



**Facultad de Psicología y Logopedia**

Universidad de La Laguna

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN UN NIÑO CON TEA VERBAL**

**Trabajo Fin de Grado de Logopedia**

**Realizado por: Laura Ariza Salvadó y Nathalie Estévez Ramos**

**Tutorizado por: Víctor Acosta Rodríguez**

**Curso académico 2022-23**

## **Resumen**

El trastorno del espectro autista (TEA), se define como un desorden del neurodesarrollo que afecta a una persona para comunicarse, interactuar socialmente y comportarse de manera adecuada en situaciones sociales. Los síntomas del autismo pueden variar ampliamente en gravedad y tipo, pero suelen incluir problemas para establecer relaciones sociales, patrones de comportamiento repetitivos y una dificultad para comunicarse y comprender el lenguaje. En este trabajo se elabora un programa de intervención temprana centrado en un niño con TEA de 5 años. Los objetivos globales serán establecer una comunicación funcional, mejorar la comprensión verbal, optimizar la capacidad de expresión verbal y desarrollar habilidades sociales básicas. Este propósito se logrará a través de varios objetivos específicos como aumentar la permanencia, mejorar la atención, fomentar el contacto visual, expandir la intención comunicativa, aumentar los tiempos de espera, ampliar el vocabulario, optimizar la emisión del fonema /s/, y perfeccionar la estructuración de frases. Finalmente, se propone el modelo de toma de decisiones para comprobar si el programa de intervención es eficaz y eficiente. Una evaluación cualitativa y procesual que permitirá adaptar y modificar el programa siempre que sea necesario para lograr los objetivos planteados y por ende, la mejora del niño.

*Palabras clave:* comunicación verbal, habilidades comunicativas, interacción social, intervención temprana, Trastorno del Espectro Autista.

## **Abstract**

Autism Spectrum Disorder (ASD), is defined as a neurodevelopmental disorder that affects a person's ability to communicate, socially interact, and behave appropriately in social situations. Symptoms of autism can vary widely in severity and type, but often include difficulties in establishing social relationships, repetitive behavioral patterns, and difficulty in communicating and understanding language. This study develops an early intervention program focused on a 5 year old child with ASD. The overall goals will be to establish functional communication, improve verbal comprehension, optimize verbal expression ability, and develop basic social skills. This will be achieved through several specific objectives, which include increasing stay time, improving attention, encouraging eye contact, improving communicative intention, increasing wait times, increasing vocabulary, optimizing the production of the phoneme /s/, and optimizing sentence structuring. Finally, a decision-making model is proposed to verify if the intervention program is effective and efficient. A qualitative and procedural evaluation will allow the program to be adapted and modified as necessary to achieve the stated goals and thus improve the child's outcomes.

*Keywords:* verbal communication, communication skills, social interaction, early intervention, Autism Spectrum Disorder.

## **Introducción**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es una condición del neurodesarrollo con raíces neurobiológicas que afecta el crecimiento del comportamiento social y la comunicación. Se manifiesta en la primera infancia y se caracteriza por comportamientos e intereses repetitivos y limitados. El TEA presenta una evolución a largo plazo, con niveles variables de afectividad, adaptación funcional y funcionamiento en las áreas de lenguaje y desarrollo intelectual, dependiendo de la situación y etapa evolutiva en la que se encuentre el sujeto (Hervás et al., 2017).

Según el CIE-10 (2000), el TEA se encuadra dentro de un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de la interacción social, de las formas de comunicación y por una estrecha gama de intereses y actividades que son repetitivas, estereotipadas y predecibles. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones.

El TEA en la infancia se distingue del autismo adulto por la presencia de un desarrollo alterado o anormal que aparece antes de los tres años, así como por un tipo particular de funcionamiento anormal en los tres dominios psicopatológicos de la interacción social: conducta, comunicación restringida, repetitiva y estereotipada, y comportamiento. Junto con estos rasgos clínicos distintivos, también se encuentran con frecuencia una variedad de problemas generales, que incluyen fobias, patrones irregulares de alimentación y sueño, rabietas y autolesiones.

