



Facultad de Psicología y Logopedia
Universidad de La Laguna

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Trabajo Fin de Grado de Logopedia

Carmen Ariadna González Guillama

Tutorizado por Víctor Manuel Acosta Rodríguez

Curso Académico 2021-22

Resumen

El trastorno del espectro autista (TEA) es un desorden del neurodesarrollo caracterizado por conductas repetitivas y estereotipadas, deficiencias en la comunicación y las interacciones sociales, incluyendo carencias en la reciprocidad social, en las conductas comunicativas no verbales y en las habilidades para desarrollar, mantener y comprender las relaciones sociales. Por ello es tan relevante la atención temprana de dichos casos para aportar al infante una mayor calidad de vida y autonomía. El objetivo general de este trabajo ha sido confeccionar un plan de intervención temprana para niños de entre cero y seis años que presentan TEA no verbal, a través del modelado y estrategias visuales y gestuales, pero además también se ha elaborado un plan de intervención paralelo para lograr calmar la ansiedad y frustración que se les presenta a las familias. Como objetivo más específico se intentará conseguir intención comunicativa, haciendo hincapié en la comunicación verbal del TEA. Finalmente, se realizaron una serie de observaciones participativas y no participativas por parte del logopeda para comprobar si ha sido eficaz mientras que a los familiares se les realizará un cuestionario de satisfacción para corroborar que también ha sido eficiente.

Palabras clave: atención temprana, trastorno del espectro autista, comunicación no verbal, familia, modelado

Abstract

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterised by repetitive and stereotyped behaviours, deficits in communication and social interactions, including deficits in social reciprocity, in non-verbal communication behaviours and in the skills to develop, maintain and understand social relationships. This is why early attention to such cases is so important in order to provide the user with a better quality of life and greater autonomy. The general objective of this work has been to develop an early intervention plan for children between zero and six years of age with non-verbal ASD, through modelling and visual and gestural strategies, but also a parallel intervention plan has been developed to calm the anxiety and frustration of families. As a more specific objective, we will try to achieve communicative intention, with an emphasis on verbal communication in ASD. Finally, a series of participative and non-participative observations were carried out by the speech therapist to check if it has been effective, while a satisfaction questionnaire will be carried out with the families to corroborate that it has also been efficient.

Keywords: early care, autism spectrum disorder, nonverbal communication, family, modeling.

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es un desorden del neurodesarrollo caracterizado por conductas repetitivas y estereotipadas, deficiencias en la comunicación y las interacciones sociales, incluyendo carencias en la reciprocidad social, en las conductas comunicativas no verbales y en las habilidades para desarrollar, mantener y comprender las relaciones sociales (Sanabria *et al.*, 2022).

Habitualmente, se suele observar alteración de la cognición, disfunción ejecutiva, procesamiento de la información atípico y anómala percepción social. Las personas que sufren esta patología suelen estar afectadas también por otras tales como el déficit atencional y la hiperactividad.

En la actualidad no hay ningún estudio que afirme con certeza la etiología de este trastorno. Como norma general, los problemas aparecen en la primera infancia (entre el nacimiento y los tres años), perduran en mayor o menor grado en la adolescencia y persisten en la edad adulta. Ciertamente es que esta patología tanto a nivel comportamental, de interacción social y alteraciones cognitivas como a nivel intelectual varía notablemente en función de la persona, pero la detección temprana junto con una evaluación interdisciplinar resulta esencial para una rápida intervención y mejora de la persona que sufre el trastorno.

Algunos estudios recientes sobre el TEA han encontrado una tendencia a la mejora de los síntomas y a la adaptación funcional con la edad. También se ha visto que el retraso en el inicio de lenguaje no es una diferencia significativa en la adaptación funcional en la evolución a la edad adulta (Daswani, 2019). Sin embargo, aunque no se cuenta con un tratamiento específico, existen una serie de opciones terapéuticas que permiten mejorar la calidad de vida de estas personas.

La prevalencia de los TEA ha experimentado un aumento exponencial en las últimas décadas. Según la Confederación de Autismo de España, no está claro si este incremento se debe a una mayor precisión de los procedimientos e instrumentos de diagnóstico, a la mejora en el conocimiento y en la formación de los profesionales, o a un aumento real de la incidencia de este tipo de trastorno. La prevalencia del TEA ha ido aumentando con el tiempo, de tal modo que cuando comenzó a estudiarse apenas se diagnosticaron entre cuatro y cinco casos por cada 10.000 nacimientos. Esto se debe a una mezcla de factores, entre los que se encuentran el aumento de la conciencia pública acerca de este trastorno y el cambio en los criterios de diagnóstico. En España no contamos con estudios epidemiológicos actualizados, pero las cifras europeas indican que habría un caso de TEA por cada cien nacimientos. Por su parte, el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), en su informe de

2016, estima una incidencia de TEA en uno de cada 68 nacimientos, de los que apenas una tercera parte sufre discapacidad intelectual. La proporción de género es de cuatro a uno, con una mayor prevalencia en los varones (González *et al.*, 2016).

Etiología

Como bien citamos anteriormente, no hay una clara etiología sobre la naturaleza del TEA, siendo esta compleja y multicausal. Además, se ha demostrado que el TEA es altamente heredable (González *et al.*, 2016).

La hipótesis etiológica de las vacunas ya ha sido desechada. La exposición prenatal a tóxicos, así como la prematuridad y el bajo peso al nacer se han asociado también inconsistentemente con el autismo. El efecto de neurotóxicos como el mercurio se ha investigado igualmente, pero sin resultados claros (González *et al.*, 2016)

Según Rivas *et al.* (2009, pp.107-121), la explicación más acertada sobre la etiología del autismo debe ser considerada desde una predisposición biológica y genética, aunque estas se unirían a un conjunto de factores neuropsicológicos y ambientales que provocarían consecuencias negativas. Los estudios genéticos más recientes identifican alteraciones en siete genes en relación con el TEA, tal y como puede verse en la tabla 1.

Todos estos factores etiológicos y la necesidad que genera la falta de información para poder disminuir dicho trastorno hacen que sigan abiertas muchas líneas de investigación, no solo sobre la etiología sino también acerca de posibles indicadores y marcadores biológicos.

