

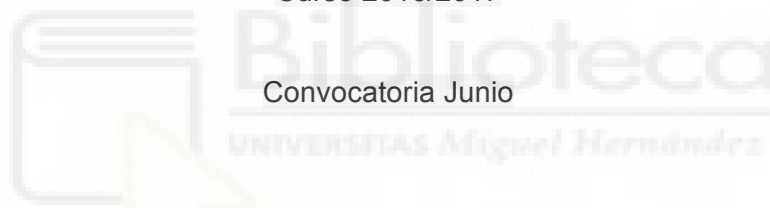


Grado en Psicología

Trabajo de fin de grado

Curso 2016/2017

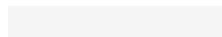
Convocatoria Junio



Modalidad: propuesta de intervención.

Título: Propuesta de Intervención en la Percepción Corporal en Menores con TEA.

Autor: Elisabet Segarra Castillo.



Tutora: Mireia Orgiles Amorós.

Elche, a 19 de junio de 2017

Índice

1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. Método	5
3.1. Descripción de caso	5
3.2 Evaluación de necesidades	6
3.3. Descripción de la intervención propuesta	8
4. Resultados esperados	15
5. Discusión y conclusiones	16
6. Referencias bibliográficas	18
Tabla 1	7
Tabla 2	9



1. Resumen

En la actualidad, la intervención a personas con autismo se abarca de forma multidisciplinaria. La suma de la intervención en percepción corporal a estas técnicas ya utilizadas podría mejorar considerablemente los resultados obtenidos en otros campos de acción, como la comunicación, las habilidades sociales o las conductas disruptivas. En este trabajo se plantea el caso de un joven con autismo que presenta una necesidad en este aspecto; con ello se procede al diseño de una propuesta de plan de intervención con el fin de mejorar en su percepción corporal y que esto le sirva de ayuda para el desarrollo del resto de habilidades que se trabajan. Este podría convertirse en un nuevo campo de investigación; no obstante, carecemos de publicaciones científicas sobre este tema. A pesar de que no todas las personas con autismo manifiestan las mismas necesidades ni en el mismo grado, la percepción corporal podría convertirse en una importante herramienta de información y vía de acceso para mejorar en numerosos aspectos.

Palabras clave: autismo, percepción corporal, propuesta de intervención.

Abstract

Nowadays, people with Autism Apectrum Disorders (ASD) are intervened in a multidisciplinary way. If corporal perception intervention is included in these technics, it could improve the results in other ways of intervention, communication skills, social skills or disruptive behavior. This study describes a corporal perception traetment which is proposed to be applied to a forteen-year-old boy with ASD who presents a necessity in this area. The aim is that the treatment helps the development of other worked skills. This could mean a new investigation field. However, scientific literature does not have information about corporal perception yet. In spite of the fact that not all the ASD people show the same need nor with the same severity, corporal perception could become an important source of information and a good approach to improve several other aspects.

Keywords: autism, corporal perception, intervention proposal.

2. Introducción

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013), el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) es una alteración en la interacción social, la comunicación y el lenguaje, y de actividades e intereses restringidos y repetitivos que se encuentra entre los trastornos del desarrollo neurológico.

Aún no se ha podido explicar la etiología y fisiopatología de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo con un modelo sólido, a pesar de los avances en la neurociencia y de los métodos genéticos (Mulas et al., 2010), aunque se presupone una base genética y unos factores epigenéticos y ambientales.

Definir la prevalencia global del autismo es una tarea ardua, según un estudio de Elsabbagh et al. (2012), ya que algunos estudios se limitan a trabajar con los datos ofrecidos por los registros a nivel nacional o incluso por los servicios de una población. Los casos no identificados en dichas bases no se incluyen en los estudios, por lo que se obtiene una prevalencia errónea para el autismo. En su estudio, estimaron que la prevalencia del trastorno del espectro del autismo era de 62/10.000.

En cuanto a la intervención psicológica en casos de TEA, la forma más efectiva es la intervención multidisciplinar. Hasta ahora, según la bibliografía revisada, se interviene en las áreas de comunicación, habilidades funcionales y adaptativas, habilidades sociales, reducción de conductas disruptivas, habilidades cognitivas, habilidades académicas y desarrollo de funciones ejecutivas. Estas técnicas se agrupan en métodos de intervención específicos, como el ABA (Applied Behavior Analysis) o el TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) (Mulas et al., 2010).