## **Etiología**

En la actualidad, es posible determinar una fuerte implicación genética en el origen del TEA, en cambio, no es posible establecer una causa única que explique su aparición. Este trastorno se caracteriza por la presencia de alteraciones cualitativas claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental de la persona, además el trastorno suele ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida, tal y como se recoge en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

En el 70% de los casos, el TEA primario se acompaña de retraso mental y tiene una base genética inespecífica. Afecta principalmente a los hombres. Según la enfermedad subyacente, el pronóstico varía. El autismo secundario o sindromático se observa en determinados trastornos neurológicos, en muchos casos de base genética. La enfermedad de base influye en el pronóstico.

A continuación, se mencionan algunos de los factores que se han investigado en relación con la etiología del autismo:

1. **Genética:** se ha demostrado que existe una fuerte predisposición genética al autismo. Los estudios han encontrado que los hermanos y otros parientes de las personas con autismo tienen más probabilidades de desarrollar el trastorno que la población general. Se han identificado varios genes que pueden estar asociados con el autismo.
2. **Factores ambientales:** se ha investigado una variedad de factores ambientales que podrían estar relacionados con el autismo, como la exposición a ciertas toxinas, infecciones prenatales y postnatales, y otros factores ambientales que pueden afectar el desarrollo cerebral.
3. **Anomalías cerebrales:** se han observado anomalías cerebrales en algunas personas con autismo. Estas anomalías pueden ser estructurales, como el tamaño y la forma de

ciertas regiones del cerebro, o funcionales, como la actividad cerebral en respuesta a ciertos estímulos.

4. Problemas durante el embarazo y el parto: se ha sugerido que ciertos problemas durante el embarazo y el parto, como la falta de oxígeno al cerebro del feto, pueden estar relacionados con el autismo.

En general, la etiología del autismo es compleja y se cree que hay múltiples factores que pueden contribuir al desarrollo del trastorno. A medida que se continúa investigando, es posible que se identifiquen nuevos factores y se comprenda mejor la interacción entre los factores genéticos y ambientales en el desarrollo del autismo (American Psychiatric Association, 2013).

### **Criterios diagnósticos**

A lo largo de las últimas décadas, se han ido modificando y ajustando la conceptualización, la definición y los criterios diagnósticos del TEA. Actualmente, el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), incluye una denominación genérica de TEA y desaparecen los diferentes trastornos del espectro autista incluidos en el DSM IV-TR (trastorno autista, síndrome de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, entre otros), para adquirir una única nomenclatura bajo la denominación trastorno del espectro del autismo (TEA).

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), el TEA se distingue por déficits persistentes en la interacción social y la comunicación que aparecen en una variedad de contextos, manifestados por:

- Las deficiencias en la reciprocidad de las emociones sociales.
- Las deficiencias en las habilidades de comunicación no verbal de la interacción social.

- Las deficiencias en el establecimiento, mantenimiento y comprensión de las relaciones.

Asimismo, las personas con autismo muestran patrones repetitivos y estructurados de comportamiento, intereses o actividades que se pueden observar en dos o más de las siguientes formas:

- Patrones de movimiento, uso de objetos o habla que son estereotipados o repetitivos.
- Persistencia en patrones monótonos, estereotipados o ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
- Intereses inusualmente fuertes o limitados.
- Respuesta excesiva o hiporrespuesta a los estímulos sensoriales o interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno.

En la tabla 1 se presentan los diferentes niveles de gravedad del TEA.

**Tabla 1.**

*Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo.*

<b>Nivel de gravedad</b>	<b>Comunicación social</b>	<b>Comportamientos restringidos y repetitivos</b>
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias severas en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal dan como resultado un funcionamiento gravemente deteriorado, una iniciación muy limitada de las interacciones sociales y respuestas mínimas socialmente abiertas a los demás.	La inflexibilidad comportamental, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos y/o repetitivos interfieren con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas.	La inflexibilidad comportamental, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos y/o repetitivos aparecen con frecuencia.

---

Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda in situ, aunque las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes.	La inflexibilidad comportamental causa interferencia seria con el funcionamiento en una o más circunstancias. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
-----------------------------	--	---

---

Fuente: American Psychiatric Association, 2013.