Tabla 1*Genes asociados a las alteraciones del TEA*

Genes	Localización	Función/ alteraciones
SEZ6L	Cromosoma 5 F	Asociado a la transmisión sináptica excitatoria y a la arborización dendrítica
HISPPD1	5q21.1	Implicado en la migración y diferenciación neural
FEZF1	7q31.32	Relacionado con la formación del diencéfalo
SAMD 11	1p36.33	Se expresa en neuronas corticales y las células de Purkinje del cerebelo
CHD8	Cromosoma 14	El CHD8 es dependiente de ATP y remodela la estructura de la cromatina al alterar la posición de los nucleosomas, por lo que funciona como un represor transcripcional, particularmente de genes regulados por beta-catenina. Mutaciones inactivadoras o de pérdida de función del gen CHD8 se han asociado a un subtipo específico de TEA, cuyo fenotipo incluye con frecuencia macrocefalia
ADNP	Cromosoma 20	Codifica una proteína involucrada en la remodelación de la cromatina, la autofagia y la dinámica de los microtúbulos en los sitios de sinapsis y en células gliales. Se encuentra regulado a la alta por el péptido intestinal vasoactivo. Se han descrito mutaciones en el gen ADNP en 10 pacientes con TEA, que además presentan, con

TBR1

Cromosoma 2

frecuencia, hipotonía y dimorfismo cerebral

Codifica una proteína que funciona como factor de transcripción. Se expresa en neuronas de proyección postmitótica del bulbo olfatorio y de la corteza cerebral. Es esencial en la diferenciación de la célula estaminal neuronal y la corteza cerebral

Las alteraciones de este gen se han asociado a enfermedad de Alzheimer y Parkinson. El gen de susceptibilidad a autismo AUTS2 está regulado por TBR1

Fuentes: González *et al.* (2016, p. 385) y Reynoso *et al.* (2017, p. 215)

**Nota: tal como se observa en la tabla 1, el número de genes es siete. Esto se deduce a partir de los trabajos de González et al. (2017), dado que cada uno de ellos reconoce un número de genes distintos.*

Criterios de diagnóstico

En la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V) se introdujeron diferentes cambios con respecto a las versiones anteriores. Se trata de una serie de pruebas cuyo objetivo es aportar a los profesionales la información necesaria para estudiar y tratar los distintos trastornos y diagnosticarlos (APA, 2013). En esta dirección, Daswani *et al.* (2019) señalan los criterios diagnósticos del TEA siguiendo lo establecido por el DSM-V:

A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado:

1. Deficiencias de reciprocidad socioemocional, que pueden presentarse como aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, manifestada por la disminución para compartir intereses o emociones, o como una falta total en la iniciación de la interacción social.

2. Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la interacción social. Abarca desde una baja integración de la comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, o déficit en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual.

3. Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo (además de con los cuidadores). Consiste en dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y hacer amistades, hasta una aparente falta de interés en las personas.

B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en al menos dos de los siguientes puntos:

1. Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva (estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva o frases idiosincrásicas).

2. Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio (rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios).

3. Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea por su intensidad u objeto (fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes).
 4. Hiperreactividad o intereses sensoriales inusuales por aspectos del entorno (aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos).
- C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales excedan las limitadas capacidades.
- D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.

Hemos de hacer hincapié en la enorme heterogeneidad del TEA, por lo que normalmente no se ponen de manifiesto cada uno de los rasgos anteriormente expuestos.

Atención temprana

Cuando hablamos de atención temprana nos referimos a la detección precoz y en intervalos de edad de cero a seis años, en los que evaluar y tratar a los menores y a sus familias cuanto antes constituye el mejor predictor de integración y recuperación funcional o paliativa (Sánchez *et al.*, 2015).

Si se trata de una detección temprana cabe destacar que los signos del trastorno se encuentran muy visibles a medida que avanza la temporalización. Sin embargo, expone Canal *et al.* (2006), que hay una serie de señales que nos pueden guiar hacia un claro diagnóstico mucho antes de los seis años:

- Dificultad para dirigir su mirada en la misma dirección en que mira otra persona.
- No mira hacia donde otros señalan.
- Ausencia de atención conjunta.
- Carencia de gestos comunicativos.
- Escasez de balbuceo.
- Ausencia de palabras.
- Sin sonrisa social.
- Falta de interés por el juego social.
- Escaso interés por otros niños.
- Falta de interés por juguetes.
- No responde a su nombre.

- Escasez de expresiones emocionales.
- Movimientos repetitivos.
- Inexistencia de imitación espontánea.

El diagnóstico en el caso de la atención temprana y, en mayor medida, en los TEA, supone mucho más que el simple hecho de recoger información y describirla. Implica concretar una serie de síntomas u observaciones acerca de comportamientos particulares, analizarlos, interpretarlos y determinar en qué medida constituyen una forma específica de actuación o respuesta en relación con el entorno próximo (Sánchez, 2015).

Mulas *et al.* (2009) afirman que la detección temprana centra la atención de la intervención no solo en el niño sino también en la familia y el entorno en el que se desarrolla. En los centros de educación infantil y atención temprana se trabaja con el niño y su entorno, a través de programas de intervención que se adecuan a las características individuales de cada caso y su familia. La intervención temprana intensiva ha demostrado que puede modificar, al menos en ciertos casos, el mal pronóstico generalmente asociado a estos niños.

Los programas de intervención, aunque existen diferentes aproximaciones según su orientación conceptual, están dirigidos a potenciar las diferentes áreas del desarrollo del niño, fomentando una mayor independencia en las actividades de la vida diaria (Mulas *et al.*, 2010).

Intervención en niños y familias

Como se ha expuesto anteriormente, es necesaria una correcta coordinación entre las familias y los profesionales para que la atención temprana sea mucho más efectiva y eficaz.

Todo programa de intervención debe incluir un contenido curricular, un apoyo intensivo en el entorno de aprendizaje y estrategias para la generalización, unas actividades rutinarias y altamente estructuradas para favorecer la predicción y la anticipación de las tareas, finalmente, un abordaje funcional de los trastornos de conducta a modo de continuidad del programa desde los cursos preescolares hasta la transición a la escuela infantil y primaria e implicación familiar (Muñoz *et al.*, 2006).

Con el objetivo de realizar un plan de intervención adecuado para cada caso, en primer lugar, es necesario que el profesional realice una evaluación a los padres para conocer el historial clínico del niño, de modo que se pueda ahondar en temas más concretos como el desarrollo del lenguaje. Además de esto, la evaluación también servirá para saber si la

intervención logopédica puede estar apoyada por otros profesionales como terapeutas ocupacionales, pedagogos o psicólogos si fuera necesario.

Haciendo referencia a lo citado anteriormente, en este programa deben plantearse unos objetivos realistas en función de las capacidades del sujeto para así desarrollar actividades que, una vez aplicados los criterios de evaluación, puedan determinar si se han cumplido los objetivos propuestos.

Los resultados de una investigación realizada por el Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, en el que participaron 646 familias afectadas, concluyeron que la familia es la primera en detectar el problema y la edad media de sospecha se sitúa alrededor de los 22 meses. Hacia los 26 meses se realiza la primera consulta y a los 52 se obtiene el primer diagnóstico específico. En muchos casos se demora más de un año el primer diagnóstico y se consigue uno final al cabo de dos años y medio de haber comenzado las consultas (Muñoz *et al.*, 2006).

Este no es el único estudio que se ha realizado, sino que hay otro elaborado por Filipek *et al.* (2000), en el que se han obtenido datos similares, pero, a diferencia del anterior, la edad en la que se obtiene un diagnóstico final sería mucho más elevada.