Esto lo corroboran Duncan y Bishop (2013), en cuyo estudio concluyen que para obtener mejores resultados en las relaciones interpersonales, en la participación dentro de una comunidad y en las habilidades de la vida cotidiana, es importante intervenir en tres campos diferentes: individual, familiar y factores ambientales.

Por otra parte, se han detectado en las personas con TEA necesidades para la mejora de la percepción emocional, el desarrollo de las habilidades adaptativas y de comunicación, y la realización de las actividades de la vida cotidiana, según un estudio

de Hudepohl, Robins, King y Henrich (2013). Además de esto, se han percibido problemáticas en conductas disruptivas, como la autolesión: aproximadamente, el 50% de las personas con autismo se autolesiona en algún período de su ciclo vital (Bodfish, Symons, Parker y Lewis, 2003; Baghdadli, Pascal, Grisi y Aussilloux, 2003); algunas de las hipótesis explicativas relacionan este fenómeno con un procesamiento sensorial atípico y alteraciones en la comunicación entre otros (Paula-Pérez y Artigas-Pallarés, 2016).

Como se ha comentado anteriormente, los programas de intervención más efectivos son los que abordan las necesidades de manera multidisciplinar, es decir, que intervienen desde diferentes áreas para lograr mejores resultados generalizados. Aunque no todos los casos presentan el mismo grado de alteración (Sanz, Fernández, Pastor, Puchol y Herraiz, 2014), un número significativo de personas con autismo presentan problemas en la percepción corporal, tanto propia como ajena. Una intervención específica en este aspecto podría influir positivamente en el desarrollo de las demás áreas en las que se interviene.

Entendemos como percepción corporal el conocimiento consciente del cuerpo, de sus partes y de sus movimientos. Esta consciencia del cuerpo puede ser propia o ajena, es decir, saber, por un lado, el nombre, la posición y los movimientos de las partes del propio cuerpo y, por otro lado, los del cuerpo de otra persona. Esta capacidad, aunque no seamos conscientes de tenerla, nos permite, entre otras cosas, identificar intenciones y emociones de otras personas, así como aprender por imitación.

Todos sabemos que el lenguaje es, en gran medida no verbal, es decir, corporal, por lo que la percepción corporal juega un papel importante tanto en la comunicación como en el desarrollo de habilidades sociales.

Además, entre los criterios diagnósticos del TEA en la última edición publicada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013), se ha incluido la percepción sensorial, lo que indica que es un aspecto importante a tener en cuenta tanto en su evaluación como en la intervención. Esto lo respalda el estudio de Sanz et al. (2014), en el que se encuentra una relación significativa entre el procesamiento sensorial y la severidad de los síntomas autistas. Aunque percepción sensorial y corporal no son el mismo concepto, sí están estrechamente relacionadas, por lo que si se considera el primero un aspecto a tener en cuenta, es probable que el segundo también sea relevante.

Por tanto, una intervención en el área de la percepción corporal, aunque no cubre completamente una necesidad de las comentadas anteriormente, sí serviría de apoyo para la mejora de numerosos campos de intervención. Por un lado, optimizar las habilidades de percepción corporal servirá para mejorar la percepción emocional y las habilidades de comunicación, lo que facilitará unos mejores resultados en las relaciones interpersonales. Por otro lado, también influirá en una mejora de habilidades en las actividades de la vida diaria y en habilidades adaptativas, lo que podría suponer un apoyo para la mejora en su participación en la comunidad. Por último, también sería una ayuda para tomar conciencia y disminuir las conductas disruptivas como la autolesión.

Ante la aparente importancia del papel de una percepción corporal funcional como apoyo para el desarrollo de las diferentes áreas de intervención en autismo, en este trabajo se presenta una propuesta para ayudar, en los casos en los que se detecte la necesidad, a mejorar este aspecto. Se han visto técnicas efectivas para mejorar la percepción corporal, pero la literatura científica aún no ha aportado datos sobre esto.