### **Modelos de intervención**

La teoría de la mente, la teoría de la coherencia central de Frith y la teoría de la función ejecutiva son factores esenciales para el correcto desarrollo de una intervención, pero igual de fundamental, es la manera en la que decidimos abordarla.

Posicionarse a favor de las intervenciones en colaboración de las familias frente a las intervenciones de naturaleza más clínica e individualizada, puede resultar complejo. Por ello, se expondrá la siguiente clasificación en cuanto a modelos de intervención en los que se involucra en mayor o menor medida el papel de las familias frente al del profesional (Espe-sherwindt, 2008; García et al., 2014):

- Modelo centrado en el profesional: Los profesionales son los expertos encargados de identificar las necesidades de los pacientes y sus familias, dejando todo el peso de las terapias bajo su criterio.
- Modelo familia-aliada: Los profesionales tienen en cuenta la figura de los familiares como capaces para poder intervenir bajo sus directrices, cubriendo así parte de la propia intervención. Las necesidades y los objetivos a lograr siguen bajo el criterio y decisión única del terapeuta, pero permite a las familias intervenir.

- Modelo enfocado a la familia: La familia tiene un papel fundamental, ya que son ellos los que deciden los servicios que quieren obtener por parte del logopeda. Pero como en los modelos anteriores, es el experto quien oferta dichas opciones de intervención. Utilizando sus mejores capacidades para la realización del programa como medio de actuación, se pretende dotar a las familias de cierta independencia del profesional sin integrarlas plenamente en la dinámica de las terapias.
- Modelo centrado en la familia: Dado que la familia pasa de no ser importante a trabajar en conjunto y en colaboración como coterapeuta con el experto, no hay distinción entre el profesional y la familia cuyo fin es potenciar y facilitar las capacidades del menor. La intervención se adapta al punto en que diseña e identifica necesidades y metas que se deben cumplir con la familia. Cada participante en esta tríada (el terapeuta, la familia y el niño), se ubica dentro de un contexto individual y adaptable a las circunstancias del entorno. Estas intervenciones pretenden formar a las familias para que sean capaces de generar e identificar las situaciones de aprendizaje más idóneas y adecuadas en su contexto más frecuente con la mayor naturalidad posible. Por todo ello ha surgido la contextualización y la improvisación.

En consecuencia, según las evidencias (Dunst et al., 2007), el modelo centrado en la familia es uno de los más efectivos en las intervenciones por su consistencia e intensidad, los conocimientos y herramientas que brinda a las familias y las ventajas que esto trae para su bienestar, entre otras cosas. Esto es en defensa de una metodología de trabajo inclusiva e interactiva.



## **Atención temprana**

Hablando concretamente de detección precoz y en intervalos de edad de 0 a 6 años, donde la evaluación y tratamiento más temprano de los menores y sus familias constituye el mejor indicador de integración y recuperación funcional o paliativa (Sánchez & Martínez, 2015).

Según Millá y Mulas (2009), la actuación temprana en el TEA es única y personalizada, lo que la diferencia de la intervención en otras alteraciones del desarrollo. Las variables que la distinguen se refieren a las peculiaridades del trastorno: la gran variabilidad de manifestaciones y la posible comorbilidad con otros síndromes.

En este ámbito es el diagnóstico e identificación precoz, debido a que una detección temprana favorece una mejora notable del pronóstico y la evolución posterior de la persona. Según el contexto y la diversidad de síntomas, la edad de diagnóstico suele oscilar entre los 2 y los 3 años y medio (Adelman & Kubiszyn, 2016), sin embargo, según algunos estudios, los primeros signos de una afección pueden reconocerse clínicamente ya en el primer año de vida (Busquets et al., 2018).

Cada niño es único y puede presentar diferentes síntomas, pero alguno de los signos que pueden indicar la presencia de un trastorno del espectro autista incluyen:

- Ausencia de contacto visual o dificultad para mantener el contacto visual.
- Ausencia de respuesta al nombre.
- Dificultades para comunicarse con los demás, como dificultad para iniciar o mantener una conversación.
- Dificultades para entender el lenguaje y la comunicación no verbal, como expresiones faciales y gestos.
- Intereses y comportamientos restringidos o repetitivos, como alineación de objetos o adherencia de rutinas estrictas.