Para poder centrarse en la intervención en las familias es necesario en primer lugar tener en cuenta los modelos existentes, en los que se involucra en mayor o menor medida en la atención al niño. Según García *et al.* (2014, pp.6-27), la clasificación de estos modelos sería la siguiente:

- **Modelo de familia aliada:** los profesionales tienen en cuenta la figura de los familiares como personas capaces para poder intervenir bajo sus directrices, cubriendo así parte de la propia intervención. Sin embargo, las necesidades y los objetivos a lograr siguen bajo el criterio y decisión única del terapeuta.
- **Modelo enfocado a la familia:** la familia tiene un papel más importante, pues es ella la que decide los servicios que quieren obtener por parte del terapeuta, aunque, como en los casos anteriores, es el experto quien oferta dichas opciones. De esta manera, se pretende otorgar cierta independencia a las familias por parte del profesional sin incorporarlas plenamente en las dinámicas de las terapias, usando como medio de actuación sus aptitudes óptimas para la realización del programa.

- **Modelo centrado en la familia:** no existe diferencia alguna entre el profesional y la familia, pues esta pasa de no ser relevante a llevar a cabo un trabajo conjunto y colaborativo. El objetivo principal es el de mejorar y facilitar las habilidades del menor. La intervención se personaliza hasta el punto de diseñar y detectar las necesidades y los objetivos a trabajar en conjunto con la familia.

En virtud de lo expuesto, es posible afirmar que el modelo más completo de los presentados y el que se centra en una metodología más interactiva e inclusiva es el centrado en la familia. En la tabla 2 se exponen una serie de programas centrados en la familia:

Tabla 2*Programas en la etapa prelingüística centrados en las familias*

Programas de intervención	Autor(es)	Definición del programa
<i>Milieu language teaching</i>	Hart y Rogers-Warren en 1978	Es una práctica que consiste en manipular u organizar estímulos en el entorno natural de un niño en edad preescolar para crear un entorno que le anime a participar en un comportamiento específico. Esto se realizará mediante estrategias como la organización del contexto, modelado, la enseñanza incidental y tiempo de demora o time delay.
Programa Hanen: <i>más que palabras</i>	Especialistas en terapia del lenguaje de centro Hanen	Es un programa encargado de dotar a los padres de herramientas para la estimulación del lenguaje en casa.
<i>Early Social Interaction (ESI)</i>	Oficina de Programas de Educación Especial del Departamento de Educación de EE.UU	Proporciona servicios en el hogar y basados en la comunidad a través de dos enfoques de intervención en familias: <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en el hogar implementado por padres y madres. - Grupo de juego implantado por padres.

Fuentes: Calleja *et al.* (2014), Institute of Education Science (2012), Sussman (1995) y Álvarez *et al.* (2018).

**Nota: tal y como se observa, la tabla 2 está realizada a partir de los trabajos de los autores citados, dado que existen diferentes programas de intervención, pero no centrados en etapas prelingüísticas.*

Justificación del programa de intervención

Estos sujetos presentan problemas en la comunicación, sobre todo si se trata de un TEA no verbal. Estos problemas aparecen principalmente por las dificultades en la comprensión y atención. Una vez se encuentra diagnosticado el TEA, es necesario acudir a un centro interdisciplinar en el que se aplique lo más pronto posible un programa de intervención para poder mejorar la calidad de vida y las necesidades del niño, no solo a nivel logopédico sino también, si fuera necesario, pedagógico, terapia ocupacional, psicológico, etc.

Además de esto, es indispensable tener en cuenta la inclusión de la familia en todo el proceso de intervención, ya que una mayor formación de estos facilitará la intervención logopédica. Cuando a los padres se les hace conocedores del diagnóstico de sus hijos, es común que esto les ocasione estrés o ansiedad ante la desinformación y la obligación de dar a sus hijos los cuidados y herramientas necesarias para que en un futuro estos muestren una mayor autonomía. En consecuencia, incluirlos aportándoles la información, las herramientas y el apoyo necesario durante las sesiones hace que se favorezca al máximo posible el desarrollo del niño con TEA.

En virtud de lo expuesto anteriormente y por los motivos explicitados, a continuación, se plantea un plan de intervención para niños que presentan TEA no verbal, con el fin último de mejorar su uso de la comunicación. Asimismo, se pretende que el programa sirva de guía para las familias de los niños con TEA.

Método

Entre los objetivos principales de este programa de intervención se encuentra conseguir que el niño con TEA muestre intención comunicativa, así como otorgar herramientas a los familiares. Además de esto se plantea conseguir comunicación verbal. Dentro de este plan se pretende dotar al niño de herramientas para transmitir información, en primer lugar, mediante gestos tales como *señalar, dame, más, ya está*, etc. Posteriormente se irán introduciendo poco a poco onomatopeyas, junto, por ejemplo, a los nombres de los animales. Los objetivos específicos son conseguir la emisión de las vocales, de modo que posteriormente emita otros fonemas. Eso se hará principalmente con las bilabiales /p/, /m/ o /b/, ya que estos suelen ser de los fonemas iniciales tras conseguir el balbuceo y los sonidos vocálicos.

Este plan de intervención se pretende aplicar en un gabinete preferentemente interdisciplinar, puesto que en muchas ocasiones es necesario aplicar otros tratamientos, por ejemplo, terapia ocupacional, para que el niño acuda a las sesiones lo más regulado posible y sea más sencillo centrar su atención en las actividades. Concretamente, este plan de intervención se realizará en el Centro de Tratamiento Especializado *Ágora*, donde cuentan con un número considerable de niños con TEA no verbales generalmente de entre dos a cinco años.

Los objetivos se pretenden cumplir mediante la repetición por modelado, este es un tipo de aprendizaje que se basa en la imitación de la conducta ejecutada por un modelo, normalmente otra persona. Este proceso sucede de forma cotidiana y puede utilizarse como técnica terapéutica para facilitar la adquisición y la modificación de comportamientos. El término «modelado» tiene un significado similar a los de «imitación», «aprendizaje social», «aprendizaje observacional» y «aprendizaje vicario». Cada uno de estos conceptos hace énfasis en una característica distinta de este tipo de aprendizaje (Torres, 2017).

Cabe señalar que se realizarán dos sesiones semanales de cuarenta y cinco minutos cada una, transcurriendo dos meses y medio hasta que se haga una valoración final, realizando un total de dieciocho sesiones. Con respecto al programa de las familias, se harán sesiones de media hora dos veces por semana durante un mes. Así pues, las fases para la elaboración de los programas son las siguientes:

1. **Entrevista con los familiares:** se pretende conocer información relevante sobre el caso, además de las necesidades de las familias (todo esto aportando las pruebas del diagnóstico si procediera)
2. **Primera evaluación del caso:** se observarán las habilidades que presenta el caso para poder ajustar el programa de intervención si fuera necesario. En el caso del programa de los padres se haría también esta evaluación exponiendo las dudas que tuvieran con respecto al plan.
3. **Implantación de los programas:** ambas sesiones se impartirán simultáneamente para poder incluir en ocasiones a los padres en las sesiones logopédicas al mismo tiempo que se trabaja con el niño o la niña.
4. **Valoración final:** se les facilitará a los padres un cuestionario con el que evalúen su programa y el nivel de aprendizaje adquirido. Con respecto al programa del niño, se conocerá si es efectivo o no en función de los objetivos conseguidos.

