



Facultad de
Educación

GRADO DE MAESTRO EN EDUCACIÓN PRIMARIA

2017-2018

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN AUTISTA
PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE ORAL**

**DESIGN OF AN AUTISTIC INTERVENTION PROPOSAL TO
IMPROVE COMMUNICATION AND ORAL LANGUAGE**

Autor: Sandra Payo Rodríguez

Director: María García Antuña

Fecha: Octubre, 2018

VºBº DIRECTOR

VºBº AUTOR

Resumen

El desarrollo de la comunicación y el lenguaje oral pueden estar muy afectados en el Trastorno del Espectro Autista, por ello las personas con autismo necesitan de un sistema de apoyo de comunicación para poder ayudarles. Este sistema que está siendo beneficioso para las personas autistas son los sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación (SAACs).

Mediante este trabajo de fin de grado se propone un ejemplo de propuesta de intervención dirigida a un niño en el que se pretende una mejora de su desarrollo comunicativo y de lenguaje mediante dos programas específicos: el sistema de intercambio por imágenes (PECs) y el programa de comunicación total de Schaeffer.

Palabras clave: *Trastorno del Espectro Autista, sistema alternativo y/o de comunicación, comunicación y lenguaje oral.*

Abstract

The development of communication and oral language may be very affected in Autism Spectrum Disorder, so people with autism need a communication support system to help them. This system that is being beneficial for autistic people are the alternative and/or augmentative communication systems (SAACS).

This end-of-degree work proposes an example of an intervention proposal aimed at a child in which an improvement in its communication and language development is sought through two specific programmes: The Image Exchange System (PECS) and the Schaeffer's total communication program.

Key words: *autistic spectrum disorder, alternative system and / or communication, communication and oral language.*

Índice

1.Introducción	3
1.1.Justificación	4
1.2 Objetivos	4
2.Marco teórico.....	5
2.1 Recorrido histórico	5
2.2 Etiología.....	6
2.2.1Estudios genéticos.....	7
2.2.2 Alteraciones estructurales	7
2.2.3 Bases biológicas.....	8
2.2.4 Estudios neuroquímicos	8
2.2.5 Estudios neurofisiológicos.....	8
2.3 Epidemiología.....	9
2.4 Tipología	10
2.5 Diagnóstico.....	10
2.5.1 Criterios diagnósticos	10
2.5.2 ¿Cómo se diagnostica?	15
2.6 Tratamiento TEA.....	18
2.6.1 Tipos de tratamiento:.....	19
2.7 Evolución en TEA	20
3. Metodología	22
3.1 Comunicación y lenguaje	22
3.2 Evolución en un niño con desarrollo típico	26
3.3 Características comunicativas de los TEA.....	26
3.4 Comunicación aumentativa y alternativa	28
3.4.1 Introducción	28
3.4.2 Definición	30
3.4.3 Objetivos del SAAC	30
3.4.4 Clasificación.....	31
3.4.5 Uso del SAAC en tecnología	33
3.5 Programas específicos para el autismo.....	34
3.5.1 Programa de comunicación total de Schaeffer	34
3.5.2 Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS)	36

4. Propuesta de intervención	39
4.1 Introducción	39
4.2 Descripción del caso	40
4.3 Objetivos	40
4.4 Temporalización	41
4.5 Materiales y recursos	41
4.6 Metodología: PECs y Schaeffer	41
4.6.1 Programa de comunicación total de Schaeffer	42
4.6.2 Programa de sistema de comunicación por intercambio de imágenes	43
4.7 Evaluación del niño	53
5. Conclusión	54
6.Referencias.....	55
7. Anexos	59

1. Introducción

Mucha gente ha oído hablar sobre el autismo, pero, en realidad, ¿saben de qué se trata? Muchos tienen una idea equivocada, no saben lo que es o qué síntomas presenta. En España se estima que hay unas 450.000 personas diagnosticadas de autismo. Utilizaré la definición dada por la Confederación Española de Autismo como punto de partida de mi TFG. Según la Confederación Española de Autismo: “el autismo es una alteración que se da en el neurodesarrollo de competencias sociales, comunicativas y lingüísticas y, de las habilidades para la simbolización y la flexibilidad” ¹.

Existen numerosos síntomas en el autismo, pero me voy a centrar en cómo mejorar la comunicación oral y el lenguaje oral de un niño. En muchos casos, el sujeto no desarrolla dichas condiciones. Por ello, mi trabajo estará orientado hacia una propuesta de intervención para mejorar la comunicación y el lenguaje oral dotándole de un sistema alternativo y/o aumentativo de comunicación (SAACs). Los SAACs que más se utilizan con los autistas son el sistema de intercambio por imágenes (PECs) y el sistema de comunicación total (Schaeffer), ambos sistemas de comunicación los utilizaré en la propuesta de intervención que llevaré a cabo.

El fin de la propuesta es ofrecer a los autistas una mejor calidad de su vida y sus posibilidades de ser parte integral de la sociedad. Se pretende que los autistas a través de los SAACs puedan compartir sus intereses, gustos..., sepan de qué manera efectuarlo y sobre todo contar con personas que quieran escucharlo y entenderlo.

Etiquetar a alguien como que “está en un mundo propio” es uno de los peores errores. Las dificultades con la comunicación y la interacción social no significan que uno es de otro planeta. La falta de contacto visual no significa que no puedan ver. El vagar no significa que estén perdidos.

(Liz Becker).

¹Recuperado de: <http://www.fespau.es/autismo-tea.html>

1.1. Justificación

He decidido hacer el trabajo de fin de grado sobre el Trastorno de Espectro Autista (TEA), porque todos tenemos el derecho de poder comunicarnos. Mejorar esta área afectada en los TEA supone todo un reto. Es por este motivo, por el que diseño un ejemplo de propuesta de intervención basada en la mejora de comunicación y lenguaje oral.

Se trata de realizar una intervención con base a los sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación, concretamente los PECs y la comunicación total de Schaeffer. Ambos sistemas ayudarán a los TEA a mejorar su calidad de vida y a poder participar de forma íntegra en la sociedad.

1.2 Objetivos

En este apartado se van a desarrollar los objetivos dirigidos a los alumnos con Trastorno de Espectro Autista (TEA):

- Objetivo general:
 - Realizar una propuesta de intervención para mejorar el desarrollo y comprensión del lenguaje oral y comunicación en los TEA.
- Objetivos específicos:
 - Saber el origen, causas, síntomas y diagnóstico, así como la terminología relacionada con el Trastorno de Espectro Autista.
 - Conocer diferentes instrumentos para el diagnóstico y evaluación del autismo.
 - Conocer los tipos de alteraciones y dificultades a nivel de comunicación y lenguaje de los niños autistas.
 - Conocer los programas específicos que se utilizan con los niños autistas.

2. Marco teórico

2.1 Recorrido histórico

En la historia evolutiva del estudio del autismo, se observan dos periodos muy diferentes. El primer periodo empezaría en el año 1943 hasta mediados del 1960. El segundo periodo, desde los años sesenta hasta nuestros días, estará marcado por una importante mejora sobre los conocimientos del autismo (Amodia y Andrés, 2010: 2).

Antes de la definición de Leo Kanner, quien escribiera y publicara el primer artículo donde aparece este trastorno con el nombre de “autismo”, lo más cercano que se describe sobre el autismo es en el año 1911 con el psiquiatra Eugen Bleuer. Este lo define como una peculiaridad más de la patología esquizoide y no como un trastorno (Garraabé de Lara, 2012: 1).

Kanner decía que el autismo podía tener una relación hereditaria emocional y afectiva. Es por ello por lo que la primera época del autismo estaba marcada por este pensamiento que, además, estaba intervenido por el psicoanálisis.

Unos meses después, Hans Asperger describió las mismas peculiaridades que Kanner y añadió algunas más. Aunque Asperger incidió en la educación y en una etiología genética, más que psicógena. A partir de aquí, el Síndrome de Asperger ha sido considerado como trastorno diferente del autismo.

Tras este pensamiento, en los años 60 se demuestran hechos que harán cambiar las cosas de forma drástica.

Cada vez hay más indicios de una relación genética y neurobiológica con el autismo; mediante estudios científicos rigurosos, se cambia el centro de interés de lo afectivo a lo cognitivo y más. Por fin, se quita toda posible culpa, en la génesis del trastorno de los padres, lo cual hace que valientemente vayan apareciendo las primeras asociaciones de familiares de niños con autismo.

(Amodia y Andrés, 2010: 3).²

² Recuperado de: <https://www.autismo.com.es/autismo/etiologia-y-prevalencia-del-trastorno-del-espectro-autista.html>

Además, se crean los primeros centros educativos específicos gracias a los avances educativos. En estos centros se realizan nuevas terapias asentadas en procedimientos conductuales.

Finalmente, tras este gran avance, el autismo pasa de ser considerado como una “psicosis infantil” a ser un “trastorno profundo del desarrollo”.

2.2 Etiología

Hoy por hoy no podemos explicar una causa única que justifique la aparición del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), pero sí la implicación genética en su origen (Confederación de autismo de España³).

El problema, en el autismo, no está en encontrar cuál es su causa, más bien al contrario, lo que hay son demasiadas causas, múltiples etiologías. Nos encontramos desde alteraciones genéticas a trastornos metabólicos o procesos infecciosos que intervienen en diversas fases del desarrollo del sistema nervioso (Amodia y Andrés, 2010: 4).

En la actualidad sabemos que hay factores genéticos, que manifiestan una mayor incidencia en algunas familias y una alta concordancia entre los gemelos univitelinos. Además, existen componentes ambientales, que actúan como factores de riesgo que favorecen la aparición del Trastorno Espectro Autista.

También han encontrado alteraciones metabólicas, víricas y otras muchas más. Se cree que todas estas variaciones, de manera aislada o conjunta, originan trastornos en las mismas zonas neurales (lóbulo frontal, prefrontal, temporal de la corteza y a veces en la amígdala o hipocampo) dando lugar a anomalías en el desarrollo del sistema nervioso central, que después se va a manifestar con muchos y variados síntomas conductuales. Asimismo, se han observado anomalías estructurales en el cerebelo (Amodia y Andrés, 2010: 4).

³ Recuperado de: <http://autismo.org.es/sobre-los-TEA/etimologia>

2.1.1 Estudios genéticos

Por un lado, existen investigaciones verificadas como la de Bailey de 1995 en gemelos que indican que hay una concordancia para el autismo infantil entre gemelos monocigóticos (60%) respecto a los dicigóticos (0%) (Amodia y Andrés, 2010: 5).

Por otro lado, hay estudios familiares que proponen un aumento de la posibilidad de aparición del autismo o de otros trastornos relacionados, en los familiares de primer grado de autistas. (Amodia y Andrés, 2010: 5). Además, el factor herencia se da alrededor del 90% de los casos, y tiene una recurrencia familiar bastante mayor de lo esperado en el resto de la población. El riesgo de recurrencia que se ha explicado es de 4% en el primer hijo afectado y de 7% si el primer hijo fue una niña. Este riesgo aumenta al 50% si el segundo hijo es autista. Estos datos indican que el autismo se debe a herencia multifactorial (Álvarez y Camacho-Arroyo, 2010: 3).

La posibilidad de un componente genético viene también avalada por la asociación del autismo con otros trastornos genéticos específicos como es el Síndrome de X-frágil y de la esclerosis tuberosa.

Los estudios más actuales, aunque aún en fases experimentales, destacan varios genes como posibles candidatos del trastorno (HRAS, 5HTT, HLA) teniendo en cuenta tanto las alteraciones estructurales como el metabolismo de los neurotransmisores (Amodia y Andrés, 2010: 5).

2.2.2 Alteraciones estructurales

Una de las hipótesis que más fuerza tiene en cuanto a alteraciones estructurales del cerebro es la relacionada con el tamaño del cerebelo. Sin embargo, tampoco se puede hablar de estudios concluyentes en esta área (Amodia y Andrés, 2010: 4).

2.2.3 Bases biológicas

Aunque el autismo tenga una base biológica facilitada por los estudios genéticos, neurofisiológicos, neuropatológicos, neurorradiológicos y bioquímicos; no podemos aceptar su base psicológica por esta evidencia. De este modo, tal y como afirman los autores Amodia y Andrés (2010: 5) “el origen del autismo se vincula con un desajuste orgánico en el cual intervienen distintos factores que tienen como resultado un defecto en la funcionalidad del Sistema Nervioso Central.”.

2.2.4 Estudios neuroquímicos

Parece ser que la serotonina está involucrada en los síntomas del autismo, además de en niños hiperkinéticos y con retraso mental.

