su edad. Por este motivo decidieron llevarlo a otros especialistas, buscando alguna respuesta al problema que observaban.

Cuando el niño estaba a punto de cumplir los tres años, después de realizarle todo tipo de pruebas, este fue diagnosticado como un caso de Trastorno de Autismo, basado en el DSM-IV. Al conocer dicho diagnóstico, sus padres tuvieron una doble sensación, ya que por un lado se sentían aliviados al conocer lo que realmente tenía su hijo y preocupación al no saber cómo actuar ante tal situación.

Desde ese día empezaron a informarse sobre dicho trastorno, y a día de hoy, gracias al esfuerzo de todos los especialistas que tratan con el niño y a su familia, este está teniendo muchos avances.

Descripción funcional del problema

El niño está escolarizado en un centro público de su ciudad natal, realizando los estudios acordes a su edad, es decir, se encuentra en el último ciclo de Educación Infantil, en una clase formada por 23 alumnos, en el que solo encontramos dicho caso de Necesidades Educativas Especiales.

Tanto dentro como fuera del aula, recibe ayudas de logopedia, Pedagogía Terapéutica (P.T), Audición y Lenguaje (A.L.), además de una educadora que trabaja con él para favorecer y progresar en su conducta y en las habilidades sociales. Actualmente también están intentando que el niño pueda acudir por las tardes a un centro de atención temprana.

Según los especialistas que trabajan con él, destacan que se trata de un alumno con un grado de autismo de alto funcionamiento, ya que presenta un CI de 95, con buena capacidad cognitiva, aunque carece de autonomía personal.

Otras características relevantes del niño son sus dificultades en la conducta, ya que le suele costar seguir las normas establecidas, con constantes rabietas, normalmente al salirse de sus rutinas establecidas, aunque otras veces aparecen sin razón alguna. Presenta un estado de ánimo cambiante, es capaz de seguir el ritmo de trabajo de sus compañeros, presenta algunos problemas en el lenguaje, ecolalias (repite lo que oye constantemente). También tiene estereotipias, manías y algunas dificultades en la psicomotricidad fina (coger el lápiz).

Muestra aleteos de manos, evita el contacto visual y físico, es decir, no le gusta que le toquen, mostrándose molesto o enfadado, no se socializa con sus demás compañeros, ni en el aula ni en el patio del recreo. Tiene cierta obsesión con objetos y sobre todo con la música, ya que su padre toca en un conjunto y desde pequeño ha crecido con la música. Su casa está repleta de todo tipo de instrumentos musicales. Actualmente muestra obsesión con un piano de juguete, el cual se lo regalaron para su cumpleaños, y pasa todo el día “pegado” a dicho objeto, tanto en casa, según sus padres, como en el colegio. Las personas cercanas a él ven como Pablo se siente interesado por todo tipo de instrumentos musicales y estilos de música.

Diseño del programa de intervención

A continuación se expone el programa de intervención que se llevará a cabo con el niño y los diferentes sujetos que generalmente se encuentran en contacto con este, tanto en el contexto familiar como en el contexto escolar. Estableciendo una serie de objetivos, un procedimiento, basado en actividades relacionadas con la musicoterapia, para corregir alguna conducta disruptiva del niño y una pequeña evaluación del mismo.

Objetivos del programa de intervención

Objetivos generales

- Controlar la aparición de conductas que dificulten el desarrollo de la clase, en el niño, más concretamente las rabietas.
- Crear un entorno de seguridad en el niño para que disminuyan dichas conductas.
- Interesarse por los gustos del niño para el control de dichas conductas.
- Fomentar una buena coordinación de trabajo entre el contexto familiar y escolar en el que se mueve el niño.

Objetivos específicos

- Trabajar el control de rabietas mediante el empleo de actividades musicales
- Controlar la disminución del tiempo, la frecuencia y la intensidad de las rabietas de manera progresiva mediante el empleo de actividades musicales

Procedimiento

En el procedimiento se van a llevar a cabo tres fases, divididas a lo largo de un año de duración, que será el tiempo utilizado para desarrollar la intervención. En una primera fase (1 mes), habrá una coordinación y primer contacto con las personas que tratan con el niño, para que estas puedan conocer y dar el consentimiento del diseño de intervención que se utilizará, esta incluirá una serie de actividades como charlas, entrevistas personales, entre otras. En la segunda fase se trabajará de manera individual con el niño, para controlar la conducta disruptiva que este presenta, esta tendrá una duración de dos o tres meses aproximadamente (2º trimestre) y por último, en una tercera fase y una vez alcanzados los objetivos de la segunda, se desarrollará la intervención del niño dentro del grupo clase, para comprobar que efectividad ha tenido el trabajo realizado individualmente con este (tercer trimestre aproximadamente).