Participantes

Este programa de intervención se ha diseñado para aplicarlo en niños y niñas TEA no verbales, lo que supone que no hagan uso de lenguaje oral para comunicarse y probablemente ni siquiera presenten intención comunicativa.

Para poder realizarlo, es indispensable que los niños y niñas se encuentren entre los cero y seis años y, además, carezcan de lenguaje oral. Por ello, muy posiblemente estos no dispongan de las herramientas básicas para mostrar intención comunicativa mediante gestos o fijación de mirada, o probablemente únicamente presenten ecolalia. Por otro lado, el programa dirigido a las familias pretende darles herramientas para trabajar desde casa con el niño, de modo que se afiancen más rápido los conceptos practicados en las sesiones de intervención y también sepan cómo comprender las actitudes del usuario en ciertas ocasiones.

Esta intervención está pensada para desarrollarse en centros logopédicos o en gabinetes interdisciplinares, donde además de poder ofrecer este plan se pueda ayudar al niño desde otros ámbitos que favorezcan la interacción social. La mayor parte de los niños que llegan a estos centros vienen derivados de los colegios, de unidades de pediatría o incluso directamente desde las familias.

Materiales e instrumentos

En primer lugar, se ha elaborado una entrevista que se le realizará a los familiares para conocer las características y las habilidades de cada caso.

Para la realización del programa aprovecharemos materiales de uso cotidiano como pueden ser un bote de pompas de jabón o encajables de animales. Además de esto, se emplearán apilables de colores y de animales. Se utilizarán también libros de onomatopeyas para promover la emisión de manera lúdica de los sonidos de los animales (Trench, 2019), pero también de vehículos (Trench, 2015).

La utilización de alimentos como la popular marca de papas fritas *Gusanitos* o el sirope, que suelen ser de gran interés para los niños, hacen que aparezca lo que se trata de conseguir sin hacer un trabajo monótono y además sin que ellos sean tan conscientes de que están trabajando y no jugando. Por último, se emplearán también canciones de cada una de las vocales (Flor, 2011) que ayudarán a que el niño tenga una primera toma de contacto con la vocal que estemos trabajando, pero también utilizaremos la música para el fonema /b/ (Sánchez, 2013). Además de todo esto, se han creado una serie de materiales de elaboración propia que están incluidos en el anexo.

Finalmente se ha realizado un cuestionario de satisfacción para conocer si ha sido efectivo el programa dirigido a las familias, que consta de diez preguntas y un apartado final para aportar sugerencias.

Desarrollo del plan de intervención

Una vez realizada la primera entrevista con los padres y habiendo obtenido la información necesaria para el ajuste de ambos planes de intervención, se ejecutará una primera evaluación del caso en el que se observará el nivel de comprensión del usuario. Del mismo modo, se hará una evaluación miofuncional por si el problema de emisión tuviera relación con alguna dificultad orofacial. Cabe destacar que si el niño no mirara ante algún sonido fuerte o alguno que pudiera ser de su interés se le pediría a los padres la realización de pruebas auditivas. Ya que la evaluación se realizará en el Centro de Tratamiento Especializado *Ágora* y estos cuentan con convenio con *Afón*, estas pruebas se efectuarán de manera gratuita. En la tabla 3 puede consultarse la relación de objetivos y actividades:

Tabla 3

Actividades y objetivos que se trabajarán en cada sesión

Sesiones	Actividad	Objetivo	Duración
Sesión 1	Juego de pompas de jabón	Conseguir señalar	20 minutos
	Juguete o elemento de interés en un lugar que no esté a su alcance		25 minutos
Sesión 2	Juego de apilables	Obtención de gesto «dame»	25 minutos
	Petición de <i>Gusanitos</i>		20 minutos
Sesión 3	Encajable de animales	Emisión de onomatopeyas de animales	25 minutos
	Juguetes de animales		20 minutos

Sesión 4	Libro de onomatopeyas de animales	Emisión de onomatopeyas de animales	20 minutos
	Apilable de animales		25 minutos
Sesión 5	Puzles de vehículos	Emisión de onomatopeyas de vehículos	25 minutos
	Imanes de vehículos		20 minutos
Sesión 6	Canción de la vocal /a/	Emisión de la vocal /a/	25 minutos
	Aros de colores apilables		20 minutos
Sesión 7	Canción de la vocal /e/	Emisión de la vocal /e/	20 minutos
	Aros de colores apilables		20 minutos
Sesión 8	Canción de la vocal /i/	Emisión de la vocal /i/	20 minutos
	Aros de colores apilables		20 minutos
Sesión 9	Canción de la vocal /o/	Emisión de la vocal /o/	20 minutos
	Aros de colores apilables		20 minutos
Sesión 10	Canción de la vocal /u/	Emisión de la vocal /u/	20 minutos
	Aros de colores apilables		20 minutos
Sesión 11	Canción de todas las vocales	Emisión de todas las vocales	20 minutos
	Panel de las vocales		20 minutos
Sesión 12	Estimulación con el vibrador sensorial orofacial Sensi	Emisión del fonema /m/	20 minutos
	Estimulación con sirope de chocolate		20 minutos

Sesión 13	Folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales de manera individual.	Emisión del fonema /m/ junto a vocales	20 minutos
	Folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales mezclándolas.		20 minutos
Sesión 14	Ejecución del fonema mostrándole el ejemplo.		20 minutos
	Aros en el suelo con el fonema y canción debiéndose quedar encima de uno de ellos	Emisión del fonema /p/	20 minutos
Sesión 15	Folio que contenga la /p/ con cada una de las vocales de manera individual	Emisión del fonema /p/ junto a vocales	20 minutos
	Folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales mezclándolas.		20 minutos
Sesión 16	Estimulación con el vibrador sensorial orofacial Sensi	Emisión del fonema /b/	20 minutos
	Aprende la letra "B" con el Bebé Bruno - El abecedario		20 minutos

Sesión 17	Folios que contengan la /b/ con cada una de las vocales.	Emisión del fonema /b/ junto a vocales	20 minutos
	Folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales mezclándolas.		20 minutos
Sesión 18	Oca con los tres fonemas Bingo	Emisión de los tres fonemas	

Fuente: elaboración propia

**Nota: el desarrollo de las actividades se puede encontrar en el anexo.*

Desarrollo del plan de intervención centrado en la familia

Este plan se encuentra elaborado para emplearlo en sesiones de entre media hora y cuarenta y cinco minutos que se realizan dos veces por semana. Estas se efectuarán durante el primer mes de la intervención del niño o niña.