- Sensibilidad extrema a los estímulos sensoriales, como sonidos fuertes o luces brillantes.
- Dificultades para participar en juegos o actividades sociales con otros niños.
- Dificultad para comprender las emociones de los demás y responder adecuadamente a ellas.

Un diagnóstico temprano y una intervención temprana pueden mejorar significativamente los resultados a largo plazo del niño (Ansary, 2020).

El inicio de los tratamientos, es otro de los factores a tener en cuenta en las intervenciones de niños con TEA, siendo lo más prudente una actuación inmediata desde que se tengan las primeras sospechas de diagnóstico.

Desde el servicio de Atención Temprana (AT), se trabajará en la atención a la demanda de los niños con TEA, proporcionando las primeras dosis de estimulación sensorial, cognitiva y comunicativa con el propósito de prevenir futuros agravamientos a nivel intelectual, sensorial o psicomotor, así como la aparición de síntomas secundarios asociados al trastorno como intereses restrictivos, insistencia en rutinas o dificultades graves de socialización (Marín, 2013; Sánchez et al., 2015).

Por ello, la intervención temprana en niños juega un papel fundamental en la prevención de resultados negativos al mismo tiempo que maximiza las oportunidades de desarrollo y aprendizaje (Serrano & Boavida, 2011).

Los programas de intervención temprana para TEA no solo ayudan a los jóvenes a adaptarse a su entorno inmediato, sino que también educan y capacitan a las familias para comprender mejor el trastorno y desarrollar mecanismos de afrontamiento. De hecho, se ha constatado que la formación dada a los padres de niños y niñas con TEA provoca notables mejoras comunicativas en los menores, reduce los síntomas depresivos de la madre y facilita la interacción en el núcleo familiar (Bradshaw & Steiner, 2015).

La necesidad de mejorar la coordinación entre los diversos servicios y recursos involucrados en el cuidado infantil para detectar tempranamente a los niños con posible TEA, parece ser un punto indudable (Boyd & Odom, 2010).

Por lo tanto, la atención temprana juega un papel fundamental en el desarrollo de los niños con TEA. Es imprescindible la colaboración profesional y familiar para cumplir los objetivos de la intervención, dados los efectos potenciales que tiene su participación e implicación activa para la mejora del menor (Bradshaw et al., 2015).

La intervención logopédica mejora la comunicación funcional y el lenguaje social de estos niños, siempre que se empiece en edades tempranas, la intervención debe ser intensa y frecuente. Las personas con TEA necesitan un trabajo individualizado junto con otro más natural.

Entre los programas de atención temprana que han demostrado mejores resultados y que además están respaldados por evidencia empírica son el Mielieu Language Teaching (MLT), y el programa Hanen.

El MLT, está entre los modelos de intervención de corte naturalista (Calleja et al., 2014). Su finalidad es abordar los déficits comunicativos en niños con dificultades cuando el entorno no proporciona la ayuda necesaria para superar dicho déficit (Alper & Kaiser, 1992). En 1978, Hart y Rogers-Warren propusieron por primera vez este procedimiento como modelo de intervención general en el campo del lenguaje y la comunicación en el que las sesiones de intervención no estaban estructuradas. La iniciativa atencional del niño sirvió como base para enseñar la forma y el contenido del lenguaje dentro del contexto natural de los intercambios conversacionales (v.g. el juego).

Las estrategias que incorpora el MLT son:

- Estrategia 1. Organizar el ambiente creando un contexto entre el adulto y el niño, es decir, elegir actividades interesantes para el niño a partir de su actividad espontánea.
- Estrategia 2. Organizar oportunidades naturales para facilitar el lenguaje, observar y responder a todos los intentos de comunicación.
- Estrategia 3. Proporcionar las consecuencias naturales de utilizar el lenguaje, tomar turnos de palabra y dejar tiempo para que el niño se comunique.