Fases y actividades

Fase 1: Coordinación y contacto con las personas que tratan con el niño

En una primera fase es conveniente coordinarse y llegar a acuerdos con todas las personas y especialistas que trabajan con el niño, ya que esto nos puede servir de gran ayuda a la hora de conocer gustos o características más específicas de este. Además debe de existir siempre un acuerdo y consentimiento por parte de todas las personas que trabajan con el niño en diferentes contextos, para poder llevar a cabo el diseño de intervención.

En primer lugar es primordial hablar con la familia, ya que esta es la que mejor conoce al niño, debido al gran tiempo que pasan con él. Hay que intentar que esta colabore en casa también con todas las actividades que se van a llevar a cabo para controlar su conducta disruptiva en el aula. Desde mi punto de vista es la que más nos puede ayudar, ya que conocen a la perfección todas las costumbres del niño, gustos, la manera de relacionarse con otras personas, ya sean otros

familiares o amigos, con quién muestra más apego y capta más la atención del niño y por qué, entre otras muchas más cuestiones.

En segundo lugar sería de suma importancia coordinarse y colaborar con la tutora del centro, ya que después de casa, es el lugar donde más horas pasa el niño. Ella debe conocer el tipo de intervención que se le está aplicando a este, debido a que en fases posteriores esta se llevaría a cabo dentro del grupo clase, que es donde verdaderamente se encuentra el problema o la conducta que hay que corregir, para que se dé una total inclusión del niño y una mejora.

Y por último y en tercer lugar, sería conveniente coordinarse con los demás especialistas que tratan con el niño, en este caso, sería la especialista en Audición y Lenguaje y logoterapia. Si el niño comienza a asistir durante la intervención al centro de Atención Temprana, también sería conveniente la coordinación con los especialistas que vayan a trabajar con el niño.

A continuación se describen algunas actividades dentro de dicha fase.

Actividad 1: Cuestionario

Objetivos:

- Conocer la opinión de las personas que tratan con el niño
- Analizar los resultados del cuestionario
- Comparar los resultados

Características: En esta actividad participaran la familia, el docente o la docente del niño y los especialistas que traten con él. La duración será de una semana aproximadamente.

Procedimiento: El terapeuta realizara un cuestionario con una serie de preguntas, las cuales serán determinantes para conocer a la perfección todos los detalles de la conducta del niño y las cosas más relevantes para que se pueda llevar a cabo la intervención individual. Para contestar, las personas que lo realicen deberán de analizar con exactitud, anotando día a día, si fuese necesario, los comportamientos del niño, haciendo un registro de este. Cuando se lo hayan entregado todas las personas, el terapeuta deberá recoger los resultados y analizar todos los contextos en los que el niño se desenvuelve.

Materiales: Cuestionario adjuntado en el apartado de Anexos.

Actividad 2: Entrevista personal

Objetivos:

- Conocer personalmente a las personas que tratan con el niño
- Conocer la opinión de la intervención que se va a llevar a cabo con el niño

Características: En esta actividad participarán los distintos miembros de la familia que traten con el niño, la tutora y demás especialistas implicados en el tema. Tendrá aproximadamente una hora y media de duración con cada miembro.

Procedimiento: El terapeuta citará a una y cada una de las personas que traten con el niño, y les irá realizando una entrevista de manera individual, tratando temas relacionados con el niño, además de intercambio de opiniones sobre el método de musicoterapia que se le va a aplicar a este. Se parece a la actividad anterior, aunque es una forma de acercamiento y confianza hacia las demás personas, es decir, tener un contacto físico con ellas, que no se reduzca a un simple cuestionario.

Materiales: Cuaderno de registro del terapeuta, en el cual va haciendo anotaciones.

Actividad 3: Charla de un especialista en Musicoterapia y autismo

Objetivos:

- Acercar a la familia y a las personas que tratan con el niño al conocimiento de la Musicoterapia relacionada con el autismo.
- Acercar a los asistentes a la charla al conocimiento de los beneficios de la Musicoterapia, creándoles una cierta seguridad y confianza en esta.