Se ve reflejado en los niños autistas un aumento de los niveles sanguíneos de serotonina, sin embargo, no está claro cómo se produce la hiperserotoninemia. Las investigaciones actuales están concentradas en una alteración en la proteína transportadora de la serotonina y específicamente en su gen (Amodia y Andrés, 2010: 6).

2.2.5 Estudios neurofisiológicos

Los autistas manifiestan más alteraciones modificadas y no específicas en el electroencefalograma que en la población normal, pero esto no hace que entendamos mejor las disfunciones cerebrales del síndrome.

La epilepsia también tiene un mayor porcentaje más alta que la población en general. En los niños autistas se suele dar en dos etapas: lactancia y adolescencia. Varios estudios demuestran un alivio al mejorar la epilepsia con tratamiento médico (Amodia y Andrés, 2010: 7).

2.3 Epidemiología

Los primeros estudios sobre la prevalencia del autismo son del año 1966, con Lotter y durante muchos años ha permanecido en un porcentaje de 4-5 casos por cada 10.000 (Filipek, Accardo, et al., 1999: 1). En la actualidad la prevalencia se sitúa alrededor del 10 por 10.000. Este aumento del porcentaje, no se debe a un mayor número de casos autistas, sino que es debido a la mejora de los criterios diagnósticos y a los métodos de detección (Amodia y Andrés, 2010: 8).

Las investigaciones epidemiológicas realizados en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar incrementando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación.

(Organización Mundial de la Salud, 2017)

En cuanto a la distribución por sexos los TEA se manifiestan casi cuatro veces más en el caso de los hombres que en las mujeres. Sin embargo, estos datos se están cuestionando en la actualidad, dado el aumento de diagnósticos en niñas y mujeres que se está produciendo en los últimos años.⁴

Se han hallado problemas médicos asociados, siendo alrededor de un 25-30% el porcentaje de personas con autismo las que sufren otras patologías, tales como ceguera y/o sordera, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis y epilepsia (Amodia y Andrés, 2010: 9).

Se han hallado también algunas asociaciones entre sufrir autismo y otros trastornos tales como, trastornos esquizoides o déficits sociales y entre otros.

⁴ Recuperado de: <http://autismo.org.es/sobre-los-TEA/etimologia>

2.4 Tipología

El autismo conocido como espectro autista es un trastorno heterogéneo porque las personas que tienen este trastorno se diferencian según el grado en que desarrollan diferentes características (intensidad de los síntomas, cociente intelectual y sintomatología asociada). Estas diferencias vienen reflejadas de otros grados patológicos, como, por ejemplo: nivel de lenguaje, grado de retraso mental, momento del diagnóstico, edad, tipo de tratamiento y otro muchos más (Amodia y Andrés, 2010: 7).

Esto nos lleva a que podemos ver desde una persona que no se comunica a una persona que mantiene conversaciones, desde una persona aislada a una persona que tiene relaciones sociales...

Algunos autores señalan que el trastorno de Asperger es el polo más alto y otros diferencian entre autismo de nivel alto o bajo dependiendo del grado de retraso mental (Amodia y Andrés, 2010: 7).

2.5 Diagnóstico

2.5.1 Criterios diagnósticos

Según Ramón Alonso (2004: 35) un diagnóstico es un proceso razonado en el cual los profesionales con sus conocimientos y experiencia clínica van valorando una serie de observaciones y datos, y los comparan con las características que describen los sistemas actuales de clasificación y diagnóstico aceptados universalmente por el DSM-IV o CIE-10. "El objetivo es clasificar y determinar el comportamiento de esa persona, y usar ese perfil para buscar el mejor plan de intervención posible, adecuado a las características de la persona diagnosticada".

Es importante señalar que en el autismo no hay marcadores biológicos para su diagnóstico, sino que éste tiene que hacerse a través de un proceso de observación muy exhaustivo del comportamiento de la persona. Esto se llevará a cabo a través de cuestionarios, escalas, test y por un equipo multidisciplinar.

El diagnóstico es difícil cuando la persona tiene una capacidad intelectual alta. El problema en este caso es el diagnóstico diferencial entre Trastorno Autista de alto nivel de funcionamiento y Trastorno de Asperger.

Hoy todavía no hay criterios definitivos para diferenciar estos dos cuadros clínicos, aunque es comúnmente aceptado que la edad de comienzo es más tardía en el Asperger y los problemas de interacción social de este trastorno se agravan notablemente cuando inician la escolarización.

(Ramón Alonso, 2004: 36)

Si hace 30 años, se consideraba que el autismo era un trastorno muy difícil de diagnosticar y de tratamiento casi imposible, vemos que aún son muy cercanas las referencias en cuanto a la dificultad de diagnóstico, a pesar de disponer de manuales de diagnóstico estandarizados y reconocidos y de existir muchos programas de tratamiento con unas normas de aplicación bien concretas.

Los manuales que los especialistas usan a nivel internacional con criterios diagnósticos estandarizados, que permiten comparar los resultados en diferentes países, son dos:

- * El DSM-IV con los criterios desarrollados por la Asociación Americana de Psiquiatría.

- * El CIE-10 es el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Criterios del DSM-IV para el autismo:

A. Un total de 6 (o más) puntos de (1), (2) y (3), con al menos 2 de (1) y 1 de cada uno de (2) y (3):

(1) Deficiencia cualitativa en la interacción social, manifestando por lo menos dos de las siguientes características:

a. Deficiencia marcada en el uso de comportamientos no verbales múltiples, como contacto visual, expresión facial, posturas corporales y gestos para regular las interacciones sociales.

b. Incapacidad para desarrollar relaciones con sus compañeros apropiadas para el nivel de desarrollo.

c. Falta de esfuerzo espontáneo para compartir placeres, intereses o logros con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o apuntar objetos de interés).

d. Falta de reciprocidad social o emocional. (2) Deficiencia cualitativa en la comunicación, manifestada por lo menos en una de las siguientes características: a. Retraso o falta total del desarrollo del habla (no acompañado por un intento de compensar a través de modos alternativos de comunicación como gestos mímica). b. En personas con habla adecuada, deterioro marcado en la habilidad de iniciar sostener una conversación con otros. c. Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje o lenguaje idiosincrásico. d. Carencia de juego imaginativo variado y espontáneo o de juego de imitación social apropiado al nivel de desarrollo. (3) Patrones restrictivos, repetitivos y estereotipados de conducta, intereses y actividades tal como se manifiesta al menos por una de las siguientes características: a. Preocupación generalizada con uno o más patrones estereotipados y restringidos de interés que es anormal ya sea en intensidad como en concentración. b. Adherencia aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales. c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., el aleteo o torcedura de manos y dedos o movimientos complejos de todo el cuerpo). d. Preocupación persistente con partes de objetos. B. Demoras o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas con inicio antes de los tres: (1) interacción social, (2) lenguaje usado para la comunicación social, o (3) juego simbólico o imaginativo. C. La alteración no se explica mejor con el síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la infancia.
--

TABLA 1: DSM-IV
Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1994: 93).

Los avances que en los últimos años vienen dándose en torno al autismo, quedan avalados con la reciente publicación del DSM-V, que recoge cambios significativos en el diagnóstico:

El DSM-IV definía el autismo y sus trastornos asociados como Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD). El autismo ahora pasa a llamarse **Trastorno del Espectro Autista (TEA)** y es englobado dentro los Trastornos de Neurodesarrollo (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales ,1994: 88). La categoría de los trastornos generalizados del desarrollo con los cinco subtipos de autismo: el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD no especificado) y el síndrome de Rett, desaparece y todos estos trastornos (excepto el de Rett) pasan a formar parte del Trastorno del Espectro Autista. Por tanto, cualquier persona diagnosticada antes con alguno de estos criterios pasará a ser diagnosticada de TEA (First, 2015: 82).

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) según el **DSM-V**:

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

A.1 Deficiencias en la reciprocidad socioemocional; por ejemplo:

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

A.2 Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; por ejemplo:

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

A.3 Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones; por ejemplo:

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

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

B.1 Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva; por ejemplo:

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

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

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

B.3 Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere; por ejemplo:

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

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

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

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

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

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

TABLA 2: DSM-V
 “Manual de diagnóstico diferencial
 American Psychiatric Association, Michael B. First” (2015: 81)

También el DSM-V señala que hay que especificar si:

- Se acompaña o no de discapacidad intelectual.
- Se acompaña o no de deterioro del lenguaje.

- Está asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocido.
- “Está asociado a otro trastorno del neurodesarrollo mental o del comportamiento, con catatonia”.

Además, debe especificarse el nivel de severidad:

- Nivel 1: necesita ayuda
- Nivel 2: necesita ayuda notable
- Nivel 3: necesita ayuda muy notable

2.5.2 ¿Cómo se diagnóstica?

Según Ramón Alonso: “Las primeras personas en sospechar comportamientos extraños en sus hijos son los padres. Aunque es posible que no se diagnostique un TEA antes de que el niño cumpla los dos o tres años, muchos padres notan que algo no va bien desde los primeros meses” (2004: 38). En este caso, lo normal es hablarlo con el pediatra para que observe si el niño está aprendiendo las destrezas que le corresponden o por el contrario su desarrollo no cumple los criterios establecidos. Si el pediatra observa signos de alerta, lo más frecuente es derivar al niño a un especialista (neurólogo, psicólogo, psiquiatra) donde se le realizará un diagnóstico exhaustivo sobre la presencia o no de un TEA y su nivel y para descartar otras posibilidades. En este sentido, Ramón Alonso: “un buen procedimiento de diagnóstico debe incluir obtener una historia detallada del desarrollo del niño a partir de los padres, la historia familiar y observación del comportamiento del niño” (2004: 38).

En primer lugar y como punto de partida habría que realizar una **evaluación del desarrollo del niño**, con objeto de observar si ha adquirido las habilidades “esperables” para su edad. Con esta evaluación se pueden establecer ya unos parámetros claros sobre áreas específicas en las que existe retraso y/o alteración (Díez-Cuervo, et al., 2005: 2).

El lenguaje, la motricidad, el nivel de autonomía, las habilidades cognitivas, coordinación visomotora, alteraciones sensoperceptivas e interacción social son

las áreas que abarca esta primera fase de exploración del niño (Díez-Cuervo, et al., 2005: 3).

Algunas de las pruebas estandarizadas y más utilizadas para ello son:

Battelle: (Inventario de desarrollo). Evalúa el nivel de desarrollo del niño en cinco áreas diferentes: **personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva**. Consta de 300 elementos y puede utilizarse completa o de manera abreviada a modo de screening.

Denver (Prueba de Tamizaje de desarrollo de Denver): se trata de una escala para valorar los progresos en el desarrollo del niño hasta los 6 años.

Guía Portage de Educación Preescolar: es una prueba de evaluación que permite determinar las capacidades generales de los niños desde su nacimiento hasta los seis años de vida. Se compone de 578 fichas que resumen los comportamientos más relevantes en dicho período de tiempo. Las fichas se organizan en torno a **cinco áreas de desarrollo**, junto con un primer bloque con orientaciones sobre las posibilidades de desarrollo durante los cuatro primeros meses de vida del bebé.

EDI (Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil): es también una herramienta de tamizaje diseñada para la detección temprana de problemas del neurodesarrollo en menores de 5 años.

Ages y Stages (Cuestionario para el tamizaje del Desarrollo Psicomotor). Se trata de una prueba para el tamizaje del desarrollo psicomotor del niño, fácil de aplicar y de bajos costes que se basa en la información aportada por padres y cuidadores del niño.

Bayley (Escala de Desarrollo Infantil). Evalúa el desarrollo del niño hasta los 42 meses en tres áreas, desarrollo psicomotor, desarrollo mental y comportamiento.

Brunet – Lezine (Escala para medir el Desarrollo Psicomotor en la primera infancia). Explora en profundidad el desarrollo del niño en su primer año de vida, en cuatro grandes áreas: lenguaje, socialización, desarrollo postural, coordinación óculo-manual.

Merrill Palmer (Escala de Desarrollo MP-R). Las Escalas de Desarrollo Merrill son una batería de tests de aplicación individual destinada a la **evaluación global del desarrollo infantil** y que explora específicamente las cinco principales áreas de este (**desarrollo cognitivo, lenguaje y comunicación, desarrollo motor, desarrollo socioemocional y conducta adaptativa**) en niños de 0 meses a 6 años y medio.

Escala Wechsler para valorar las capacidades cognitivas. Con diferentes test para cada edad (WAIS, WISC y WPPSI), hacen una evaluación completa de la capacidad intelectual de los niños ofreciendo tres índices principales: CI Total, CI Verbal y CI Manipulativo. Las escalas verbal y manipulativa están formadas por una serie de pruebas específicas que se denominan subtest. Estos, a su vez, están conformados por un cierto número de ítems organizados por niveles en orden de dificultad creciente.