Por otra parte, el Programa Hanen, y concretamente la versión para TEA conocida como More Than Words (Sussman, 1999). Tal y como han explicado Arróniz y Bencomo (2018), dicho programa constituye un buen ejemplo de una intervención que valora a la familia como un componente crucial de la intervención. Consiste en un protocolo de intervención temprana cuyo objetivo es dar a los padres las herramientas necesarias para mejorar las habilidades comunicativas de sus hijos. Los padres aprenden cómo transformar las actividades diarias de los menores en oportunidades de enseñanza a través de una combinación de sesiones individuales y grupales (Roberts, 2004).

Numerosos estudios demuestran que los padres de personas con TEA que intervienen en el cuidado de sus hijos obtienen una disminución de los comportamientos disruptivos de los bebés, una mejora en los métodos de crianza y una reducción del estrés. Como resultado, un aumento en el sentido de competencia de los padres (Canal et al., 2014; Girolametto et al., 2007; McConachie et al., 2005).

## **Justificación de la propuesta del programa de intervención**

El programa de intervención está enfocado en el TEA verbal. Estas personas presentan dificultades significativas en la comunicación verbal, lo que puede afectar su capacidad para participar en interacciones sociales, desarrollar relaciones, comprender y expresar sus pensamientos y sentimientos, así como aprender y desempeñarse en la escuela o en el trabajo.

La intervención temprana puede llegar a mejorar significativamente la capacidad para interactuar con otros, y para adaptarse a diferentes situaciones tanto sociales como académicas. Ayuda además a disminuir los comportamientos repetitivos y estereotipados, lo que a su vez puede mejorar la calidad de vida tanto del individuo como de su familia.

Es importante, tener en cuenta la inclusión de la familia en el proceso de la intervención, ya que una mayor formación e implicación familiar fomentará el éxito de la misma. Esto es debido a que cuando los padres poseen la información, las herramientas y el apoyo necesario se refleja en el día a día favoreciendo al máximo el desarrollo del menor con TEA.

En resumen, la intervención en TEA verbal es esencial para mejorar la calidad de vida y la capacidad de adaptación de las personas con TEA y para ayudarlas a desarrollar habilidades de comunicación que les permitan interactuar de manera efectiva en su entorno social y académico.

Por los motivos citados anteriormente, se plantea un plan de intervención para un caso de TEA verbal, con el fin de mejorar su comunicación. Los objetivos generales del presente trabajo son los siguientes:

1. Establecer una comunicación funcional.
2. Mejorar la comprensión verbal.
3. Optimizar la capacidad de expresión verbal.

4. Desarrollar habilidades sociales básicas.

Mientras que también parece oportuno describir de forma más pormenorizada los objetivos específicos:

1. Aumentar la capacidad de permanecer haciendo una actividad.
2. Mejorar la atención.
3. Fomentar el contacto visual.
4. Mejorar la intención comunicativa.
5. Aumentar los tiempos de espera.
6. Incrementar el vocabulario.
7. Optimizar la producción de fonemas.
8. Perfeccionar la estructuración de frases.

## **Método**

### **Participante**

El programa de intervención ha sido diseñado para trabajar con un niño de 5 años diagnosticado de TEA verbal. Para conocer el caso en profundidad se han consultado todos los datos pertinentes contando con su logopeda habitual y su madre, además de realizar una lectura exhaustiva de su informe.

El niño desde septiembre de 2022 acude al Centro de Tratamientos Especializados Ágora Norte donde concurre a sesiones logopédicas de media hora los martes y los jueves. Además, complementa su intervención asistiendo uno de esos días a terapia ocupacional en el mismo centro. Actualmente, se encuentra en 3º de Educación Infantil en un centro educativo ordinario ubicado en La Orotava, donde cuenta con adaptación curricular.

Algunas de las características que presenta son:

- Aleteo.
- Movimientos repetitivos.
- Poca intención comunicativa.
- Déficit de atención.
- Poca permanencia, o sea, se muestra incapaz de permanecer haciendo una actividad o juego durante un tiempo prolongado, ya que inmediatamente quiere cambiar de actividad.
- Intereses restringidos.
- Alteración de la interacción social.
- No mantiene contacto visual.