Características: Será una actividad grupal, con una duración de dos horas aproximadamente.

Procedimiento: El terapeuta invitará a una especialista en Musicoterapia que tenga relación con personas autistas, y este expondrá a los participantes lo investigado sobre dicho tema, además de los resultados que se conocen en la actualidad. Además de aclarar todas las dudas que se planteen en relación con la intervención que se va a llevar a cabo en el niño.

Materiales: Todos los materiales necesarios para el desarrollo de la charla o conferencia (proyector, recursos TIC, etc...)

Fase 2 : Desarrollo de la intervención de manera individual con el niño

En esta segunda fase el terapeuta, una vez recogida toda la información de la fase anterior, se dispondrá a trabajar con el niño, de manera individual, la desaparición o disminución de conductas disruptivas que este presenta, más concretamente las rabietas, manifestadas por normal general, cuando se siente inseguro o fuera de sus rutinas establecidas. Esta fase tendrá una duración de dos o tres meses aproximadamente, es decir, lo que dure el segundo trimestre, ya que se espera que en este tiempo el niño haya alcanzado los objetivos planteados y sea capaz de tener más control sobre la aparición de su conducta disruptiva, las rabietas. Con el fin de esta fase, se pasaría a una tercera en la que se trabajaría la disminución de estas dentro de su ambiente de trabajo, como es el grupo clase.

A continuación se describen algunas actividades que pueden servir de ejemplo dentro de dicha fase.

Actividad 1: Trabajar las rutinas con canciones infantiles

Objetivos:

- Establecer una melodía o canción diferente para cada actividad que se vaya a realizar en el aula a lo largo de la mañana.

Características: El terapeuta trabajará con el niño, de manera individual, una serie de canciones que resulten atractivas para este. La duración de esta actividad se llevará a cabo a lo largo de dos meses aproximadamente, hasta que el niño consiga asociar la melodía a la actividad correspondiente.

Procedimientos: El terapeuta, una vez que conoce el gusto musical del niño, seleccionará una serie de canciones. Mientras suene la canción (cantada o en soporte tecnológico) este le mostrará al niño un pictograma en el cual se refleje la actividad que se va a llevar a cabo, así este sabrá posteriormente que dicha canción se relaciona con dicha actividad o acción. En concreto serán 7 canciones, una para formar la fila y entrar a clase, otra para colgar sus pertenencias en una

percha, otra en la que se identifique que se tiene que sentar en la mesa de trabajo, otra que se relacione con el momento de asamblea, otra con el momento de ocio , comida e higiene, otra con el momento de jugar, y otra con el momento de recoger e irse a casa. Esto ayudará a disminuir las conductas disruptivas del niño, ya que las rabietas son presentes cuando se altera la rutina, y con esto el niño sabrá que hacer en cada momento.

Materiales: Material tecnológico, ordenador, altavoces y pictogramas en los que se muestre la rutina diaria de clase.

Actividad 2 : Me gusta o no me gusta

Objetivos

- Reconocer conductas buenas o malas según el tipo de música.

Características: El terapeuta trabajará con el niño de manera individual, durante dos meses aproximadamente, en varias sesiones a lo largo de la semana.

Procedimiento: El terapeuta señalará dos melodías, una que resulte agradable para el niño y otra que por el contrario resulte muy desagradable. Este, al igual que en la actividad anterior. Le irá mostrando al niño pictogramas de conductas disruptivas (rabietas, pegar, autolesión, etc...) mientras este escucha la melodía que es desagradable. Por el contrario, le enseñará conductas buenas, mediante pictogramas (reír, jugar con los compañeros, etc...) mientras escucha la melodía que es agradable para él. Esta será una forma de clasificar entre conductas favorables y no favorables.

Materiales: Melodías (solo con música, sin ningún tipo de letra), altavoces, ordenador, pictogramas de conductas buenas y malas.

Actividad 3: Mi canción favorita

Objetivos:

- Controlar la conducta disruptiva del niño, en el momento de su aparición mediante la escucha de su canción favorita.

Características: Esta actividad se hará de manera individual con el niño, y servirá de relajación para este, únicamente en el momento en el que aparezca la

rabieta. No tiene tiempo ni sesiones establecidas, ya que depende del momento en el que se dé la conducta disruptiva.