ITPA (Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas).

En segundo lugar, hay **pruebas de screening**, rápidas y de fácil aplicación que van a detectar factores de riesgo cuando ya existe una sospecha más clara de un Trastorno del Espectro autista y que va a permitir un primer acercamiento para detectar el trastorno:

SCQ Cuestionario de Comunicación Social. Es un breve cuestionario destinado a evaluar de forma rápida (screening) las capacidades de comunicación y de relación social de los niños que pudiesen presentar trastornos del espectro autista. Permite recoger los síntomas observados por los padres o cuidadores de los niños para poder decidir adecuadamente si es conveniente remitirlos a una evaluación más profunda.

M-CHAT (Lista de Verificación Modificada para el Autismo en niños pequeños). Es un instrumento para la detección temprana del espectro autista.

ASSQ (Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista). Para chicos de entre 7 y 16 años, consta de 27 ítems en torno a la interacción social, conductas restrictivas y repetitivas, torpeza motora y posibles tics.

Finalmente, están **las pruebas específicas** para diagnóstico de TEA que van a hacer una exploración exhaustiva del problema.

ADI-R (Entrevista Para el Diagnóstico del Autismo). Es una entrevista clínica que permite una evaluación profunda de personas con sospecha de autismo o algún Trastorno del Espectro Autista. Ha demostrado ser muy útil en el diagnóstico y en el diseño de planes educativos y de tratamiento. Explora tres grandes áreas (lenguaje / comunicación, interacción social recíproca y conducta restringida, repetitiva y estereotipada) mediante 93 preguntas que responde la familia.

ADOS-2 (Escala de Observación para el Diagnostico del Autismo). Es una evaluación estandarizada y semi-estructurada de la comunicación, la interacción social, juego o uso imaginativo de los materiales y las conductas restrictivas y repetitivas en niños, jóvenes y adultos en los que se sospecha que existe un Trastorno del Espectro Autista.

2.6 Tratamiento TEA

En el tratamiento del TEA es fundamental un diagnóstico precoz para poder así comenzar el tratamiento lo antes posible.

Existen diferentes programas de intervención, como más adelante veremos, pero en cualquier caso hay que tener en cuenta algunos parámetros en la intervención a tener siempre en cuenta:

Es integral, es decir que tiene que abarcar todas las áreas de desarrollo y, además, tiene que tenerse en cuenta en todos los contextos en los que la persona se mueve.

Es personalizado, es decir que hay que tener en cuenta las características individuales de cada sujeto.

Es estar coordinado entre los diferentes profesionales que van a trabajar con el niño/a.

Es cubrir las necesidades de la persona con TEA desde que se diagnostica y durante todo su ciclo vital.

Es integrar a la familia como parte fundamental de la terapia, aportándoles las pautas y los apoyos necesarios para el manejo de la persona TEA.

2.6.1 Tipos de tratamiento:

➤ Tratamientos conductuales:

Entre ellos podemos destacar:

- ABA (Applied Behaviour Analysis): Se basa en la aplicación de la Teoría del Aprendizaje y la modificación de conducta a las personas con TEA. Con este método se pretende aumentar conductas sociales y de comunicación y, por el otro, reducir conductas estereotipadas, repetitivas e inflexibles. Fomenta los comportamientos positivos y desanima los negativos a fin de mejorar diferentes destrezas. Se hace seguimiento y se miden los avances del niño.

Se aplica de forma individualizada, estructurada, intensiva y extensiva, es decir, que tiene que abarcar todos los contextos de la persona con TEA y debe implicar a todas las personas que están a su alrededor: familia, profesores, terapeutas, compañeros y entre otros.

- TEACCH (Treatment and Education of Autistic Related Communication Handicapped Children): Se trata de un programa estatal de Carolina del Norte, creado en 1.966 y desarrollado por Eric Schopler. Su principal objetivo es preparar a las personas con TEA para que puedan vivir y trabajar más eficazmente en su casa, en la escuela y en la comunidad. Es una filosofía de intervención que tiene en cuenta las dificultades y potencialidades de cada persona y que adapta los diferentes entornos estructurando el tiempo y el espacio para que las personas con TEA las perciban comprensibles. Tiene cuatro componentes:
 - Estructura física del entorno y del tiempo:
 - Estructuración de la organización del trabajo
 - Estructuración visual:
 - Práctica de rutinas funcionales

➤ Tratamientos en torno a la comunicación

Son aquellos que específicamente se centran en la mejora del área de lenguaje y comunicación. Estos serán explicados más extensamente en el apartado de metodología ya que tocan el tema en el que se centra este trabajo.

➤ Medicamentos

No existen medicamentos que puedan curar los TEA, pero existen medicamentos que pueden ayudar a algunas personas con los síntomas relacionados. Por ejemplo, pueden ayudar a controlar los altos niveles de energía, la incapacidad para concentrarse, la depresión o las convulsiones.

Existe una gran diversidad de tratamientos para el TEA. Unos que se sustentan con fármacos, psicopedagógico, base científica, otros con base empírica, otros son simplemente supersticiones. Sin embargo, todos los tratamientos no tienen una cura para el TEA, solamente intentamos mejorar sus áreas afectadas.

2.7 Evolución en TEA

Los TEA, al igual que otros trastornos del neurodesarrollo, no son curables, y por ello demandan de un manejo crónico. Sin embargo, las secuelas son variables y las peculiaridades específicas del comportamiento varían con el tiempo, la mayoría de los casos de TEA permanecen dentro del espectro autista hasta la adultez, y sin tener en cuenta su funcionamiento intelectual, continúan experimentando problemas para vivir de forma independiente, conseguir trabajo, en las relaciones sociales e interpersonales y de salud mental.

La evolución o pronóstico de los niños con TEA es muy variable y va a depender de una serie de factores propios de cada uno, como el nivel de funcionamiento cognitivo, la ausencia o presencia de trastornos asociados (alteración orgánica cerebral, epilepsia, anomalías sensoriales...), el nivel de desarrollo del lenguaje y de las habilidades sociales y de comunicación, así como de otros factores externos, como los apoyos favorables que le preste el contexto familiar,

educativo y social. Estos entornos van a incidir de forma positiva o negativa en el desarrollo de las habilidades del niño y, por lo tanto, en su pronóstico a más largo plazo.

(Ministerio de sanidad y política social, 2009: 15).

Los factores relacionados a un mejor pronóstico contienen la temprana identificación del trastorno resultando en una temprana incorporación en programas de intervención y de educación especial. No obstante, la cronicidad de los TEA, las intervenciones educativas apropiadas y de los apoyos proporcionados (individuales y familiares) benefician el desarrollo de las habilidades de los niños, que pueden obtener aprendizajes significativos necesarios para su desarrollo personal y su calidad de vida.

Se ha observado que las personas con una inteligencia y funcionamiento adaptativo normales y con síntomas autistas leves generalmente tienen un mejor pronóstico. Aquellos con retardo mental o discapacidad intelectual y síntomas severos de autismo tienen un peor pronóstico, en comparación con los que tienen habilidades cognitivas adaptativas normales y síntomas severos de autismo que presentan un mejor pronóstico. Se cree que los casos de SA tienen un mejor pronóstico que aquellos con otros TEA, ya que el SA por definición tienen una inteligencia normal.

(Vargas Baldares y Navas Orozco, 2012: 10).

3. Metodología

3.1 Comunicación y lenguaje

La comunicación y el lenguaje son problemas muy presentes en el TEA, de hecho, hemos visto que es una característica para el diagnóstico. Dentro de este problema, vamos a encontrar una gran variedad de síntomas, que van desde personas que no consiguen acceder al lenguaje a otras con una buena capacidad de expresión. Personas que tienen lenguaje, pero no se comunican o personas que no pueden transmitir de manera coherente un hecho a pesar de tener adecuada expresión.

Antes de ver las diferentes manifestaciones de este problema vamos a tratar de entender mejor qué es comunicación y qué es lenguaje y comprobar que comunicarse es mucho más que hablar.

“La comunicación es un proceso recíproco interpersonal de intercambio convencionalizado de significados en un contexto social y el lenguaje es el producto de ese proceso” (Tamarit Cuadrado, 1990: 3).

PROCESO



Comunicación

PRODUCTO



Lenguaje

Pueden estar ambos deteriorados, uno de ellos o ninguno. En una persona sin ninguna patología ni discapacidad, su comunicación y lenguaje están equilibrados.

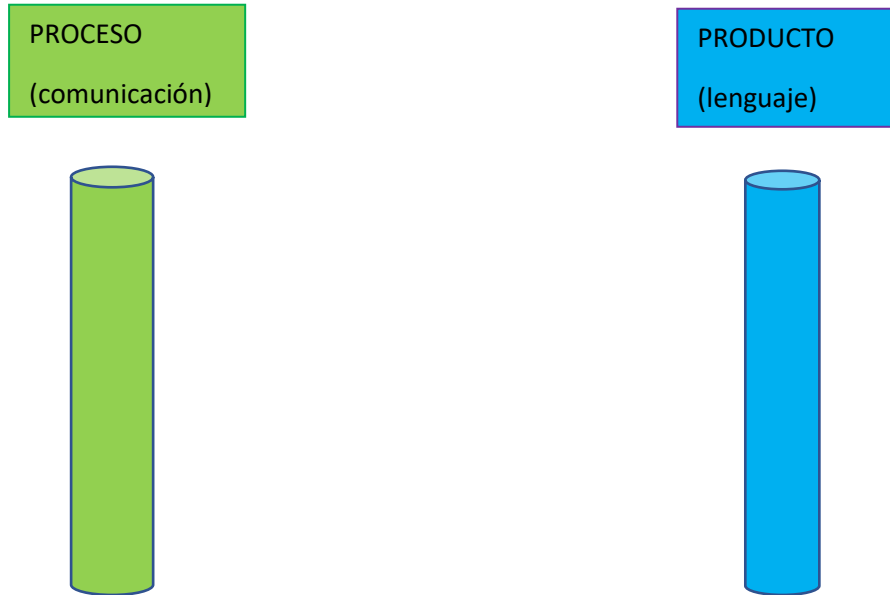


Imagen 1: Comunicación equilibrada
Fuente: Gutiérrez Hernández y Sanz Vicario, 2010: 32.

Una persona que es sordomuda tiene comunicación, pero no lenguaje. El proceso está intacto, pero tiene dificultades para acceder al lenguaje.

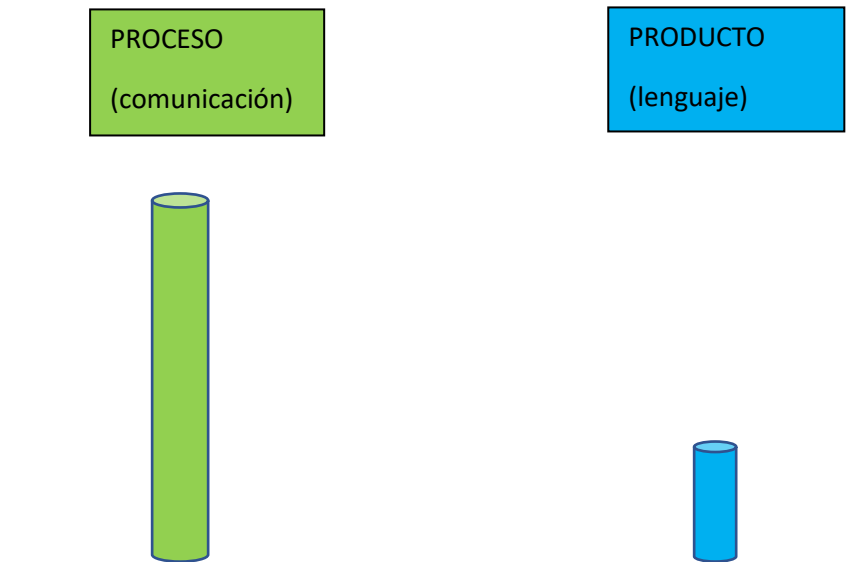


Imagen 2: Comunicación sin lenguaje
Fuente: Gutiérrez Hernández y Sanz Vicario, 2010: 33

Puede suceder al revés, es decir, poca comunicación y mucho lenguaje como el caso de un síndrome de Asperger.