La intervención está pensada para llevarse a cabo en el ámbito privado, concretamente en el Centro de Tratamientos Especializados Ágora Norte, dentro de su servicio de rehabilitación logopédica, ya que éste cuenta con las características adecuadas para realizar la intervención.

Además, la mayor parte de los niños que llegan a estos servicios de ámbito privado vienen derivados de colegios, de unidades de pediatría o incluso directamente desde las familias.

### **Instrumentos y/o materiales**

Los juguetes y materiales sensoriales se utilizan para estimular los sentidos del niño y fomentar la exploración y el aprendizaje. Pueden incluir juguetes táctiles, visuales, auditivos y olfativos, y pueden ayudar a los niños a desarrollar habilidades motoras finas, percepción visual y habilidades de atención.

En primer lugar, para realizar un adecuado análisis de necesidades del niño y una adecuada evaluación del programa se realizarán los siguientes materiales: entrevistas y un registro observacional.

La entrevista se le aplicará a los padres y a la logopeda que ha intervenido con el niño hasta ahora, puesto que es un instrumento importante de evaluación. Los padres pueden proporcionar información valiosa sobre el desarrollo y el comportamiento del hijo, y la logopeda, nos podrá informar sobre el trabajo realizado hasta ahora, las técnicas y la metodología aplicada y las habilidades comunicativas y sociales del niño.

Para ello utilizaremos la entrevista Social Communication Questionnaire SCQ (Rutter et al., 2003), se trata de una entrevista corta que se utiliza para evaluar el comportamiento social y comunicativo de los niños, centrado en los síntomas del TEA.



El registro observacional, se utilizará con el fin de recabar datos de manera objetiva y detallada sobre el comportamiento, habilidades, actitudes, emociones y reacciones del niño durante el desarrollo de la intervención. La logopeda se hará cargo de realizar el registro observacional en cada una de las sesiones llevadas a cabo.

En segundo lugar, el programa de intervención será llevado a cabo en una consulta del Centro que cuenta con las instalaciones adecuadas para ponerlo en marcha, un consultorio amplio e inmobiliario adecuado (un espejo grande y una silla adecuada para el niño). Además, cuenta con material como los depresores, guantes, folios, colores, y juegos específicos.

En tercer lugar, para las intervenciones se ha optado por actividades dinámicas para favorecer la motivación del niño. Estas actividades en su mayoría son juegos con los que ya cuenta el gabinete, aunque también se plantean actividades de elaboración propia como “el tobogán de los fonemas”.

En cuarto lugar, para realizar una evaluación adecuada del programa y un registro del progreso del niño se utilizan las siguientes herramientas estandarizadas: el Registro fonológico inducido, el CELF-5 y el PEABODY.

## **Desarrollo del programa de intervención**

El programa de intervención diseñado se apoyará principalmente en actividades interactivas para captar el interés del niño el mayor tiempo posible, y por ende su participación con el fin de lograr los objetivos establecidos.

Aunque no se trata de una intervención centrada en la familia, se reconoce la importancia de la misma para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el programa. Por ello, se invitará al padre y a la madre a que asistan a las sesiones como observadores y si es necesario, que intervengan en ella para que aprendan así las técnicas y actividades que utilizamos en las sesiones, y posteriormente, sean capaces de aplicarlas en su día a día con naturalidad. En cambio, si la presencia de los progenitores dificulta el desarrollo de la sesión se les invitará a salir de la consulta, ya que estarían impidiendo el avance de la intervención.

La intervención tiene como objetivos principales establecer una comunicación funcional, mejorar la comprensión verbal, optimizar la capacidad de expresión verbal y desarrollar habilidades sociales, tal y como se ha descrito anteriormente.

El programa de intervención está diseñado para realizarlo de manera individual niño-logopeda. Se estructura en varias sesiones en las que se trabajarán actividades diferentes siguiendo los objetivos específicos de forma progresiva, desde los más básicos hasta los más complejos. Se llevará a cabo durante un total de 5 semanas y contará con 15 sesiones. Para ello, se han diseñado 3 sesiones por semana, con una duración estimada entre 30 y 45 minutos cada una.