Procedimiento: Cuando aparezca la rabieta, el terapeuta inmediatamente hará que suene la canción favorita del niño “ Kiss the rain-Yiruma”, así conseguirá captar su atención y que este se vaya relajando conforme va sonando. Es su canción favorita ya que el piano que suena en ella lo asocia a su piano de juguete.

Materiales: Ordenador, altavoces, canción “Kiss the rain-Yiruma”

Actividad 4: El lobo feroz y las olas del mar

Objetivos:

- Control de rabietas mediante la música y la respiración.

Características: Esta actividad se realizará de manera individual y tendrá varias sesiones a lo largo de la semana.

Procedimiento: El terapeuta le pondrá al niño la canción de “El lobo y las olas del mar: canción infantil para controlar el enfado” (<https://www.youtube.com/watch?v=ooOG-NksCIY>) . En ella asociará el lobo con las rabietas (mediante un pictograma) y las olas del mar con la tranquilidad (con pictogramas) . Entonces le dirá al niño que cuando el lobo feroz aparezca (rabieta) , este tiene que cerrar los ojos, respirar y tranquilizarse , para así poder escuchar el sonido de las olas del mar. Llegando con esto a un estado de calma.

Materiales: Pictogramas (lobo, olas del mar, cerrar los ojos y respirar) , canción anterior, ordenador, altavoces.

Fase 3: Desarrollo de la intervención dentro del grupo clase

En esta fase se llevará a cabo la intervención del niño dentro del grupo clase, se observará si el niño es capaz de controlar sus rabietas, mejorar su atención y sentirse más seguro en clase, tanto con sus iguales como con su tutor o tutora. Esta fase finalizará cuando el terapeuta vea que el niño ha alcanzado los objetivos planteados y sea capaz de controlar las rabietas dentro del aula, es decir, la duración del tercer trimestre aproximadamente.

A continuación se describen algunas actividades que pueden servir de ejemplo dentro de dicha fase (La tutora podrá repetir dentro del aula, con el niño

individualmente , las actividades de la fase anterior, en el caso de que fuese necesario).

Actividad 1: Rutinas y canciones

Objetivos:

- Asociar una canción a una actividad o rutina

Características: Se llevará a cabo de manera grupal con todo el grupo clase.

Procedimiento: Esta actividad será la misma que la que he descrito en la fase anterior, solo que llevada al aula y a ser posible sin apoyo pictográfico. Es decir, cuando suene la canción el niño automáticamente debe reconocer qué actividad tiene que realizar seguidamente. Anteriormente la tutora deberá de trabajar esta actividad con todo el grupo clase, para que así todos sepan el procedimiento que se lleva a cabo.

Material: Altavoces, canciones, ordenador. Si fuera necesario utilizar los mismos pictogramas que el niño utilizaba individualmente con la profesora.

Actividad 2: Rincón de la música y la relajación

Objetivos:

- Establecer un rincón dentro del aula que sirva de relajación y ocio a los niños y niñas de clase.

Características: Esta actividad se lleva a cabo dentro del grupo clase, y de manera individual por cada niño, según indique la tutora.

Procedimiento: La tutora establecerá un rincón en el cual pondrá colchonetas para que los niños puedan tumbarse y relajarse, además de varios instrumentos musicales atractivos para todo el grupo clase. Cuando algún niño se sienta alterado la profesora le ordenará que se vaya al rincón de la música y la relajación hasta que se tranquilice. Con esto se aprovecha la gran obsesión que siente el niño con autismo con la música y los instrumentos, ya que si muestra alguna rabieta el niño de manera voluntaria podría irse hacia dicho rincón.

Materiales: Colchonetas, algún juguete y varios instrumentos musicales.

Actividad 3: Psicomotricidad y reconocimiento de sonidos

Actividad complementaria, aunque no está dirigida como tal a los objetivos específicos que se plantean para el control de las rabietas, es simplemente para mejorar la inclusión y el buen ambiente en clase, con esto el niño se sentirá bien y en un ambiente seguro, para disminuir sus conductas disruptivas.

Objetivos:

- Trabajar y mejorar la Psicomotricidad mediante la discriminación de sonidos.
- Mejorar la relación entre iguales, es decir, entre el niño con autismo y sus compañeros.

Características: Esta actividad se hará de manera grupal y se realizará en las sesiones que la docente crea conveniente a lo largo de la semana.