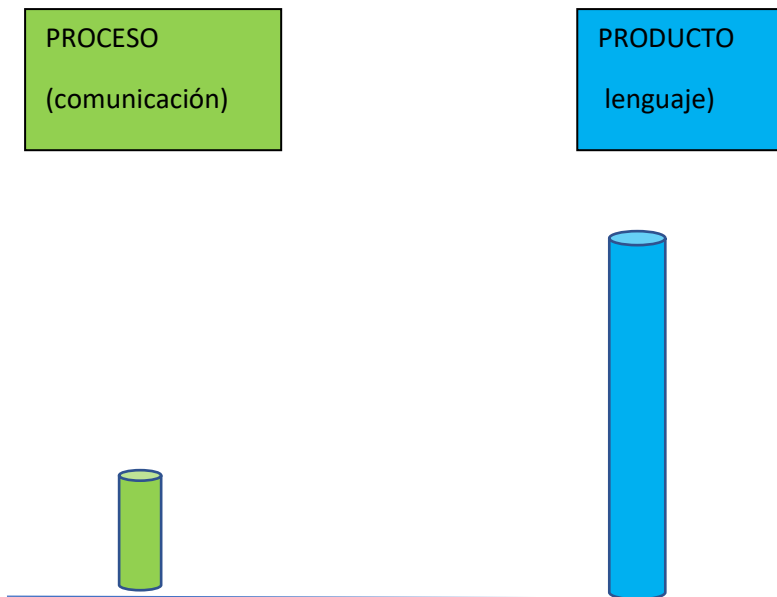


Imagen 3: Lenguaje sin comunicación
Fuente: Gutiérrez Hernández y Sanz Vicario, 2010: 34

Un último caso sería que la comunicación y lenguaje apenas persistieran, este sería el caso típico de un TEA grave.

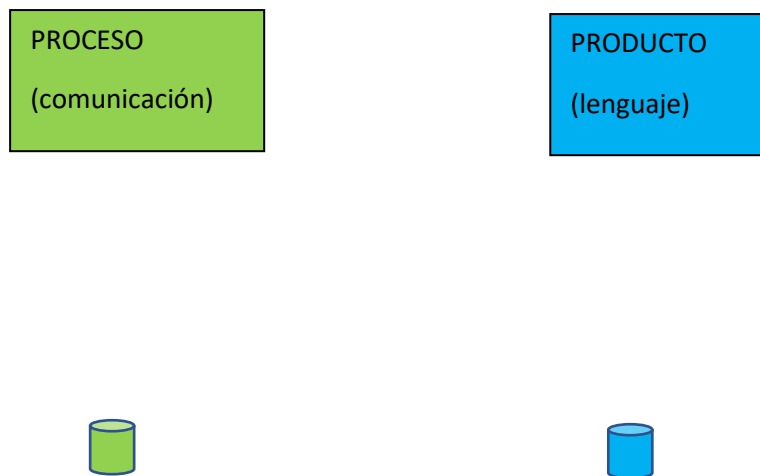


Imagen 4: Ausencia de comunicación y lenguaje
Fuente: Gutiérrez. Hernández y Sanz Vicario, 2010: 35

La comunicación tiene una tríada de componentes que son:

- Estructura; es decir la forma en la que nos comunicamos. Por ejemplo, mediante gestos, sonidos...

- Semántico; es decir el contenido de las palabras, oraciones... Por ejemplo, construir una oración.
- Pragmático; es decir el uso del significado de lo que expresamos. Por ejemplo, si digo a una persona que hay pescado sobre la mesa; sus usos serían: guardar el pescado en la nevera, comer el pescado o se ha estropeado la nevera.

Estos componentes, se pueden ver alterados en una persona que presenta discapacidades. En una persona autista, los componentes que están afectados serían los tres dependiendo del grado de autismo que tenga la persona.

Funciones comunicativas (para qué y por qué comunicar)	Contenidos comunicativos y situaciones de uso (que comunicar: sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el entorno/momento)	Formas e instrumentos (cómo y con qué comunicar)
- Expresar necesidades vitales y deseos - Demandar ayuda - Protestar / rechazar - Mostrar placer, excitación, sorpresa - Reclamar continuación - Señalar/llamar - Sí y no - Pedir - Localizar personas y objetos presentes o ausentes - Denominar - Describir - Preguntar - Informar	- Necesidades básicas: comer, beber, pis, caca, dolor, llanto, mimos, atención, sueño, frío... - Acciones: ven, toma, quiero, trae, lleva, coge, para, se acabó... - Normas de intercambio social: hola, adiós, gracias, prestar atención, aplauso, aguardar turno... - Vocabulario básico de las rutinas	- Formas naturales de comunicación: mirada selectiva, señalizaciones, verbalizaciones, gestos espontáneos... - Gestos Schaeffer - Fotografías - Pictogramas S.P.C - Palabras

TABLA 3: “Cuadro resumen de la comunicación”

3.2 Evolución en un niño con desarrollo típico

Debemos conocer en un primer lugar cuál es el desarrollo de la comunicación típico de un niño. Para ello, expondré un cuadro en el cual observaremos la evolución de la niñez hasta los 3 años (Ramón Alonso, 2009: 28):

EDAD	COMUNICACIÓN
0-3 Meses	Hace sonidos y sonríe a su madre.
3-6 meses	Gira la cabeza hacia sonidos o voces, comienza a balbucear, imita sonidos y tienen diferentes llantos.
6-9 meses	Hace silabas sin sentido, usa su voz para atraer la atención y realiza sus primeros gestos.
9-12 meses	Se despide con la mano, se para cuándo se le niega algo, imita palabras nuevas y usa gestos para pedir y compartir gustos.
12-18 meses	Mueve la cabeza para decir no, comienzo de usar palabras y sigue órdenes o instrucciones sencillas.
18-24 meses	Usa dos palabras para describir acciones y se reconoce así mismo por su nombre.
24-36 meses	Se une a canciones y ritmos, uso de tres palabras para una frase, uso de pronombres sencillos y sigue dos instrucciones a la vez.

TABLA 4: Desarrollo de la comunicación típico
Fuente: Ramón Alonso, (2009: 28)

3.3 Características comunicativas de los TEA

Tras ver cómo es el desarrollo típico de un niño, pasaremos a ver cuáles son las características comunicativas de un niño autista. Las peculiaridades son las siguientes (Ramón Alonso, 2009: 21 y Artigas, (1999: 2-3):

- Dificultades con la comunicación verbal y no verbal: hay un rasgo amplio entre los niños con autismo, desde los que desarrollan el lenguaje normalmente o incluso precoz, hasta aquellos que no llegan a hablar

nunca. También hay niños que usan el lenguaje para pedir cosas básicas, pero que no progresan para expresar sentimientos y pensamientos. Normalmente, el problema no es que el niño no pueda hablar, sino que tiene problemas para comunicarse. Esto quiere decir que los individuos que no hablan no intentan usar gestos o iniciar acciones para comunicar lo que quieren o sienten.

Los que hablan tienen dificultades para iniciar una conversación, responder apropiadamente o aportar información de su parte. Es primordial, en la mayoría de los casos, enseñar un sistema de comunicación que sustituya los

- Agnosia auditiva verbal: Es la invalidez para descodificar el lenguaje recibido por vía auditiva y no se ayuda con un esfuerzo para comunicarse mediante elementos no verbales (dibujos, gestos y entre otros).⁵
- Síndrome fonológico-sintáctico: pobreza semántica y gramatical acompañada de una vocalización deficiente.
- Síndrome léxico-sintáctico: es la incapacidad de recordar la palabra adecuada al concepto o a la idea.
- Trastorno semántico-pragmático del lenguaje: es la alteración del uso social o comunicativo del lenguaje. Los aspectos del lenguaje que pueden estar alterados son los siguientes:
 - Turno de la palabra: en una conversación, mientras uno habla el otro escucha y viceversa y, si no es así, la comunicación queda muy limitada.
 - Inicios de conversación: para comenzar una conversación necesitamos ciertas habilidades lingüísticas y saber qué se quiere decir y cómo se puede decir.
 - Lenguaje figurado: Cuando estamos dialogando, nuestras frases están llenas de dobles sentidos, significados implícitos, formas de cortesía, metáforas, giros gramaticales... que reglamentan el uso social del lenguaje.

⁵ Recuperado de: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/discapacidades/desarrollo-cognitivo/autismo>

- Clarificaciones: para tener una buena comprensión de la conversación debemos: de repetir frases con distintos giros, repetir ideas y conceptos de manera distinta.
- Mutismo selectivo: los niños que padecen esta alteración pueden hablar correctamente, pero en algunas situaciones no utilizan su lenguaje.⁶
- Trastornos de la prosodia: la prosodia se refiere a la entonación y al ritmo que se utiliza en el lenguaje.
- Jerga.
- Retraso en la adquisición del lenguaje.
- Ausencia de la expresión facial o falta de gesticulación.
- Ecolalia: inmediata o retardada.

3.4 Comunicación aumentativa y alternativa

3.4.1 Introducción

Independiente de tener una discapacidad o no en la que se vea afectada la comunicación, todos tenemos derecho a relacionarnos con la sociedad.

El derecho a comunicarse es un derecho humano básico y el medio por el cual todos los demás derechos se llevan a cabo. Todas las personas se comunican. Para que se lleve a cabo plenamente la garantía de los derechos individuales debemos asegurar: que todas las personas tengan un medio de comunicación que les permita la mayor participación posible en el mundo; que las personas puedan comunicarse usando el método elegido por ellas; y que su comunicación sea tenida en cuenta por las demás personas. A nadie debería negársele este derecho por el hecho de habersele diagnosticado una discapacidad concreta

(Declaración de la TASH, adaptada en 1992 y revisada en 2000).

⁶ Recuperado de: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/discapacidades/desarrollo-cognitivo/autismo>

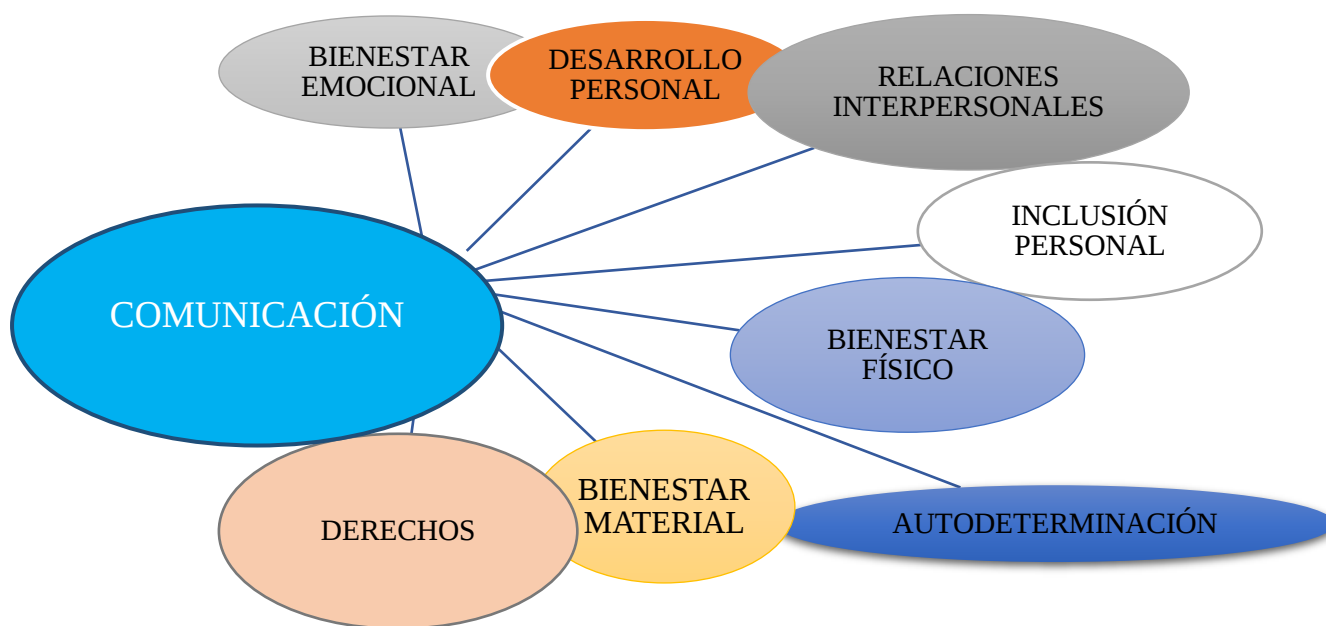


Imagen 5: Comunicación SAACs

Fuente: Gutiérrez Hernández y Sanz Vicario, 2010: 27.

Si una persona no tiene la posibilidad de comunicarse, vemos que su calidad de vida se está deteriorando gravemente a todos los niveles. No podemos acostumbrarnos, ni normalizar, el ver a personas sin posibilidad de acceder a la comunicación, especialmente teniendo en cuenta que contamos con herramientas para facilitarlo.