Tabla 4

Actividades y objetivos de las sesiones familiares

Sesión	Actividad	Duración	Objetivo
Sesión 1	Conocemos el TEA	30 minutos	Conocer las principales características del TEA
Sesión 2	La enseñanza mediante modelado	30 minutos	Conocer cómo enseñar a el niño/a por modelado

Sesión 3	Sesión terapéutica; los padres entrarán a la sesión para observar cómo se trabaja sobre todo la frustración	45 minutos	Aprender a tratar la frustración de su hijo/a
Sesión 4	Involucración en la comunidad del TEA	30 minutos	Erradicar la culpabilidad de la familia
Sesión 5	Respuesta a peticiones del niño/a	30 minutos	Ayudar a responder la mayoría de problemas de comunicación
Sesión 6	Apoyo para introducir un juego simbólico correcto	30 minutos	Proporcionar herramientas para dirigir el juego simbólico
Sesión 7	Sesión terapéutica: los familiares entrarán a la sesión para observar cómo se está enseñando el lenguaje y redirigirlos para hacerlo en casa	45 minutos	Aprender a enseñar el lenguaje de manera similar a las sesiones
Sesión 8	Exposición de dudas y evaluación final	30 minutos	Acabar con las dudas sobre el TEA

Fuente: elaboración propia

Evaluación del programa

La evaluación del programa de intervención del niño se hará a través de la observación del profesional de manera participante durante el avance de las sesiones. El logopeda en este caso irá anotando los avances del niño o la niña a medida que se realiza la intervención en un registro de observación. También se realizará una observación no participante en el domicilio para concretar si los avances que se están produciendo se ven también fuera del contexto clínico, de modo que la intervención no sea algo puntual, sino que se vaya integrando en contextos habituales de interacción y comunicación, logrando su generalización. Este proceso no es evaluativo sino terapéutico, por lo que no se efectuará de manera numérica.

El programa de intervención centrado en la familia será evaluado a través de un cuestionario en el que expresen si han podido aplicar las herramientas aportadas con su hijo en el ámbito familiar. Además, este cuestionario se verá avalado mediante la observación que se realizará en el hogar.

Resultados previstos

Una vez concluido el programa de intervención, es recomendable que se siga trabajando con el caso tanto con las habilidades que se han adquirido como aportando nuevos objetivos para mejorar la calidad de vida y la autonomía del menor. Esto no solo debe seguir haciéndose desde el gabinete, sino que la familia adquiere un papel aún más importante ya que es la que se encarga de mantener y generalizar el proceso.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, R., Franco, V., García, F., García, A.M., Giraldo, L., Montealegre, S., ... y Saldaña, D. (2018) .La intervención en atención temprana en trastorno del espectro autista. *Federación de Autismo de Andalucía*. 1(1), 1-128.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013) *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson.
- Calleja, M., Rodríguez, J., y Luque, M. (2014). La utilidad del procedimiento del Milieu Teaching Mejorado en bebés con severos problemas de comunicación. *Revista de Investigación en Logopedia*, 4(1), 28-47.
- Canal, R., García, P., Touriño, E., Santos, J., Martín, M., Ferrari, M., ...y Posada de la Paz, M. (2006). La detección precoz del autismo. *Intervención psicosocial*, 15(1), 29-47.
- Celis, G., y Ochoa, M. (2022). Trastorno del espectro autista. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65(1), 7-20.
- Daswani, R., Santamaría, M., Lago, B., y Rodríguez, P.(2019). Consideraciones actuales sobre el trastorno del espectro autista. *Canaria pediátrica*, 43(1), 25-30.
- Filipek, P., Accardo, P., Ashwal, S., Baranek, G., Cook, E. y Dawson, G. (2000). Practice parameter: screening and diagnosis of autism. *Neurology*, 55, 468-479.
- Fuentes, P., Lavados, M., Silva, H. y Rojas, D. (2014). DSM-5 nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(1), 1-66.
- García, A., Escorcía, C., Sánchez, M., Orcajada., N. y Hernández, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3), 6-27.
- Gutierrez, K. (2016). Identificación temprana de trastornos del espectro autista. *Acta neurológica colombiana*, 32(3), 238-247.
- Goldstein, H. (2002). Communication Intervention for Children with Autism: A Review of Treatment Efficacy. *J Autism Dev Disord* , 32(5), 373–396.

- González, P., Torralvo, L., Acosta, V., Ramírez, G. y Hernández, S. (2016). Children with Autism Spectrum Disorder have Deficits in Executive Functions. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 33(3), 385-396.
- Gutiérrez, K. (2019). Características tempranas y predictores de la severidad del cuadro clínico en el Trastorno del Espectro Autista. *Revista CES Psicología*, 12(2), 12-25.
- Institute of Education Science (2012). <https://cutt.ly/EGyLBpZ>
- Jessica, H., Davis, B. y Davis, J., (2013) "Increasing Social Interaction Using Prelinguistic Milieu Teaching with Nonverbal School-age Children with Autism." *American Journal of Speech-language Pathology*, 22(3), 489-502.
- Millá M., y Mulas F. (2009) Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista Neurología*, 48 (2), 47-52.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M.G., Etchepareborda, M.C., Abad, L. y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84.
- Muñoz, J., Palau, M., Salvadó, B. y Valls, A. (2006). Autismo: identificación e intervención temprana. *Acta Neurología Colombia*, 22(2), 97-105.
- Reynoso, C., Rangel, MJ.y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222.
- Rivas, R., López, S. y Taboada, E. (2009). Etiología del Autismo: Un Tema a Debate. *Psicología Educativa*, 15(2), 107-121.
- Roselló, B., Berenguer, C. y Baixauli, I. (2018). El funcionamiento adaptativo de niños con trastorno del espectro autista: impacto de los síntomas y de los problemas comportamentales y emocionales. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 247-258.

- Ruiz, P., Posada de la Paz, M. y Hijano, F. (2009) .Trastornos del espectro autista. Detección precoz, herramientas de cribado. *Revista Pediatría Atención Primaria, 11*, 381-397.
- Sampedro, M., González, M., Vélez, V. y Lemos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín Médico Hospital Infantil México, 70(6)*, 456-466.
- Sanabria, B., Gallardo, L., Palma, J. y Calderón, A. (2022). The Pathogenesis of autism spectrum disorder. *Revista Mexicana de Neurociencia, 22(6)*, 248-255.
- Sánchez, M., Martínez, E., Moriana, J., Luque, B., y Alós, F. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa, 21(1)*, 55-63.
- Sussman, F. (1995). *Más que palabras*. Programa Hanen.
- Torres, A. (2017). Modelado: ¿qué es y cuáles son sus tipos en Psicología?. *Psicología y mente*.
- Kharatyan, K., y Hovyan, G. (2021). Proven and Reliable Methods of Early Speech Therapy Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder. *Armenian Journal of Special Education, 3(1)*, 39-48.