Procedimiento: La tutora pondrá una serie de audiciones, relacionadas con animales u objetos de la vida diaria y los niños mediante el movimiento y la danza deberán imitar lo que están escuchando. Se ayudarán los unos a los otros y mejorará las relaciones entre iguales. Además será una actividad para captar la atención del niño con autismo.

Materiales: Audiciones de animales y objetos, altavoces, pictogramas con imágenes de lo que suena (por si fuese necesario para el niño con autismo) , y ordenador.

Evaluación

En la evaluación se van a tener en cuenta algunas variables de estudio, así como la recogida de datos en las que se demostrarán los resultados obtenidos en una pre y post evaluación, es decir, el comportamiento del niño antes y después de aplicarle el diseño de intervención.

Definición de Variables e indicadores

En esta investigación se van a analizar varias variables, relacionadas con el comportamiento del sujeto del estudio.

En primer lugar se van a analizar las rabietas que el niño presenta, definiéndose estas, según Díaz y Bonet (2005), como conductas de terquedad o de oposición que son consideradas parte del desarrollo normal, entre los 18 meses y los 4 años. Se deben principalmente a la frustración que les genera el conflicto entre su autonomía y los límites impuestos por los adultos que les rodean. Además del egocentrismo que les caracteriza en esta etapa.

En relación a estas se observará el tiempo que dura dicha rabieta, la frecuencia con la que se da a lo largo de la semana, y la intensidad de esta, en relación a llantos, gritos, pataletas, o agresión ajena.

Instrumentos y procedimiento de evaluación

Los instrumentos de evaluación serán mediante la observación directa y Hojas de registro. En la tabla 1 se presenta un ejemplo de hoja de registro.

Tabla 1. Registro de la primera semana de evaluación inicial (Rabietas: Frecuencia, Duración e Intensidad)

Semana 1: Evaluación Inicial					
Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Total semana
6 minutos (M)	7 minutos (A)	4 minutos (A)	8 minutos (M)	6 minutos (A)	12 rabietas
10 minutos (M)	6 minutos (M)	5 minutos (A)	10 minutos (M)	12 minutos (A)	6 rabietas (M)
7 minutos (M)				3 minutos (A)	6 rabietas (A)
					84 minutos

Se llevará a cabo una evaluación inicial, antes de la intervención, de todos los factores que intervienen en las rabietas, posteriormente se aplicará la intervención y para finalizar una post-evaluación, para comprobar si ha existido una mejora con el procedimiento empleado.

Conclusiones

La música ejerce una importante influencia en el alumnado de infantil y ha demostrado tener múltiples beneficios en el desarrollo de distintos tipos de habilidades, tal y como muestran diversos autores citados en este capítulo. A pesar de esto, aún son escasas las investigaciones o estudios que indaguen y reflejen evidencias empíricas sobre dicho tema. En este capítulo se expone una propuesta de intervención basada en el estudio de las necesidades, preferencias y características propias de un sujeto en particular, sin embargo, aplicar este tipo de programas podría resultar útil y altamente atractivo para otros niños o niñas con similares características y problemas de conducta.

Referencias bibliográficas

- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4 ed., texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Baron-Cohen, S. (1993). Autismo: un trastorno cognitivo específico de “ceguera de la mente”. *International Review of Psychiatry* 2, 81-90.
- Bayonas, I. (1999). ONG'S. Asociación de Padres de Niños Autistas (APNA). Federación FESPAU. *Minusval*, (119), 66-67.
- Bravo, S.C. y Medina, E. (2014). Modificación de conductas disruptivas en 2 niños con autismo, reporte de casos. *Revista Médica HJCA*, 6 (1), p. (91-96).
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en Musicoterapia*. España: Agruparte
- Carazo, P. C. M. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión: Revista de la división de Ciencias Administrativas de la Universidad del Norte*, (20), 165-193.
- Carta de Derechos de las Personas con Autismo. 4º congreso Autismo-Europa (1992). Adoptada por el Parlamento Europeo (1996).
- Consejería de Educación (2015). *Instrucciones de 22 de Junio de 2015, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo y organización de la respuesta educativa*. Dirección General de Participación y Equidad. Junta de Andalucía.
- Cuxart, F. (2000). *El Autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. España: Aljibe.
- D'Elia, L. et al. (2014). A longitudinal study of the teach program in different settings: The potential benefits of low intensity intervention in preschool children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), p. (615-626).