El lenguaje oral es una de las formas básicas para comunicarnos con el entorno y modificarlo en función de nuestras necesidades y deseos. Si una persona no puede comunicar, no podrá tomar decisiones que afecten a su vida, lo que originará dependencia y aislamiento. Nuestra sociedad está acostumbrada a ver a una persona en silla de ruedas, llevando audífono o gafa, pero quizá no es tan habitual ver a alguien utilizando un sistema de comunicación. Pues bien, cuando una persona tiene dificultades para comunicarse, utiliza un sistema aumentativo o alternativo de comunicación

(Abril Abadín, Delgado Santos y Vigora Cerrato, 2009: 4).

Un autista al tener afectada su comunicación tanto verbal como no verbal necesita de un sistema de comunicación aumentativo y/o alternativo. El uso de este sistema tiene como objetivo favorecer su calidad de vida y sus posibilidades para participar y ser parte de la sociedad.

3.4.2 Definición

Los sistemas alternativos de comunicación:

Son instrumentos de intervención dirigidos a personas con alteraciones diversas de la comunicación y/o lenguaje, y cuyo objetivo es la enseñanza mediante procedimientos específicos de instrucción de un conjunto estructurado de códigos no vocales necesitados o no de soporte físico, los cuales, mediante esos mismos u otros procedimientos específicos de instrucción, permiten funciones de representación y sirven para llevar a cabo actos de comunicación (funcional, espontánea y generalizable), por sí solos, o en conjunción con códigos vocales, o como apoyo parcial a los mismos, o en conjunción con otros códigos no vocales.

(Tamarit Cuadrado,1988: 4).

Nos referimos al sistema alternativo de comunicación cuando el sistema reemplaza totalmente al habla y al sistema aumentativo de comunicación, cuando el sistema completa al habla.

“En definitiva, su objetivo es potenciar la autonomía personal y la calidad de vida y poder participar en la sociedad en igualdad de derechos y oportunidades” (Abril Abadín, Delgado Santos y Vigora Cerrato,2009: 5-7).

3.4.3 Objetivos del SAAC

En lo referente a los objetivos, observamos que son los siguientes:

- Proporcionar un medio de comunicación fijo cuando el habla no llega a ser eficaz.
- Facilitar un medio temporal de comunicación hasta que el habla se reintegre correctamente.
- Proporcionar un medio para beneficiar el desarrollo de la comunicación hablada.

En definitiva, se trata de obtener a través de los SAACs una comunicación funcional. Las técnicas de comunicación son un medio para alcanzar un fin; la comunicación efectiva.

3.4.4 Clasificación

Según LLoyd y Karlan en 1984; diseñaron una clasificación de los SAAC:

- Sistema de comunicación con ayuda: es aquel que no requiere de unos niveles cognitivos previos porque su metodología se adapta a la necesidad del sujeto. Se exige que la persona con TEA precise de motricidad para poder realizar los diferentes signos a la hora de comunicarse. Asimismo, se necesita que por parte del interlocutor conozca los signos para poder comunicarse con el sujeto.
- Sistema de comunicación sin ayuda: son sistemas dirigidos especialmente a niños con graves problemas motrices. A estos niños, este sistema les sirve para dar una respuesta comunicativa, porque se apropia al niño para que pueda signar con sus distintas partes del cuerpo. Sin embargo, el único problema que tienen es que deben llevar siempre consigo mismo esta ayuda para poder comunicarse.

Tanto el sistema de comunicación con ayuda como sin ayuda tienen sus propios sistemas de comunicación que a continuación señalaré:

Sistemas sin ayuda:

- El **Bimodal** es un sistema de comunicación aumentativa sin ayuda en el que se usa tanto el habla como los signos manuales, cuya meta es ayudar a mejorar el desarrollo de la lengua oral.
- **Sistema de comunicación total-habla signada**: es un sistema de comunicación alternativa que está formado por dos componentes. El primero de ellos es el habla signada utilizada por la persona autista que trata de señalar y hablar al mismo tiempo y el otro componente es la

comunicación simultánea que es el que utiliza el interlocutor con el niño TEA. Este último usados códigos a la vez; el habla y los signos.

- **Vocabulario makaton:** es un programa de lenguaje para la comunicación. Se trata de un vocabulario básico y funcional de unas 350 palabras con sus respectivos signos. Se instruye de forma progresiva y secuencial y está organizado en 9 etapas. Cada una de ellas comprende 35-40 palabras nuevas, con un vocabulario preestablecido para cada etapa. Se enseña mezclando el habla y los signos. Aunque si es necesario se puede utilizar los símbolos gráficos.

Sistemas con ayuda:

- **Sistema de comunicación por intercambio de figuras/imágenes (PECs):** es un sistema alternativo/comunicativo de aprendizaje que trata de utilizar tarjetas para comunicarse. El objetivo es que el sujeto señale o le dé al interlocutor el tipo de tarjeta que desea en ese momento. A través de este intercambio de imágenes; el interlocutor puede hacerse una idea de los intereses, motivaciones... del niño.
- **Sistema PIC (pictogram ideogram communication):** Es un sistema de comunicación alternativa o aumentativa que se basa en dibujos blancos delicados que se emplean en un fondo negro y la interpretación está escrita en blanco. El sistema combina símbolos pictográficos e ideográficos. Los primeros están formados por signos gráficos y los segundos están compuestos de dos tipos. El primer tipo serían símbolos que tratan de imágenes significativas y el segundo tipo símbolos que serían representaciones esquemáticas del propio sistema.
- **Sistema spc (picture communication symbols):** Es un sistema de comunicación alternativo-aumentativo fundado en símbolos pictográficos. Estos se integran con algunos signos, con el abecedario, los números y algunas palabras incompletas de símbolo. Cada pictograma lleva la palabra escrita encima, no obstante, en algunos significados abstractos solo aparece la palabra escrita.

- **Sistema bliss:** El Bliss es un sistema de comunicación aumentativo gráfico-visual. Sus gráficos se fundamentan en formas geométricas básicas.
- **Sistema Minspeak:** Es un sistema de comunicación alternativa que está basado en el procesamiento semántico. Da la posibilidad de aplicar a cada significante una variedad de significados en función de las sucesiones de iconos y dibujos.
- **Sistema Picsym (picture symbols):** es un sistema de comunicación alternativa en el cual se utilizan pictogramas que están clasificados en clases semánticas. A estas categorías se les asigna una serie de reglas; tales como: partes del cuerpo, edificios, símbolos de objetos...
- **Sistema C.A.R (Comunicación Aumentativa en la Red):** es un sistema basado en símbolos pictográficos e imágenes reales con el objetivo de ser utilizados en la red.

3.4.5 Uso del SAAC en tecnología

Ambos sistemas pueden emplearse con tecnologías. Esto ha creado una revolución a la hora de beneficiar a los autistas en su proceso de comunicación. Cada vez más personas lo utilizan como un sistema que favorece la comunicación, ya que generan resultados satisfactorios. Los comunicadores digitales son muy ventajosos porque en un solo dispositivo se pueden llevar consigo mismos miles de pictogramas. El uso de estas tecnologías nos dice que “un estupendo apoyo a la hora de potenciar incluso el desarrollo del lenguaje verbal, siendo por tanto una apuesta fantástica para que los niños y niñas con autismo no verbal dispongan de un instrumento que les facilite la comunicación” (*Autismo Diario* 2013: 1).

- Se pueden optar por dos programas; uno es de pago (Piktoplus) y otro gratuito (E-Mintza). Ambos son muy completos, pero existen diferencias entre ambos:

Piktoplus dispone de un sistema de naturalización de lenguaje muy bueno, funciona muy rápido y con un periodo de aprendizaje muy corto, tiene un sistema de agenda personalizable y usa un doble sistema para la creación de tableros. El sistema trae sus propios pictogramas en 3D integrados y además podemos crear personajes personalizados a modo de avatar. Es un producto que tiene actualizaciones y mejoras continuadas. E-Mintza tiene a su favor el ser multiplataforma, el tiempo de aprendizaje es corto, aunque algo más complejo que Piktoplus. Aunque cuando el niño evoluciona en su lenguaje se echa de menos el disponer de un sistema de naturalización del lenguaje, para evitar que el niño desarrolle un lenguaje tipo “Tarzán”. Incluye los pictogramas de ARASAAC, pero se pueden añadir imágenes personalizados (*Autismo Diario*, 2013: 3-4).

3.5 Programas específicos para el autismo

Tras ver los diferentes SAACs, de todos ellos voy a centrarme en los más utilizados en el autismo por su eficacia. Estos son: el Programa de Comunicación Total de Schaeffer y el PECS (Federación Autismo Madrid).

3.5.1 Programa de comunicación total de Schaeffer

El programa de comunicación Total de Schaeffer es un programa de comunicación bimodal creado en 1974, que está destinado al desarrollo de habilidades comunicativas. Se trata de un programa de entrenamiento preciso que tiene como fin el logro de una comunicación espontánea y funcional a través del uso de signos, favoreciendo la emergencia del lenguaje oral como código

comunicativo (Consejería de educación y cultura de la región de Murcia, 2001: 2).⁷

Los objetivos de este programa son los siguientes:

- Ayuda a desarrollar la intención comunicativa.
- Establece un código funcional y abierto.
- Ayuda al desarrollo de las habilidades de representación.
- Ayuda a la adquisición del habla.

Este sistema precisa de una serie de requisitos:

- Potenciar la espontaneidad:
 - Reestructuración de contextos
 - Desvanecimiento de las ayudas
 - Uso del método: entrenamiento incidental del lenguaje
- Afirmar la generalización.
- Añadir objetivos funcionales relevantes.
- Hacer una competencia lingüística.
- Ajustar el nivel actual de desarrollo.

Las características del programa son las siguientes:

- No se precisa de requisitos para comenzar el programa.
- Se emplean dos códigos al mismo tiempo; comunicación oral y los signos.
- Se parte de los intereses y expresiones que manifiesta el sujeto.
- El objetivo es que mejore su sistema de comunicación y no centrarse en cómo se hacen los signos.
- Emplear la espontaneidad, en vez de la imitación y el lenguaje receptivo
- Hacer uso del refuerzo positivo.

Todo programa necesita de una serie de estrategias para que sea efectivo en el entrenamiento de cada sujeto. Estas estrategias son las siguientes:

⁷ *Diccionario de signos para alumnos con necesidades educativas especiales en el área de comunicación.*

- Moldeamiento físico: el sujeto en su entrenamiento durante el programa va a requerir de una ayuda física.
- Aprendizaje sin error: se intenta que el niño no cometa errores.
- Encadenamiento hacia atrás: a la hora de hacer el signo, este se divide por partes para que el apoyo físico pueda completar el movimiento hasta el final.
- Espera estructurada: esta estrategia es la base del desarrollo de la naturalidad, aunque ha de mezclarlo de forma adecuada con la estrategia del aprendizaje sin error.

El programa consta de unas fases para la enseñanza de cada signo en el que se sigue una misma secuencia. Debemos tener en cuenta que hay tres principios que hay que enseñar: la forma de la mano, la posición y el movimiento final. Como he mencionado antes, el signo se trabaja mediante la estrategia de encadenamiento hacia atrás, por lo que la secuencia sería la siguiente:

- **Movimiento final:** mediante la ayuda física, se iguala el movimiento con el silabeo de la palabra.
- **Posición:** para la realización del signo, se deben colocar manos y brazos en correspondencia al cuerpo.
- **Forma de la mano:** es la fase más difícil porque las representaciones de los signos son complicadas y para las personas que no son propensas al contacto físico les es complejo a la hora de reproducir el signo.

3.5.2 Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS)

PECS es un sistema alternativo-aumentativo de la comunicación por el intercambio de imágenes. Este sistema, desarrollado desde 1985 por A. Bondy y L. Frost, está basado en los principios de análisis de conducta aplicado y en el paradigma conductista de Skinner.⁸

⁸ Recuperado de: <https://www.pecs-spain.com/el-sistema-de-comunicacion-por-el-intercambio-de-imagenes-pecs/>

Las características de este sistema son:

- Se enseña la comunicación funcional.
- Se dedica a distintos trastornos y diferentes edades.
- El único requisito es el reforzador.

Los PECS se emplean por varios motivos:

- Aprender a comunicarse con imágenes para lograr la construcción de estructuras gramaticales, relaciones semánticas y funciones comunicativas.
- Trabajar una serie de habilidades pobres de la comunicación. Estas habilidades son: expresivas y comprensivas.
- Ayuda a favorecer la adquisición del lenguaje.