ANEXOS

ANEXO 1: PLAN DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS

**Nota: antes de empezar a trabajar se dedicarán cinco minutos a escuchar la canción de la canción de la sesión anterior para reforzar el contenido de la anterior sesión.*

Sesión 1:

Objetivo: obtención del señalado

Actividad 1

Materiales: bote de pompas

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se cogerá un bote de pompas de jabón, que suelen ser de gran interés para los niños y mediante modelado se señalará el objeto, repitiendo el gesto con la mano del niño y a la vez diciendo «pompas»; tras esto rápidamente las abriremos y haremos que salgan. De este modo se le muestra que realizando el gesto obtendrá la respuesta que él quiere. Esto lo repetiremos varias veces para que sea consciente de lo que ocurre si las pide y consigamos que sea capaz de señalarlas.

Además, incluiremos la palabra «más» cuando se acaben de explotar todas las pompas y nos preste atención de nuevo; de este modo también se calma la impulsividad y se respetan los turnos.

Actividad 2

Materiales: juguete o elemento de su interés

Duración estimada: 25 minutos

Procedimiento: se obtendrá un juguete o elemento que sea de gran interés para el usuario y se colocará en un lugar inalcanzable para él. Una vez más, cogeremos la mano del niño, lo haremos señalar y automáticamente le daremos lo que quiere. De este modo no solo se trabajará el señalado sino también los tiempos de espera, ya que es muy probable que al tener un objeto que quiere de manera inalcanzable muestre frustración.

Sesión 2:

Objetivo: obtención del gesto «dame»

Actividad 1

Materiales: apilable de plástico

Duración estimada: 25 minutos

Procedimiento: tras tirar al suelo los apilables, se le dará uno y se le hará el gesto «dame» y se estirará su mano y se cogerá el aro para colocarlo en el apilable. A continuación, se repetirá la acción pero cogiendo el profesional el aro y haciendo el gesto con su mano y dándoselo inmediatamente. Entre aro y aro esperaremos unos segundos a ver si es capaz de hacer el gesto por sí solo; si no es así volveremos a repetirle la acción nosotros con su mano, y finalmente se dejará que los vaya apilando el/ella solo/a. Con esto no solo se trabaja para conseguir el gesto sino también para controlar los tiempos de espera y la frustración.

Actividad 2

Materiales: un paquete de Gusanitos

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se le dará al usuario un premio que sea muy grande para él, en este caso los Gusanitos, se le ofrecerá un poquito para que se lo coma y posteriormente querrá más, por lo que se le hará hacer el gesto «dame» cada vez que nos pida hasta que consigamos que aparezca el gesto.

Sesión 3

Objetivo: emisión de onomatopeyas

Actividad 1

Materiales: encajable de animales

Duración estimada: 25 minutos

Procedimiento: contando hasta tres, tiraremos los encajables a la mesa para captar su atención y se comenzará apartando de él/ella todos los animales. Se irán cogiendo las piezas una a una, emitiendo con cada una de ellas las onomatopeyas pertinentes junto con el signo del animal y su nombre. Se repetirá con cada animal tres veces la onomatopeya, esperando

unos segundos a ver si el niño es capaz de emitirla. Después de esto el niño deberá encajar la pieza, si no le diremos «aquí» señalando el hueco para ver si lo coloca. Con esta actividad además de la producción de la onomatopeya, si se consiguiera, se sabrá si el niño es capaz de comprender correctamente lo que se le pide.

Actividad 2

Materiales: animales de juguetes

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se cogerá la caja con los animales y se le irá mostrando uno a uno emitiendo la onomatopeya, el nombre y el signo de cada uno de ellos esperando unos segundos para que el niño pueda emitir. Finalmente se le dará el animal para que lo observe y coloque en la mesa para que se le dé el siguiente, de modo que también se trabajan los tiempos de espera.

Sesión 4

Objetivo: emisión de onomatopeyas

Actividad 1

Materiales: Libros de onomatopeyas de animales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se procederá a la lectura de unos libros en los que a medida que se avanza van apareciendo animales y el niño deberá ir pulsando los botones del animal que corresponda. Luego se le dirá «ahora tú», de modo que se esperará a ver si emite el fonema.

Actividad 2

Materiales: Apilable de animales

Duración estimada: 25 minutos

Procedimiento: se le irán dando uno a uno los apilables emitiendo la onomatopeya junto con el nombre y el signo; posteriormente esperamos la respuesta del niño.

Sesión 5

Objetivo: emisión de onomatopeyas

Actividad 1

Materiales: puzle de vehículos

Duración estimada: 25 minutos

Procedimiento: contando hasta tres, tiraremos los encajables a la mesa para captar su atención y se comenzará apartando de él/ella todos los vehículos. Se irán cogiendo las piezas una a una emitiendo con cada una de ellas las onomatopeyas pertinentes junto con el signo del vehículo y su nombre. Se repetirá con cada vehículo tres veces la onomatopeya esperando unos segundos a ver si el niño es capaz de emitirla; después de esto, el niño deberá encajar la pieza, si no le diremos «aquí» señalando el hueco para ver si lo coloca.

Actividad 2

Materiales: imanes de vehículos

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se le presenta al usuario una pizarra y se le irán dando imanes de vehículos. El usuario debe repetir una vez se le diga la onomatopeya y posteriormente colocarlo en la pizarra.

Sesión 6

Objetivo: emisión de la vocal /a/

Actividad 1

Materiales: canción de la /a/

Duración estimada: 25 minutos

Procedimiento: se pondrá la canción de la /a/ se cantará y bailará con el/la niño/a varias veces, de modo que le vaya sonando la letra de manera lúdica.

Actividad 2

Materiales: aros de colores apilables

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: el profesional a la cuenta de tres tirará los aros para centrar la atención del niño/a, se comenzará cogiendo el primer aro y poniéndolo delante de la cara el logopeda dirá /a/ en un tono alto y claro. Luego se lo pondrá en la cara de el/la niño/a para ver si la imita y se esperará unos segundos. Finalmente, el usuario lo pondrá en el apilable y repetiremos la acción con el siguiente aro.

Sesión 7

Objetivo: emisión de la vocal /e/

Actividad 1

Materiales: canción de la /e/

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: pondremos la canción de la /e/ se cantará y bailará con el/la niño/a varias veces, de modo que le vaya sonando la letra de manera lúdica.

Actividad 2

Materiales: aros de colores apilables

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: el profesional, a la cuenta de tres, tirará los aros para centrar la atención del niño/a, se comenzará cogiendo el primer aro y poniéndolo delante de la cara el logopeda dirá /e/ en un tono alto y claro. Luego se lo pondrá en la cara de el/la niño/a para ver si la imita y se esperará unos segundos. Finalmente, el usuario lo pondrá en el apilable y repetiremos la acción con el siguiente aro.

Sesión 8

Objetivo: emisión de la vocal /i/

Actividad 1

Materiales: canción de la /i/

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: pondremos la canción de la /i/ se cantará y bailará con el/la niño/a varias veces, de modo que le vaya sonando la letra de manera lúdica.