Es por ello que en este trabajo se expone el caso de un niño diagnosticado de autismo, al que se le ha detectado una disfunción en esta área en particular. En este caso concreto, se llevó a cabo una evaluación por observación en el centro multidisciplinar donde recibe terapia psicológica semanalmente. A continuación, se presenta el caso, su evaluación y una propuesta de intervención para mejorar su situación.

3. Método

3.1. Descripción del caso

Varón de 14 años diagnosticado de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) durante la niñez, escolarizado en el Colegio Público de Educación Especial Tamarit. Convive con sus padres y su hermana mayor.

El joven lleva trabajando con la psicóloga del centro mencionado anteriormente cuatro años. Se percibe, durante las sesiones, la necesidad de potenciar la percepción

corporal del paciente, y se procede a la observación del mismo y, posteriormente, a la planificación de su intervención.

3.2. Evaluación de necesidades

Debido a que la literatura científica aún no ha aportado datos sobre esta especialidad, tampoco se han encontrado procedimientos de evaluación de percepción corporal. Por ello, se ha recurrido a las técnicas de evaluación recogidas en el plano de la integración sensorial.

Para evaluar al paciente, se ha utilizado una adaptación de la observación clínica (Blanche, 2010) acorde con su edad. Este método de evaluación por observación, recoge datos tanto de la reactividad (respuesta al estímulo) como de la percepción (discriminación sensorial) de tres sistemas diferentes:

1. Táctil: de este sistema se evalúa, por un lado, su función protectora, es decir, si responde con movimiento o estado de alerta ante un potencial peligro; y por otro lado, la capacidad de discriminación, es decir, si es capaz de interpretar la naturaleza espacial o temporal de un objeto. De los tres sistemas, este es el que menos información proporciona para el área que se pretende intervenir.
2. Propioceptivo: este es el sistema que más se aproxima al concepto de percepción corporal. En este caso, se evalúa la percepción del cuerpo o de las partes del cuerpo, de los movimientos de las articulaciones del cuerpo, así como de la velocidad y dirección del movimiento, y la fuerza muscular. La manera más eficaz de generar feedback propioceptivo es realizar un movimiento activo contra una resistencia (Blanche, Bodison, Chang y Reinoso, 2012).
3. Vestibular: este sistema complementa al propioceptivo en la búsqueda de necesidades entorno a la percepción corporal. Se evalúa el tono postural, el equilibrio y la estabilidad ocular durante los movimiento de la cabeza. Este sistema también tiene un papel en la conciencia subjetiva del movimiento y la posición del cuerpo, y en la regulación del estado de alerta.

En la tabla que se presenta a continuación se explican los resultados obtenidos en el sujeto:

Tabla 1. Resultados de la evaluación.

Sistema	Reactividad/ Respuesta al estímulo	Percepción/ Discriminación sensorial
Táctil	Tiempo de reacción ante un potencial peligro elevado. Puntuaciones significativamente por debajo de la media.	Capaz de identificar objetos sencillos. Puntuaciones por debajo de la media, aunque no significativamente.
Propioceptivo	Dificultad alta en realizar un movimiento activo contra una resistencia. Falta de control de la dirección y fuerza durante el movimiento. Puntuaciones significativamente por debajo de la media.	Incapacidad de discriminar las partes del cuerpo y su posición. Puntuaciones significativamente por debajo de la media.
Vestibular	Tiempo de reacción ante una situación de pérdida de equilibrio elevada. Puntuaciones significativamente por debajo de la media.	Déficit de control postural, equilibrio y estabilidad ocular durante el movimiento de la cabeza. Puntuaciones por debajo de la media.

Durante la evaluación por observación, como se aprecia en la Tabla 1, se obtuvieron puntuaciones significativamente por debajo de la media en la capacidad propioceptiva, tanto en reactividad como en percepción. Las puntuaciones obtenidas en el sistema vestibular son bajas, aunque no de manera tan significativa como la propioceptiva. También se encuentran puntuaciones bajas en el área de la integración sensorial táctil, aunque el presente trabajo no se va a centrar en este aspecto, ya que los dos sistemas que más se aproximan al área que se va a intervenir son los sistemas vestibular y propioceptivo.