Este sistema cuenta 6 fases, cuyo objetivo es que aprendan a comunicarse de forma autónoma empleando cómo ayuda materiales prácticos en situaciones naturales.

La **primera fase** es cómo comunicarse. Consiste en enseñar al sujeto las reglas para poder comunicarse: acercarse al receptor y dar el mensaje. En esta fase se precisa de dos personas; el receptor comunicativo y un ayudante físico que actuaría como una sombra. La meta de esta fase es que el niño coja un objeto de su propio interés y se lo entregue en mano a su receptor. La estrategia de esta fase es el encadenamiento hacia atrás que tiene como sucesión: coger-alcanzar-dejar.

La **segunda fase** es distancia y persistencia. Consiste en desplazarse hacia un objetivo concreto, ya sea un objeto o su receptor. La meta de esta fase es que el sujeto se dirija a su tabla de comunicación, quite la imagen y se dirige a su receptor para dejarle en su mano la imagen.

La **tercera fase** es la discriminación de imágenes. Consiste en elegir entre varias imágenes. La lección de esta fase es que hay efectos concretos cuando se selecciona una imagen y no la otra. La meta es que el alumno debe elegir de un libro la imagen que corresponda con el objeto interesado entre varias

posibilidades y que se dirija a su receptor para darle la imagen seleccionada. La estrategia de esta fase es el ensayo discreto que se consiste en colocar dos imágenes en el tablero y atraer al alumno con los objetos para que el alumno elija una de las imágenes con el objetivo de que se la dé a su receptor.

La **cuarta fase** es la estructura de la oración, consiste en hacer frases simples de varias palabras. La meta de esta fase es que el sujeto haga una petición utilizando una frase que contenga varias palabras. Para ello, se guiará con imágenes como refuerzo. El sujeto solo debe ordenar las imágenes y entregárselas al receptor. La estrategia para esta fase es el encadenamiento hacia atrás.

La **quinta fase** es responder a “¿qué quieres?”, su meta es que el alumno pida una variedad de objetos y responda “¿qué quieres?”.

La **sexta fase** es comentar, su meta es que el alumno responda a varias preguntas, haga demandas y comentarios de forma natural.

4. Propuesta de intervención

4.1 Introducción

Si nos paramos a pensar en qué instantes del día tenemos actos de comunicación, la respuesta es clara: en todos. Constantemente nos comunicamos con otras personas ya sea hablando, mediante signos, gestos y entre otros. Cómo vemos, la comunicación vive con nosotros a lo largo de nuestra vida. Por ello, cuando una persona es autista, no siempre le podemos dar respuestas a sus necesidades comunicativas.

Si nos imaginamos que en cada ambiente en el que nos movemos habría unas normas diferentes, por ejemplo, en casa te sientas en la silla, pero en tu trabajo las sillas no son para sentarse, sino para ponerse de pie. Al final acabaríamos sin querer hablar con nadie por el esfuerzo que haríamos en cada situación afectando de esta forma a nuestras relaciones sociales y terminando por no tener ganas de comunicarnos. En cambio, si viajamos a otro país donde el idioma es otro; nos produce frustración el no poder hablar ese idioma, pero contamos con la ayuda de unos símbolos/ dibujitos que están por la calle para poder movernos por la ciudad.

Quiero decir con todo esto, que los autistas poseen unas necesidades en torno a la comunicación y la relación social a las que hay que facilitarles brindándoles oportunidades para ello y ofreciéndoles los apoyos necesarios. Estos apoyos deben estar en todos los ambientes en el que se mueve la persona, ya sea colegio, casa, trabajo, entre otros. Para ello es vital que todos estos entornos sean lugares comunicativos, es decir, que se den permanentemente oportunidades de intercambio comunicativo, se dé respuesta a los actos comunicativos y que las personas puedan participar activamente acomodando su entorno.

Es por esta razón la propuesta de intervención dirigida a los TEA. Se trata de ofrecerles un sistema de comunicación para que tengan la oportunidad de poder comunicarse.

4.2 Descripción del caso

El seguimiento que se muestra en esta propuesta de intervención es un supuesto caso irreal. Se trataría de un niño de la edad de 4 años, que está diagnosticado de trastorno de espectro autista. Este niño no ha desarrollado su lenguaje oral y su intención por comunicarse es pobre. Si quiere algo siempre lo intenta por sí mismo y en caso de no poder agarra el brazo a sus padres para llevarlos hacia lo que desea. Cuando no logra que le entiendan tiene fuertes rabietas. Estas rabietas también son frecuentes ante las negativas y en el paso de una actividad a otra, ofreciendo una fuerte resistencia a los cambios. Además, nunca ha utilizado un sistema alternativo/ aumentativo de comunicación.

4.3 Objetivos

Los objetivos que se trabajaran a lo largo de la intervención son los siguientes:

Objetivo general: intervenir en su totalidad en las áreas más afectadas para lograr que el niño tenga un desarrollo general más favorable.

Objetivos específicos del área de comunicación:

- ➔ Dotar al niño de un sistema de comunicación aumentativo y/o alternativo que favorezca:
 - Mejorar las rutinas de sus actividades.
 - Estimular su intención por comunicarse.
 - Adquirir la capacidad de atención y de observación.
 - Adquisición de la imitación gestual.
 - Adquisición del contacto y discriminación visual.
 - Estimular el lenguaje oral.
 - Aprender a aceptar la negación.

4.4 Temporalización

El programa de intervención no tiene una fecha de caducidad, sino que se va adaptando a la progresión del niño. El objetivo es que el niño desarrolle su lenguaje oral, a través de un SAAC y en el caso de no poder adquirirlo que cuente con una herramienta de comunicación a lo largo de su vida.

Respecto al tiempo de cada actividad variará a lo largo de la intervención, empezando con actividades fáciles y siempre adaptadas a las posibilidades y a la evolución del niño.

4.5 Materiales y recursos

Los materiales que se van a utilizar son:

- Objetos reales (anexo 1).
- Pictogramas (anexo 2).
- Tablero de comunicación (anexo 3).
- Fotografías (anexo 4).

Todos estos materiales tendrán que ser preparados de forma personalizada para el niño en función de su entorno, gustos, intereses y entre otros.

4.6 Metodología: PECs y Schaeffer

En esta propuesta se llevarán a cabo dos tipos de programas que como ya he señalado se ha comprobado que son los más eficaces en TEA. Ambos programas se enseñarán de forma independiente, pero a lo largo de la intervención podrán usarse de forma simultánea.

El primer tipo es el programa de comunicación total de Schaeffer y el segundo tipo son los PECS (un sistema alternativo-aumentativo de la comunicación por el intercambio de imágenes).

4.6.1 Programa de comunicación total de Schaeffer

Realizaremos la enseñanza de signos realizando exhaustivamente los pasos que Schaeffer marca en su programa. Como la primera función que hay que enseñar es la expresión de deseos, el punto de partida será buscar algo que al niño le interese mucho. Para ello, contaremos con la colaboración de la familia.



GALLETA

Imagen 6: Galleta
Fuente: Autismo, aula arco iris.⁹

Un primer signo podría ser galleta porque es algo que le gusta mucho, además es específico, no se sacia rápidamente (le podemos dar trocitos) no tenemos que quitárselo, se realiza con una mano e implica contacto corporal.

El niño ante algo que le gusta mucho; como es la galleta intentara alcanzarla. Usaremos el intento de alcance para moldear el signo, siguiendo las pautas de Schaeffer. El niño comprobará y asociará en los repetidos ensayos que realizando este signo obtiene lo que desea.

⁹ Recuperado de: <http://belisando.blogspot.com/2013/04/comunicacion-total-de-benson-schaeffer.html>

Los siguientes posibles signos serían también en torno a comida, golosinas, agua o incluso alguna pequeña actividad hasta ir completando toda la función de expresión de deseos. Cada signo que en colaboración con la familia vayamos eligiendo y poniendo en práctica serán trasladados también al colegio o familiares cercanos para trabajar todos de forma coordinada.

En este programa el desarrollo de las sesiones se llevará a cabo siguiendo exhaustivamente las pautas marcadas por Schaeffer y los tiempos serán los que el niño vaya necesitando en su aprendizaje.

4.6.2 Programa de sistema de comunicación por intercambio de imágenes

Este sistema de intercambio de imágenes a través de actividades cotidianas le servirá al niño para facilitar sus rutinas, para darle información de sus actividades, para elegir sobre algo, para facilitar sus habilidades sociales, para adquirir una rutina, para expresar dolor y sentimientos, para enseñar y establecer normas, para explicarle que puede y no puede hacer, para darle cierta autonomía y entre otros. Todo ello ayudará al niño a integrarse mejor en la sociedad.

4.6.2.1 Ejemplos de trabajo en casa



Imagen 7: casa, colegio y parque
Fuente: Pictosonidos.¹⁰
Blog de comunicación aumentativa alternativa.¹¹

¹⁰ Recuperado de: <https://www.pictosonidos.com/>

¹¹ Recuperado de: <http://caa-educacionespecial.blogspot.com/2015/11/pictogramas-para-el-autoalimentio.html>

Con esto le podemos anticipar al niño cuál será su siguiente actividad, para que le ayude a comprender que es lo que va a suceder después, aprenda a anticiparlo y se sienta tranquilo.

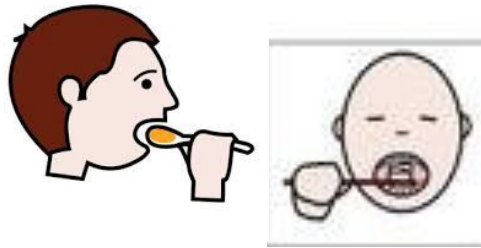


Imagen 8: comer y lavarse los dientes

Fuente: Pinterest.¹²

Gabinete psicodiagnos (Tarragona).¹³

En este caso muy similar al anterior, pero para pequeñas rutinas dentro de casa.

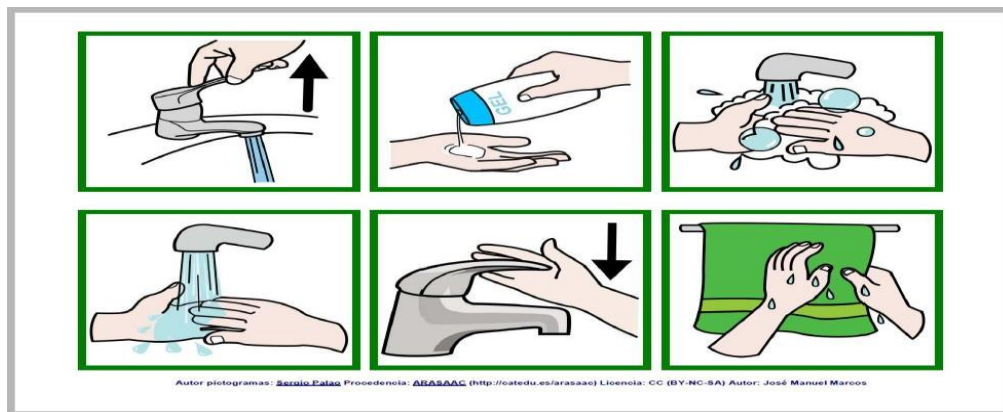


Imagen 9: lavarse las manos

Fuente: Pinterest.¹⁴

En esta viñeta, observamos que es un ejemplo de cómo enseñar una secuencia.

¹² Recuperado de: <https://www.pinterest.es/solestudiantes/autismo/?lp=true>

¹³ Recuperado de:

<https://www.psicodiagnos.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/tgdtratamientoeintervencion/index.php#0000009aea01f717a>

¹⁴ Recuperado de: <https://www.pinterest.es/solestudiantes/autismo/?lp=true>

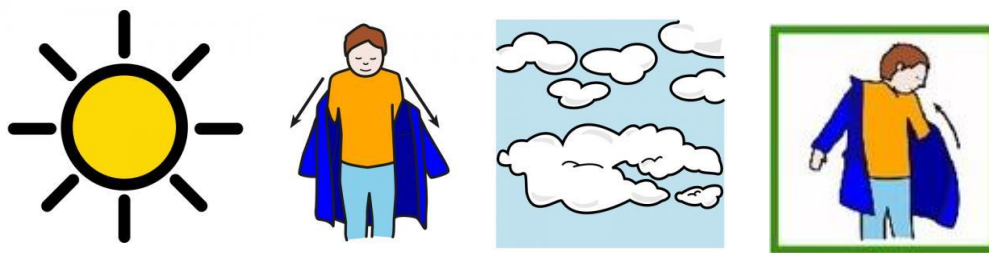


Imagen 10: quitar y ponerse el abrigo
Fuente: ARASAAC (gobierno de Aragón).¹⁵

En este caso, podrá entender en qué momentos debe quitarse o ponerse la ropa.