- Dessal, G. (2013). Autismo, sarampión y otras ronchas: crónica de un fraude. *Interrogant*, (12), 51-53.
- Díaz, M. L., Bopp, R. M., & Gamba, W. D. (2014). La música como recurso pedagógico en la edad preescolar. *Infancias Imágenes*, 13(1), 102-108.
- Edgerton, C. L. (1994). The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children. *Journal of music therapy*, 31(1), 31-62.
- Espín, J.C., Cerezo, M.V. y Espín, F. (2013). Lo que es un trastorno del espectro autista y lo que no es. *Anales de Pediatría Continuada*, 11 (6), p. (33-41).
- Estrategia Española en Trastorno del Espectro del Autismo. Aprobada por el Gobierno de España el 6 de noviembre de 2015.
- Frith, U. (1993). El autismo. *Investigación y Ciencia*, 8(203), 58-65.
- Greydanus, D.E; Toledo-Pereyra, L.H (2012). Historical perspectives on autism: its past record of discovery and its present state of solipsism, skepticism, and sorrowful suspicion. *Pediatr Clin North Am* 59 (1), 1-11.
- Herlyn, S. (S.F.). Trastornos del espectro autista. Historia-Las alteraciones autistas. P. (1-2).
- Holguín, J. A. (2003). El autismo de etiología desconocida. *Revista de neurología*, 37(3), 259-266.
- Jennett, H. K., Harris, S. L., & Mesibov, G. B. (2003). Commitment to philosophy, teacher efficacy, and burnout among teachers of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 33(6), p. (583-593).
- Kanner, L. (1951). Autismo infantil. *Tratado de psiquiatría infantil. Santiago de Chile: Zig-Zag*, 768-78.
- Leaf, J.B. et al. (2016). Applied behavior analysis is a science and, therefore, progressive. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(2), p. (720-731).
- López, S. y García, C. (2007). Patrones comportamentales en el trastorno autista: descripción e intervención Psicoeducativa. *Psicología Educativa*, 13 (nº2), p. (117-131).
- Martos-Pérez J, Llorente-Comí M (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Rev Neurol* 57,(Supl 1), 185-91

- Martos, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología*; 42 (Supl. 2), p. (99-101).
- Montalva, N., Quintanilla, V. y Del Solar, P. (2012). Modelos de Intervención Terapéutica Educativa en Autismo: ABA y TEACHH. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 23 (1), p. (50-57).
- Myers, S.M; Johnson, C.P (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 120 (5), 1162-82
- Olza Fernández, I., Gabriel, M., López Sánchez, F., & Malalana Martínez, A. M. (2011). Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 38-41
- Pernasa, P. D., & de Lunab, C. B. (2005). Las rabiets en la infancia: qué son y cómo aconsejar a los padres. *Revista pediatría de atención primaria*, 7(25).
- Pineda, M. (2014). Trastornos del espectro autista. *Anales de pediatría*. Barcelona, p. (1-2).
- Real Academia Española. (2001). Autismo. En Diccionario de la lengua española (22º ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=4QrvrKS>
- Ros, M. A. S. (2003). La música en la educación infantil: Estrategias cognitivo-musicales. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (18), 197
- Salvado, B., Palau, M., Clofent, M., Montero, M. y Hernández, M.A. (2012). Modelos de Intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista Neurología*; 54 (Supl. 1), p. (63-71).
- Sarget (2003). La música en la educación infantil: Estrategias cognitivo- musicales. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*(18), 197. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/-LaMusicaEnLaEducaciónInfantil-1032322>
- Simpson, K., & Keen, D. (2011). Music interventions for children with autism: narrative: review of the literature. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(11), 1507-1514
- Stake, R.E. (1995). *Investigación con Estudio de casos*. Madrid: Morata.

- Tamarit, J. (2005). Claves para la comprensión e intervención ante las conductas desafiantes en personas con discapacidades del desarrollo. *I Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, Familia y Comunidad*. España: FEAPS.
- Wing, L (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psycholog Med* 11 (1), 115-129.
- Wing, L. (1998). Descripción de los trastornos del espectro autista. Historia. En Wing L. (coord.). *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia* (pp. 24-30). Paidós Saberes cotidianos.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

©Moreno Eliana M., 2017
Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba.
Calle San Alberto Magno S/N, 14007, Córdoba.

Impreso en Córdoba, España.

Diciembre 2017

ISBN: 978-84-697-8431-0