Durante la intervención se utilizarán reforzadores sociales cuando el niño realice de forma correcta las actividades para motivarlo a participar y esforzarse. En la tabla 2 pueden verse una síntesis de los principales objetivos y actividades de que consta el programa. Además, en el anexo I, aparecen las actividades desarrolladas y explicadas con detalle, además de los materiales específicos para cada actividad e imágenes representativas.

**Tabla 2.***Actividades y objetivos que se trabajarán cada semana.*

<b>Semanas</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Objetivos</b>
Semana 1	Sesión 1	Juego de pesca. Bienvenido a la frutería.	Aumentar la permanencia y fomentar el contacto visual.
	Sesión 2	¿Qué soy? Cocinando aprendo.	
	Sesión 3	¿Qué soy? Bienvenido a la frutería.	
Semana 2	Sesión 4	Puzzles de madera con animales. Tarjetas de vocabulario.	Ampliar los tiempos de espera y extender el vocabulario.
	Sesión 5	Puzzles de madera con medios de transporte. Tarjetas de vocabulario.	
	Sesión 6	Tarjetas de vocabulario. Puzzles de madera con animales.	
Semana 3	Sesión 7	El depresor nos ayuda. El tobogán de los fonemas.	Mejorar la atención y optimizar la emisión de fonemas.
	Sesión 8	El tobogán de los fonemas. Fonemas y dibujos.	
	Sesión 9	El tobogán de los fonemas. Fonemas y dibujos.	
Semana 4	Sesión 10	Vamos de paseo pi pi pi. La oca.	Aumentar el vocabulario y optimizar la emisión de fonemas.
	Sesión 11	El delicioso bingo. Dime lo que ves.	
	Sesión 12	Dime lo que ves. La oca.	
Semana 5	Sesión 13	¿Dónde vive? ¿Qué ocurre?	Optimizar la estructuración de frases.
	Sesión 14	Animal loto. ¿Qué ha pasado?	
	Sesión 15	Animal loto. ¿Qué ha pasado?	

## **Evaluación del programa**

La evaluación del programa de intervención se realizará siguiendo los criterios del modelo de toma de decisiones CIPP de Stufflebeam (1987), con el fin de comprobar si el programa cumple con los objetivos propuestos durante su aplicación. Se trata de una evaluación cualitativa y procesual, que contempla y tiene presente variables como el contexto, las evaluaciones iniciales y los resultados obtenidos mediante el procedimiento de intervención establecido (Escorza, 1997).

Las herramientas utilizadas para la recogida de la información fueron: la entrevista a los padres del niño, la entrevista a la logopeda que ha intervenido hasta ahora, el registro observacional de cada sesión, el Registro Fonológico Inducido, el PEABODY y el CELF-5.

Las entrevistas dirigidas tanto a los padres como a los logopedas se aplican antes y después de finalizar el programa de intervención, evaluando las necesidades básicas del niño, el contexto y el cumplimiento de tres objetivos: fomentar el contacto visual, mejorar la intención comunicativa y aumentar los tiempos de espera.

En relación al registro observacional, se llevará a cabo por parte de la logopeda, durante todas las sesiones de manera que se obtenga un registro completo de cada una de ellas, evaluando así el cumplimiento de dos objetivos: aumentar la capacidad de permanecer haciendo una actividad y mejorar la atención.

En relación a las tres herramientas estandarizadas, se aplicarán al inicio, a la mitad y al final del programa, cada una evaluando el cumplimiento de objetivos diferentes. Por un lado, el Registro Fonológico Inducido, evalúa si se cumple el objetivo de optimizar la producción de fonemas. Por otro lado, el PEABODY evalúa el cumplimiento del objetivo de incrementar el vocabulario. Y por último, el CELF-5 evalúa si se cumple el objetivo de perfeccionar la estructuración de frases.

Esta evaluación nos permitirá adaptar y modificar el programa siempre que sea necesario para lograr los objetivos planteados y por ende, la mejora del niño. En ella, se evaluará el programa de intervención en su totalidad, desde el análisis de necesidades del menor, el contexto donde se realiza la intervención, la metodología aplicada, el progreso del niño y los resultados obtenidos.