4.6.2.2 Ejemplos en el colegio

Lo mismo que hemos visto que se puede realizar en casa, también podemos hacerlo en el propio colegio.



Imagen 11: clase, recreo y comedor
Fuente: ARASAAC (gobierno de Aragón).¹⁶

En este caso, podemos ayudar al niño a anticipar su jornada escolar.



Imagen 12: corro y silencio.
Fuente: ARASAAC (gobierno de Aragón).¹⁷

En este caso, el niño comprenderá que cuando están sentados en corro, deberá permanecer el silencio.

¹⁵ Recuperado de: <http://www.arasaac.org/>

¹⁶ Recuperado de: <http://www.arasaac.org/>

¹⁷ Recuperado de: <http://www.arasaac.org/>

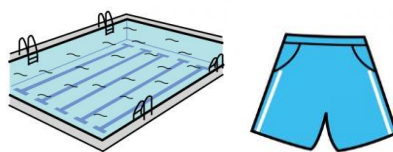


Imagen 13: piscina y bañador

Fuente: ARASAAC (gobierno de Aragón).¹⁸

En este caso, el niño entenderá que cada vez que va a la piscina, debe ponerse el bañador.

A lo largo de la intervención se irán introduciendo nuevos pictogramas adaptados a su momento evolutivo. Algunos ejemplos de momentos posteriores podrían ser estos:

- 1- **Mis rutinas:** mediante una agenda de pictograma estableceremos su día a día de lunes a viernes. Esta actividad sirve para que el niño tenga establecido sus quehaceres y tenga organizado el día.

Objetivo: mirar en su agenda lo que debe realizar sin preguntárselo a nadie.

Mañana	Levantarse	Vestirse	Desayunar	Lavarse los dientes	Coger autobús para el colegio
Tarde	Merendar	Jugar en el parque	Deberes	ducha/bañera	Poner pijama
Noche	Cenar	Lavarse los dientes	Cama		

Tabla 5: Las rutinas

- 2- **Jugando al restaurante:** mediante un tablero con imágenes de comida, el profesor hará de camarero y el niño tendrá que elegir que comida prefiere.

Objetivo: discriminar entre diferentes alimentos y ser capaz de coger el alimento que se pide

¹⁸ Recuperado de: <http://www.arasaac.org/>

- 3- **¿Qué puedo y no puedo hacer?** Mediante unas tiras, le mostraremos al niño diferentes lugares que de su entorno; como colegio, casa, dentista, medico, supermercado... que es lo que puede hacer y no puede hacer.

Un ejemplo sería: el dentista.

En esta actividad el profesor le explica el lugar donde está y retira todas las tiras y las mezcla. El niño cogerá cada tira y tendrá que pegarla en puedo hacer o no puedo hacer.

Objetivo: reconocer que puede y no puede en sus entornos más rutinarios.

PUEDO	NO PUEDO
Estar en silencio	Correr
Esperar sentado	Gritar
	Molestar
	Rabieta

Tabla 6: ¿qué puedo y no puedo hacer?

- 4- **Jugando a ser médicos:** mediante un tablero con imágenes del cuerpo humano, el profesor hará de médico y el niño de paciente. El profesor le preguntará que le duele y el niño señalará en su tablero que parte de su cuerpo le duele. Después, el profesor señalará esa parte de su cuerpo en el mismo y el niño tendrá que imitarle. Así entenderá que de esta forma es como se expresa los dolores. También, el profesor puede tocarse una parte del cuerpo y el niño tiene que despegar del tablero esa parte del cuerpo y dársela.

Objetivo: reconocer las diferentes partes del cuerpo.



Imagen 14: partes del cuerpo
Fuente: Pinterest.¹⁹

5- **Soy actor:** para saber lo que siente el niño, le crearemos un pequeño tablero que se le colgará en la pared. Tendrá las emociones básicas. Con ello, conseguiremos saber si el niño le sucede algo o no. Con este tablero, jugaremos con el niño a que imite estas emociones para que identifique, exprese y maneje adecuadamente sus emociones.

Objetivos: saber expresar sus sentimientos, i dentificar las diferentes emociones y saber imitar las emociones



JOSE ESTA CONTENTO



JOSE ESTA TRISTE



JOSE ESTA ASUSTADO



JOSE ESTA ENFADADO



JOSE ESTA SORPRENDIDO

¹⁹ Recuperado de: <https://www.pinterest.es/pin/116249234111244807/>

7- **Bingo:** A medida, que el niño vaya adquiriendo vocabulario y vaya comprendiendo las palabras; se le podrá ir introduciendo tableros en lo que tenga que hacer la acción que le indica. Esta actividad consiste en mostrarle al niño una serie de animales en tarjetas, en las cuales el profesor le hace la onomatopeya para que le ayude a interiorizar mejor. El niño imitará este sonido. Cuando se termina de mostrarle los animales el profesor dirá un animal y él niño hará su onomatopeya y lo señalará en el tablero. Tras hacer esta discriminación de animales, jugarán un bingo. Este pequeño juego le motivará y le ayudará a diferenciar los animales. Esta actividad se puede hacer con frutas, comidas, deportes y muchos más. Esto le favorecerá a introducirse en el juego simbólico. Esta actividad, se podría hacer en la fase 4-5 de este sistema, ya que discriminaría bastantes pictogramas.

Obejtivos: saber imitar los animales y discriminar los diferentes animales

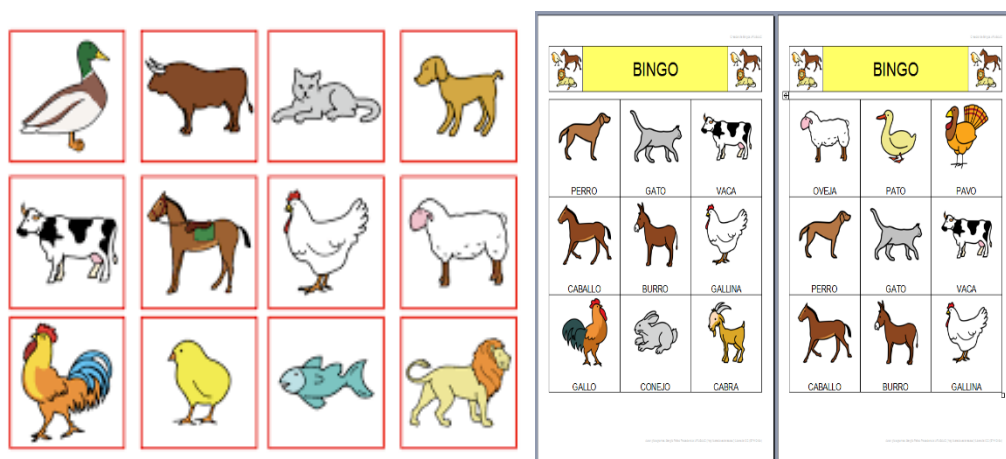


Imagen 17: bingo

Fuente: ARASAAC (gobierno de Aragón).²²
Maestros de audición y lenguaje.²³

²¹ Recuperado de: <https://www.orientacionandujar.es/cuentos-con-pictogramas/>

²² Recuperado de: <http://www.arasaac.org/>

²³ Recuperado de: <https://www.maestrosdeaudicionylenguaje.com/juegos-para-trabajar-las-categorias-semanticas/>

Además, se pueden hacer una serie de actividades en el cual el niño participe más con su familia y se sienta más integrado en ella. Unos ejemplos de ellos serían:

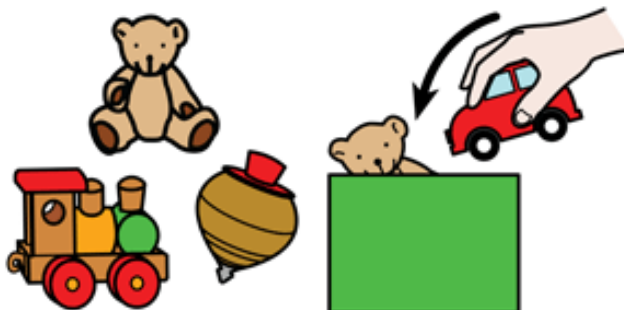


Imagen 18: juguetes y recogerlos.
Fuente: pictotraductor.²⁴

Recogiendo juguetes: El niño aprenderá a ser más organizado y responsable con sus cosas. Al principio de esta actividad será ayudado y motivado por sus padres, para después pasar a que lo haga solo. Tendrá una tira pictográfica pegada en el lugar donde juegue en la casa, como recordatorio de lo que tiene que hacer cuando saca juguetes.

Objetivo: recoger los juguetes cuando acabe de jugar.



Imagen 19: poner la mesa
Fuente: ARASAAC (gobierno de Aragón).²⁵

Soy camarero: el niño pondrá solamente los cubiertos y las servilletas, ya que un plato o vaso se le puede caer. Al principio, los padres le guiarán y le ayudarán en todo momento, hasta que el niño se vea capaz de hacerlo por sí mismo. En la ayuda que se le da al principio es guiarles dónde debe colocar cada objeto en

²⁴ Recuperado de: <https://www.pictotraductor.com/frase/551554/recoger-los-juguetes>

²⁵ Recuperado de: <http://www.arasaac.org/>

la mesa. En la mesa donde comerán tendrá una tira pictográfica en el sitio del niño para que recuerde cómo debe colocar los objetos.

Objetivo: colocar las servilletas y cubiertos en el lugar correcto.

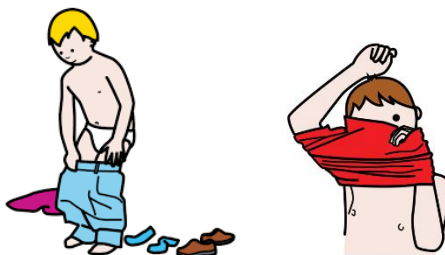


Imagen 20: vestir y desvestirse.

Fuente: ARASAAC (gobierno de Aragón).²⁶

Jugando a vestirme y desvestirme: al principio con ayuda de sus padres, hasta que él mismo sea capaz de hacerlo por sí mismo. Se trata de darle autonomía. Antes de comenzar a ayudarlo a cómo se hace, podemos enseñarle mediante un muñeco, para que vea cómo se hace y el pueda imitarle a medida que se desviste o se viste. Tendrá una pequeña tira pegada en su armario como recordatorio.

Objetivo: ser capaz de vestir y desvestirse él mismo sin ayuda.



Imagen 21: esponja, bañarse, secarse y pijama

Fuente: Slideshare.²⁷

¡Al agua patos! el niño, se bañará con ayuda de su familia, le ayudarán tanto a secarse como a vestirse, hasta que el niño adquiera su autonomía. A medida

²⁶ Recuperado de: <http://www.arasaac.org/>

²⁷ Recuperado de: <https://es.slideshare.net/susibel/la-baera-de-jos>

que el niño crezca, podremos cambiar el pictograma de la bañera por el de la ducha. En la puerta del baño tendrá una tira para recordar que es lo que debe hacer cuando va a bañarse.

Objetivos: ser capaz de enjabonarse por sí mismo, saber secarse solo sin ayuda y ser capaz de vestirse solo.

4.7 Evaluación del niño

El procedimiento de evaluación será continuo. Se llevará a cabo mediante la observación directa de las actividades que se realizarán a lo largo de la intervención, además de la actitud y participación.

En cuanto al instrumento de evaluación que se llevará a cabo en la intervención será la rúbrica, porque permite saber en qué momento de aprendizaje se encuentra el niño. Además, se está valorando más el proceso de aprendizaje y no el resultado.

En la evaluación es preciso tener un registro continuo y realizar con periodicidad reuniones con la familia para informarles de los avances obtenidos, solicitarles información importante y contrastar opiniones.

	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Discrimina diferentes pictogramas			
Es capaz de realizar signos			
Es capaz de comunicarse mediante pictogramas			
Sabe discriminar entre diferentes signos			
Sabe seguir las rutinas			
Tiene intención comunicativa			
Es capaz de producir palabras			
Es capaz de realizar sonidos			
Ha mejorado sus relaciones sociales			
Expresa alguna emoción			

Tabla 7: Evaluación

5. Conclusión

A pesar de los numerosos síntomas y dificultades que presenta el Trastorno del Espectro Autista, son muchos los avances que se van logrando a todos los niveles, de reconocimiento de síntomas, de identificación precoz, de técnicas de diagnóstico... Son también muchas las intervenciones que se han estudiado, puesto en marcha y demostrado útiles para mejorar su calidad de vida. Por suerte continúan las investigaciones para tratar de mejorar sus dificultades afectadas y seguir avanzando aún más en este complicado trastorno.