Actividad 2

Materiales: aros de colores apilables

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: el profesional, a la cuenta de tres, tirará los aros para centrar la atención del niño/a, se comenzará cogiendo el primer aro y poniéndolo delante de la cara el logopeda dirá /i/ en un tono alto y claro. Luego se lo pondrá en la cara de el/la niño/a para ver si la imita y se esperará unos segundos. Finalmente, el usuario lo pondrá en el apilable y repetiremos la acción con el siguiente aro.

Sesión 9

Objetivo: emisión de la vocal /o/

Actividad 1

Materiales: canción de la /o/

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: pondremos la canción de la /o/ y se cantará y bailará con el/la niño/a varias veces, de modo que le vaya sonando la letra de manera lúdica.

Actividad 2

Materiales: aros de colores apilables

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: el profesional, a la cuenta de tres, tirará los aros para centrar la atención del niño/a, se comenzará cogiendo el primer aro y poniéndolo delante de la cara el logopeda dirá /o/ en un todo alto y claro. Luego se lo pondrá en la cara de el/la niño/a para ver si la imita y se esperará unos segundos. Finalmente, el usuario lo pondrá en el apilable y repetiremos la acción con el siguiente aro.

Sesión 10

Objetivo: emisión de la vocal /u/

Actividad 1

Materiales: canción de la /u/

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: pondremos la canción de la /u/ se cantará y bailará con el/la niño/a varias veces, de modo que le vaya sonando la letra de manera lúdica.

Actividad 2

Materiales: aros de colores apilables

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: el profesional, a la cuenta de tres, tirará los aros para centrar la atención del niño/a, se comenzará cogiendo el primer aro y poniéndolo delante de la cara, y el logopeda dirá /u/ en un tono alto y claro. Luego se lo pondrá en la cara el/la niño/a para ver si la imita y se esperará unos segundos. Finalmente, el usuario lo pondrá en el apilable y repetiremos la acción con el siguiente aro.

Sesión 11

Objetivo: emisión de vocales

Actividad 1

Materiales: canción con las vocales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: pondremos la canción de todas las vocales, se cantará y bailará con el/la niño/a, de modo que se observe si las ha integrado todas, repitiéndolas si fuera necesario.

Actividad 2

Materiales: panel de las vocales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se creará un panel en el que aparezca en la parte superior cada una de las vocales, estos paneles se pegarán en la pared y la logopeda dirá por ejemplo: /a/, /a/, /a/ y el/la niño/a deberá repetirlo y poner un punto verde en el panel de la /a/ si lo ha dicho bien y un punto rojo en caso de no hacerlo bien. Con esto no solo se trabajará la emisión de las vocales sino también la discriminación auditiva.

Sesión 12

Objetivo: emisión del fonema /m/

Actividad 1

Materiales: vibrador sensorial orofacial Sensi

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se estimulará la zona bucal con el Sensi sobre todo con los labios cerrados, para promover la vibración propia de los labios al emitir el fonema /m/. Después de cada estimulación se le pedirá que abra la boca emitiendo el fonema /a/.

Actividad 2

Materiales: sirope de chocolate

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se le pondrá en los labios sobre todo en la parte más interior un poco de sirope de chocolate, de modo que tenga que juntar los labios con fuerza para poder cogerlo y luego se le pedirá que produzca la explosión necesaria para emitir el fonema.

Sesión 13

Objetivo: emisión del fonema /m/ junto a vocales

Actividad 1

Materiales: folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: estos folios se pegarán en la pared la profesional irá diciendo /ma/ y el/la niño/a deberá ir a señalar el correspondiente, teniendo que repetir posteriormente lo que ha

dicho la logopeda. Luego se intercambiarán los papeles de modo que sea la niña por habla espontánea quien emita el sonido, aunque con un cierto apoyo visual.

Actividad 2

Materiales: folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: repitiendo el procedimiento del ejercicio anterior, pero esta vez se le dirán palabras, por ejemplo: «mamá», «mimo», «mami», etc. De este modo el/la niño/a debe ir y señalar las dos partes de la palabra, luego se intercambiarán los papeles para que se emita de forma espontánea, aunque presente apoyo visual.

Sesión 14

Objetivo: emisión del fonema /p/

Actividad 1

Materiales:

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se tratará de mostrar al niño en primer lugar la ejecución de la /p/, enseñándole tanto el movimiento de la boca junto a la explosión de aire que se debe producir como apoyándose con el signo de la mano que muestra cuando debe de hacer dicha explosión.

Actividad 2

Materiales: aros y canción

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se pondrá en el suelo aros, algunos contendrán la /p/ y otros no. El/la niño/a deberá bailar al ritmo de la música y cuando esta se pare colocarse rápidamente dentro de un aro, si este contiene el fonema debe repetir cinco veces el fonema /p/.

Sesión 15

Objetivo: emisión del fonema /p/ junto a vocales

Actividad 1

Materiales: folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: estos folios se pegarán en la pared la profesional irá diciendo /pa/ y el/la niño/a deberá ir a señalar el correspondiente, teniendo que repetir posteriormente lo que ha dicho la logopeda. Luego se intercambiarán los papeles de modo que sea el/la niño/a por habla espontánea quien emita el sonido, aunque con un cierto apoyo visual.

Actividad 2

Materiales: folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: repitiendo el procedimiento del ejercicio anterior, pero esta vez se le dirán palabras, por ejemplo: «papá», «pipa», «pipi», etc. De este modo, el/la niño/a debe ir y señalar las dos partes de la palabra, luego se intercambiarán los papeles para que se emita de forma espontánea, aunque presente apoyo visual.

Sesión 16

Objetivo: emisión del fonema /b/

Actividad 1

Materiales: vibrador sensorial orofacial *Sensi*

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se colocará el *Sensi* entre los labios y pidiéndole que no los ponga rígidos lo moveremos hacia arriba y abajo, de manera que se le muestre cómo se ejecuta y lo laxos que debe poner los labios.

Actividad 2

Materiales: Aprende la letra "B" con el video de Youtube *Bebé Bruno - El abecedario*

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se le pondrá este video en la tablet al niño/a haciendo las pausas pertinentes de este para pedirle que repita o mostrarle cómo se hace.

Sesión 17

Objetivo: emisión del fonema /b/ junto a vocales

Actividad 1

Materiales: folios que contengan la /b/ con cada una de las vocales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: estos folios se pegarán en la pared, la profesional irá diciendo /ba/ y el/la niño/a deberá ir a señalar el correspondiente, teniendo que repetir posteriormente lo que ha dicho la logopeda. Luego se intercambiarán los papeles de modo que sea el/la niño/a por habla espontánea quien emita el sonido, aunque con un cierto apoyo visual.

Actividad 2

Materiales: folios que contengan la /m/ con cada una de las vocales

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se repite el procedimiento del ejercicio anterior, pero esta vez se le dirán palabras, por ejemplo: «baba», «bibe», «babi», etc. De este modo, el /la niño/a debe ir y señalar las dos partes de la palabra, luego se intercambiarán los papeles para que se emita de forma espontánea, aunque presente apoyo visual.