## **Resultados previstos**

Al concluir la implementación de nuestro programa de intervención, se espera el cumplimiento de los objetivos generales, mejorando la comunicación funcional, la comprensión y la expresión verbal, y además, las habilidades sociales.

A su vez, para lograr los objetivos generales se prevé, observar progresos durante todo el desarrollo del programa aumentando la permanencia, la atención, el contacto visual, la intención comunicativa y los tiempos de espera. Además, se espera un aumento del vocabulario, la optimización de la producción de fonemas y mejora de la estructuración de frases.

Todo esto conllevaría a una mejor comunicación del niño, favoreciendo a sus relaciones interpersonales, pues al conseguirse los objetivos propuestos, habremos abierto una puerta a la adquisición de habilidades sociales que le facilitarían al niño no solo la posibilidad de comunicarse adecuadamente con los demás para satisfacer sus necesidades, sino brindándole la posibilidad de que el mundo pueda interactuar con él sin dificultades.

Por otro lado, puede que el programa no cumpla con los objetivos planteados por diversos motivos, destacando principalmente las singularidades del niño, las variables contextuales y el ritmo y/o estilo de vida que pueden llegar a tener su familia, poniendo en riesgo un factor clave para el éxito del programa, la constancia de trabajo en casa.

Una vez finalizado el programa de intervención, se recomienda seguir trabajando las habilidades adquiridas aumentando el nivel de forma progresiva y adaptándolo a las necesidades que vaya presentando el niño, con el fin de minimizar las dificultades existentes en la comunicación del menor.

## Referencias bibliográficas

- Adelman, C., & Kubiszyn, T. (2016). Factors that affect age of identification of children with autism spectrum disorder. *Journal of Early Intervention, 39*(1), 18-32.
- American Psychological Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Ansary, A., Hassan, W., Daghestani, M., Al-Ayadhi, L., & Bacha, A. (2020). Preliminary evaluation of a novel nine-biomarker profile for the prediction of autism spectrum disorder. *PLOS ONE, 15*(1), 1-18.
- Boyd, B., Odom, S., Humphreys, B., & Sam. (2010). Infants and toddlers with autism spectrum disorder: early identification and early intervention. *Journal of Early Intervention, 32*(2), 75-98.
- Busquets, L., Mirabell, J., Muñoz, P., Muriel, N., Español, N., Viloca, L., & Mestres, M. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *Pediatría Integral, 22*(2), 105.e1-105.e6.
- Bradshaw, J., Steiner, A., Gengoux, G., & Koegel, L. (2015). Feasibility and effectiveness of very early intervention for infants at-risk for autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(3), 778-794.
- Calleja, M., Rodríguez, J., & Luque, M. (2014). La utilidad del procedimiento del Milieu Teaching Mejorado en bebés con severos problemas de comunicación y lenguaje en el contexto clínico. (2014). *Revista de Investigación en Logopedia, 4*(1), 28-47.
- Dunst, C., Trivette, C., & Hamby, D. (2007). Meta-Analysis of Family-Centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*(4), 370-378.
- Escorza, T. (1997). Enfoques modélicos y estrategias en la evaluación de centros educativos. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa, 3*(1), 1-27.

- Espe-sherwindt, M. (2008). Family-Centred Practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143.
- García, F., Escorcía, C., Sánchez, M., Orcajada, N., & Hernández, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3), 6-27.
- Hervás, A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.
- Marín, F. (2013). *Trastornos del Espectro Autista: Detección, diagnóstico e intervención temprana*. Ediciones Pirámide.
- Millá, M., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), 47-52.
- Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *The Social Communication Questionnaire SCQ*. Western Psychological Services.
- Sánchez, M., Martínez, E., Moriana, J., Luque, B., & Alós, F. (2015). La Atención Temprana en los Trastornos del Espectro Autista. *Psicología Educativa*, 21(1), 55-63.
- Serrano, A., & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention. *Revista de Educación Inclusiva*, 4(1), 123-138.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.



## Anexos

**Anexo I.** Plan de intervención.