Gracias a los sistemas de comunicación y/o alternativos de comunicación los niños autistas mejoran considerablemente su comunicación y lenguaje oral y, en consecuencia, también mejoran su bienestar (físico, emocional, interpersonales y otros más), sus derechos, su desarrollo personal y su inclusión personal. Los niños se sienten mucho más integrados en su entorno, tanto educativo, como familiar o social.

Aun así, es mucho el camino que queda por recorrer. Es necesario divulgar a la sociedad este trastorno basándose en la realidad y no en mitos. Para ello sería fundamental concienciar a los organismos de la necesidad de ayudas, coordinar distintos profesionales que trabajan con las personas con TEA, crear un buen clima de colaboración con las familias, informar a los compañeros para que puedan entender qué sucede y/o cómo ayudar... En definitiva, seguir caminando y trabajando día a día en mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

6. Referencias

- Abadín D.A., Delgado Santos C. I. & Vígara Cerratos A., (2010). Comunicación Aumentativa y Alternativa. Guía de referencia Madrid: Ed. CEAPAT. Recuperado de: <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/comunicacionaumentativayalterna.pdf>
- Alonso Peña, J., (2009). Autismo y síndrome de Asperger. Salamanca: Amarú.
- Álvarez I., Camacho I., (2010). Bases genéticas del autismo. *Acta Pediátrica de México*, 31 (1): 22-8. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26213>
- Amodia de la Riva. J. & Andrés Fraile M. (2010). Trastorno de autismo y discapacidad intelectual. Facultad de Educación de la Universidad de Cantabria, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Recuperado de: file:///C:/Users/prueba/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/TRASTORNO%20DE%20AUTISMO%20Y%20DISCAPACI-%20DAD%20INTELECTUAL.pdf
- Artigas-Pallares, J., (1999). El lenguaje en los trastornos autistas. *Revista neurológica*, 28 (2): 109-18. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/99046>
- Asociación americana de personas con grave discapacidad, (adaptada inicialmente en 1992 y revisada en 2000). Declaración de la TASH. Recuperado de: <https://www.yumpu.com/es/document/view/12696981/habla-signada-para-alumnos-no-verbales/11>
- Autismo Diario, (2013). Potenciando la comunicación y el lenguaje gracias a la tecnología. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2013/03/21/potenciando-la-comunicacion-y-el-lenguaje-gracias-a-la-tecnologia/>
- Confederación de autismo de España, (s/f). Trastorno de espectro autista. Recuperado de: <http://www.fespau.es/autismo-tea.html>
- Diccionario de signos para alumnos con necesidades educativas especiales en el área de comunicación / lenguaje. Consejería de educación y cultura de la región de Murcia, 2001. Recuperado de: <http://hablasignada.divertic.org/sistema/1.pdf>
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J.A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazabal-Aletxa, M.A., Ferrari-Arroyo, M.J., et al. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista neurológica*, 41: 299–310. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/2005057>
- Evaluación del autismo y otros aspectos relacionados, (2015). Recuperado de: <https://web.teaediciones.com/TemasDelMes/2015 ABRIL Autismo y otros aspectos.pdf>
- Federación autismo Madrid (s/f). recuperado de: <https://autismomadrid.es/que-es-el-autismo/tratamiento/>

- Filipek P A, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, Gordon B, et al. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. J Autism Dev Disord 29: 439-84. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931781/pdf/ASM-30-295.pdf>
- First. B., (2015). Manual de diagnóstico diferencial American Psychiatric Association. Recuperado de: <http://blancopeck.net/DSM-V%20Espanol.pdf>
- Garrabé de Lara. J., (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. Salud mental, 35 (3): 257-261. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223340010>
- Gómez Villa, M., Díaz Carcelén, I., & Rebollo Martínez, T., (s/f). Recuperado de: https://teleformacion.murciaeduca.es/pluginfile.php/4428/mod_resource/content/1/UNIDAD26.pdf
- Gutiérrez Hernández. E. y Sanz Vicario. T., (2010). Generalización de los sistemas alternativos de comunicación (SSAAC), Gobierno Vasco, Departamento de Educación, Universidades e Investigación. Recuperado de: [file:///C:/Users/prueba/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wek_yb3d8bbwe/TempState/Downloads/microsoft_powerpoint_-_generalizacion_de_los_sistemas_alternativos_de_comunicacion_ssaac%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/prueba/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wek_yb3d8bbwe/TempState/Downloads/microsoft_powerpoint_-_generalizacion_de_los_sistemas_alternativos_de_comunicacion_ssaac%20(1).pdf)
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Libro de Asociación Estadounidense de Psiquiatría, (1994). Recuperado de: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social, (2009). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Recuperado de: <http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/completa/documentos/anexos/anexo09.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (4 de abril del 2017). Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Tamarit, J., (1990). Comunicación y autismo: Claves para un logopeda aventurero, Jornadas de Renovación Logopédica "Ciudad de Plasencia", Equipo CEPRI. Madrid (España). Recuperado de: http://www.asociacionalanda.org/pdf/articulos/autismo_logopeda.pdf
- Tamarit, J., (1989). Uso y abuso de los sistemas alternativos de comunicación. Comunicación, lenguaje y educación, 1(1): 81-94. Recuperado de: 10.1080/02147033.1989.10820868

Vargas Baldares. M^a. y Navas Orozco. W., (2012). Autismo infantil. *Revista Cúpula*, 26 (2): 44-58. Recuperado de:
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art5.pdf>

Webs:

<https://www.autismo.com.es/autismo/etiologia-y-prevalencia-del-trastorno-del-espectro-autista.html>

<https://www.lifeder.com/frases-autismo/>

<https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/discapacidades/desarrollo-cognitivo/autismo>.

<https://www.pecs-spain.com/el-sistema-de-comunicacion-por-el-intercambio-de-imagenes-pecs/>

<http://belisando.blogspot.com/2013/04/comunicacion-total-de-benson-schaeffer.html>

<https://www.pictosonidos.com/>

<https://www.pinterest.es/solestudiantes/autismo/?lp=true>

<https://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/tgdtratamientointervencion/index.php#0000009aea01f717a>

<http://caa-educacionespecial.blogspot.com/2015/11/pictogramas-para-el-autovalimiento.html>

<https://www.pinterest.es/solestudiantes/autismo/?lp=true>

<http://www.arasaac.org/>

<http://recursosdeaudicionylenguaje.blogspot.com/2014/10/cuentos-con-pictogramas-jose-aprende.html>

<https://www.orientacionandujar.es/cuentos-con-pictogramas/>

<https://www.maestrosdeaudicionylenguaje.com/juegos-para-trabajar-las-categorias-semanticas/>

<http://blog.arasaac.org/2012/11/creador-de-bingos-nueva-herramienta.html>

<https://www.pictotraductor.com/frase/454464/ni-o-ni-a-vestirse-ropa-peinarse-pelo-cepillar-ni-o-lavar-los-dientes-dientes-lavar-la-cara-cara-lavar-las-manos-manos-desayuna-leche-comer-lechuga-carne-pescado-postres-cena-ducha-cuerpo-camina-al-colegio-hospital-lava-la-ropa-limar-u-as-secar-el-pelo-mocarse-nariz-quitarse-falda-jersey-pantalón-zapatos-calcetines-ponerse-pijama-doblar-chaqueta-recoger-juguetes-poner-mesa-sentarse>

[file:///C:/Users/prueba/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bwe/TempState/Downloads/Mesa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/prueba/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bwe/TempState/Downloads/Mesa%20(1).pdf)

<https://es.slideshare.net/susibel/la-baera-de-ios>

<http://juegosdeyoga.blogspot.com/2015/02/observacion-de-la-flor.html>

<https://www.batiburrillo.net/mojar-una-galleta-esconde-ciencia/>

<https://www.kalamazoo.es/lapiz-noris-120-hb-normal/cbs/31350.html>

<https://shop.parentalis.com/es/libros/3263-el-guisante-cuento-objeto-cuscusian-s>

<https://autismodiario.org/2015/03/21/autismo-y-pictogramas/>

<https://www.redcenit.com/la-app-que-convierte-la-voz-en-pictogramas-para-personas-con-tea/>

<https://aulaabierta.arasaac.org/materiales-caa-tableros-de-comunicacion>

<http://informaticaparaeducacionespecial.blogspot.com/p/tableros-de-comunicacion.html>

<https://www.vix.com/es/imj/familia/151219/3-consejos-para-que-seas-una-mama-mas-segura-de-ti-misma>

7. Anexos

Objetos reales (anexo 1).



Imagen 22: balón.

Fuente: Con alas de mariposa.²⁸



Imagen 23: galleta.

Fuente: Batiburrillo.²⁹



Imagen 24: lápiz

Fuente: Kalamazoo.³⁰



Imagen 25: cuento

Fuente: Suara.³¹

Pictogramas (anexo 2).

²⁸ Recuperado de: <http://juegosdeyoga.blogspot.com/2015/02/observacion-de-la-flor.html>

²⁹ Recuperado de: <https://www.batiburrillo.net/mojar-una-galleta-esconde-ciencia/>

³⁰ Recuperado de: <https://www.kalamazoo.es/lapiz-noris-120-hb-normal/cbs/31350.html>

³¹ Recuperado de: <https://shop.parentalis.com/es/libros/3263-el-guisante-cuento-objeto-cuscusian-s>



Imagen 26: pictogramas autismo
Fuente: Autismo Diario.³²

 BATA	 BAÑO	 BALÓN	 BASURA	 BAILE
 BESO	 BEBÉ	 BEBER	 BICI	 BOTELLA
 BOTA	 BOLA	 BOCA	 BODA	 BOTÓN
 BOMBÓN	 BOMBA	 BORRA	 BUENO	 BURRO

Imagen 27: pictogramas autismo
Fuente: Red Cenit.³³
Tablero de comunicación (anexo 3).

³² Recuperado de: <https://autismodiario.org/2015/03/21/autismo-y-pictogramas/>

³³ Recuperado de: <https://www.redcenit.com/la-app-que-convierte-la-voz-en-pictogramas-para-personas-con-tea/>

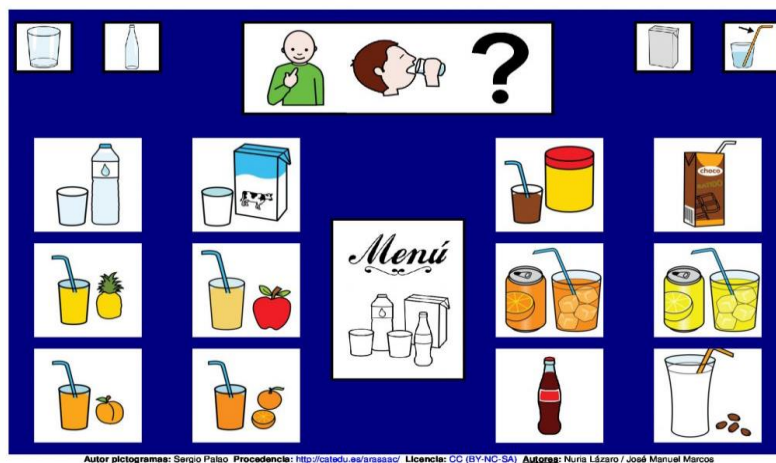


Imagen 28: tablero de comunicación de las bebidas
Fuente: Aula abierta ARASAAC.³⁴



Imagen 29: tablero de comunicación para comer
Fuente: Informática para educación especial.³⁵

Fotografías (anexo 4).

³⁴ Recuperado de: <https://aulaabierta.arasaac.org/materiales-caa-tableros-de-comunicacion>

³⁵ Recuperado de: <http://informaticaparaeducacionespecial.blogspot.com/p/tableros-de-comunicacion.html>



Imagen 30: fotografía madre
Fuente: Vix.³⁶



Imagen 31: fotografía padre
Fuente: Da la nota, los Andes.³⁷



Imagen 32: fotografía niño
Fuente: Depositphotos.³⁸

³⁶ Recuperado de: <https://www.vix.com/es/imj/familia/151219/3-consejos-para-que-seas-una-mama-mas-segura-de-ti-misma>

³⁷ Recuperado de: <https://losandes.com.ar/article/esta-cara-puso-mirko-al-conocer-que-su-papa-es-marley>

³⁸ Recuperado de: <https://mx.depositphotos.com/33409605/stock-photo-happy-young-boy-with-smile.html>