Sesión 18

Objetivo: emisión de fonemas /m/, /p/ y /b/

Actividad 1

Materiales: oca con estos fonemas

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se jugará al juego convencional de la oca creado por el profesional y en cada casilla que caiga deberá decir la palabra que le ha tocado.

Actividad 2

Materiales: bingo y ruleta

Duración estimada: 20 minutos

Procedimiento: se le dará vuelta a la ruleta que contendrá fotos de las palabras que contiene el bingo y cada palabra que toque deberá decirlo y poner una ficha en su tablero.

**Notas:*

-Al final de cada actividad se hará el gesto de «se acabó». De este modo se marcará la finalización de rutinas y actividades que son habituales para el niño/a, además de para evitar la frustración ante la terminación de una actividad que quizás no desee acabar.

- Al final de cada actividad el niño deberá recoger el material utilizado.

-Previamente a estas sesiones se realizará una evaluación miofuncional por si el problema de emisión viniera dado por alguna dificultad.

ANEXO 2: ENTREVISTA ATENCIÓN TEMPRANA TEA

Nombre:

Apellido:

Edad:

Nombre de los familiares:

Teléfono de contacto:

ANTECEDENTES RELEVANTES

- 1° ¿Hubo complicaciones durante el embarazo, parto o nacimiento?
- 2° ¿Posee antecedentes familiares con problemas en el lenguaje, el habla o la audición?
- 3° ¿Ha sido atendido en otro centro logopédico?

MUESTRAS DEL LENGUAJE

- 1° ¿Qué indicios han encontrado en su hijo para venir a la consulta?
- 2° ¿Reacciona ante sonidos del entorno?
- 3° ¿Su hijo/a lo mira cuando está hablando con él/ella?
- 4° ¿Su hijo/a emite algún tipo de balbuceo?
- 5° ¿Se comunica con usted por otras maneras que no sea hablar? (muestra intención comunicativa)
- 6° ¿Muestra frustración cuando trata de comunicarse?
- 7° ¿Imita gestos como el saludo, lanzar besos o aplaudir?
- 8° ¿Imita sonido?

COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE

- 1° ¿Responde al nombre cuando usted le llama?
- 2° Cuando le señala algo con el dedo, ¿él/ ella mira en la dirección que usted indica?
- 3° ¿Es capaz de obedecer una orden? Por ejemplo, “dame la camisa”

RELACIONES SOCIALES

- 1° ¿Su hijo/a sonríe cuando usted sonríe a él/ella?
- 2° ¿Le gusta interactuar con adultos conocidos? ¿Y desconocido?
- 3° ¿Le gusta que se le muestre afecto de algún tipo?
- 4° ¿Ríe sin alguna razón obvia?
- 5° ¿En ocasiones parece encontrarse en su propio mundo?

6° ¿Evita la mirada durante la interacción con otras personas?

7° ¿Busca consuelo cuando no está bien?

8° ¿Muestra cambios de humor repentinos? ¿ Presenta rabietas severas?

En caso de tener interacción con otro niños:

9° ¿Juega con otros niños o prefiere jugar solo?

10° ¿Busca la interacción con sus iguales? o por el contrario se relaciona únicamente con personas mayores que él/ella.

11° ¿Le hace daño a otros niños muerde, pega...?

JUEGO CON OBJETOS

1° ¿Juega de manera obsesiva con un solo juguete o por el contrario juega con alguno diferente cada día?

2° ¿Le busca funcionalidad a los juguetes? Por ejemplo, apila las torres o hace los puzles.

3° ¿Presenta un juego repetitivo? ¿ Qué acción realiza con más frecuencia?

4° ¿Juega de manera imaginativa? ¿De qué tipo?

ASPECTOS SENSORIALES

1° ¿Es hipersensible ante sonidos fuertes?

2° ¿Trata de llevarse los objetos a la boca para examinarlos? ¿Y los olfatea?

3° ¿ Le gusta ser tocado o por el contrario se muestra sensible a esto?

4° ¿Muestra interés o por el contrario rechaza ciertas texturas?

5° ¿Tiene especial interés en objetos que giran, luces o su propio movimiento de las manos?

6° ¿Admite diversas texturas y colores en la alimentación?

RUTINAS

1° ¿Es necesario que tenga ciertas rutinas diarias? ¿Muestra disconformidad ante algún cambio en estas?

2° ¿Tiene algún objeto favorito que tenga que llevar siempre consigo?

3° ¿Se siente molesto ante la presencia de alguna mancha en algo que no debiera tenerla?

4° ¿Insiste en ponerse la misma ropa o ir a los mismos lugares continuamente?

OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES:

ANEXO 3: CUESTIONARIO FINAL A LAS FAMILIAS

1º ¿Se encuentra satisfecho ante el trato dado por el profesional?

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Muy satisfecho
- Ns/Nc

En caso negativo, ¿por qué?

.....

2º ¿Cree que ha sido adecuada la manera en la que el logopeda ha abordado el plan de intervención?

- Nada adecuado
- Poco adecuado
- Bastante adecuado
- Ns/Nc

3º ¿En qué medida cree que le ha ayudado el tratamiento en relación a las dificultades que se presentaban en un inicio?

- Hizo que empeorara
- Hizo que se mantuvieran del mismo modo
- Hizo que mejorase un poco
- Hizo que mejorase mucho
- Ns/Nc

4º ¿Cómo se siente una vez acabado el programa?

- Incapaz de satisfacer las necesidades de mi hijo/a
- Del mismo modo que cuando comencé
- Un poco capaz de satisfacer las necesidades de mi hijo/a
- Capaz de satisfacer las necesidades de mi hijo/a
- Ns/Nc

5° ¿Cree que el programa ha aportado la información necesaria para entender los comportamientos de su hijo/a?

- Sí
- No
- No del todo
- Ns/Nc

6° ¿Opina que se le ha dado una atención individualizada y personalizada?

- Si
- No
- No del todo
- Ns/Nc

En caso negativo indica qué cree que se podría mejorar

.....

7° ¿Cree que se le ha aportado la información de manera clara y sencilla?

- Sí
- No
- Tal vez
- Ns/Nc

8° ¿Cómo valoraría usted la organización de la información aportada?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Poco organizada | Algo organizada | Organizada | Bastante organizada | Muy organizada |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

9° ¿Cree que se le ha aportado motivación e incentivo a la participación en el plan de intervención de su hijo/a?

- No aportó nada de motivación y participación
- Aportó muy poca motivación y participación

- Aportó mucha motivación y participación
- Aportó motivación pero no participación
- No aportó motivación pero sí participación

10° En términos generales, ¿en qué medida está satisfecho/a con la respuesta dada desde el servicio?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Poco satisfecho | Algo
satisfecho | Satisfecho | Bastante
satisfecho | Muy
satisfecho |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Finalmente, ¿hay algo que desee añadir? (sugerencias, propuestas de mejora, quejas, etc)

.....
.....

ANEXO 4: ACTIVIDADES DE ELABORACIÓN PROPIA