Con los resultados obtenidos, se procede a establecer unos objetivos de intervención acordes con las necesidades detectadas y a diseñar un plan de intervención en el que se lleven a cabo dichos objetivos.

3.3. Intervención propuesta

Antes de comenzar con la propuesta, es importante aclarar que el caso del paciente es real, sin embargo la intervención no se ha llevado a cabo, por lo que tanto la intervención como los resultados constituyen lo que se espera, pero no son resultados reales.

La intervención se llevará a cabo en sesiones semanales de 45 minutos. El programa tiene una duración de 13 sesiones que avanzan progresivamente hasta la consecución de todos los objetivos. Además de las sesiones en el centro, es importante desarrollar estrategias para la perpetuación y la generalización de las actividades aprendidas. Para ello se involucrará a la familia: al final de cada sesión se informará a la familia de las actividades que tienen que realizar durante la semana para continuar practicando lo que se ha visto en la sesión.

Con el fin de que la intervención sea lo más eficaz posible y se adapte a las necesidades del paciente, se plantea que él alcance los siguientes objetivos:

1. Conocer las diferentes partes del cuerpo, identificarlas, nombrarlas y conocer su posición.
2. Identificar las partes del propio cuerpo.
3. Tomar consciencia del movimiento de las partes del cuerpo, su fuerza y su dirección.
4. Mejorar el equilibrio y el control postural.
5. Desarrollar la capacidad de identificar movimientos en otras personas o seres vivos.
6. Imitar o reproducir movimientos observados en otras personas.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados anteriormente, a continuación se presenta una tabla explicativa donde se encuentran las sesiones de la intervención propuesta, y su relación con los objetivos:

Tabla 2. Objetivos, sesiones y actividades de la intervención.

Objetivos	Sesiones	Actividades
1 y 2	1 a 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar las partes del cuerpo con un niño de papel. 2. Construir una figura humana con plastilina. 3. Completar dibujos de figuras humanas. 4. Resolver rompecabezas de figuras humanas.
3	5 a 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de respiración. 2. Ejercicios de flexión y extensión. 3. Mover la cabeza. 4. Trasladar objetos con el cuerpo. 5. Crear ritmos.
4	8 a 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenerse firme. 2. Mantenerse cojo. 3. Mantenerse alto. 4. Caminar en línea. 5. Caminar hacia atrás. 6. Caminar con posturas poco comunes. 7. Girar el cuerpo.
5	11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Imitar el movimiento de diferentes animales. 2. Imitar el movimiento de objetos animados u otros seres vivos.
5 y 6	12 y 13	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar sin hablar. 2. Juego de mímica.

Descripción de las sesiones

Sesiones 1 a 4

- Materiales:

- Un folio con la silueta de un niño con las partes del cuerpo separadas: tronco, brazos, piernas y cabeza.
- Grapas de mariposa.
- Plastilina.
- Dibujos de figuras humanas a los que les falta alguna parte. Pueden estar de frente, de lado o de espaldas.
- Rompecabezas de figuras humanas.

- Actividades:

1. Trabajar las partes del cuerpo con un niño de papel:

Se presenta el folio de la silueta de un niño con las partes del cuerpo separadas. A continuación, se pregunta al paciente qué es. Si reconoce la silueta del niño, se procede a pedirle que señale y nombre las diferentes partes del cuerpo que ve en el folio. Cuando nombre alguna, por ejemplo, el brazo, se le pedirá que señale esa parte en el cuerpo del terapeuta, y posteriormente en su propio cuerpo.

Una vez identificadas todas las partes, el joven tendrá que recortar todas las partes del folio y colocarlas de modo que todo quede en el lugar correcto, teniendo en cuenta que hay partes que van a la derecha o a la izquierda (brazos y piernas). Si se equivoca, se le animará a rectificar o se le prestará ayuda. Una vez aclarado dónde va cada parte, se unirán con grapas de mariposa, de modo que cada parte unida se pueda mover rotando la unión.

A continuación, se procederá a que el joven explore los posibles movimientos. Para ello, se le plantearán preguntas como: “¿Qué tendría que mover para saludar?, ¿Qué movimiento tendría que hacer para chutar?, ¿Y para señalar algo que quiere?, ¿Y para dar un abrazo?”

2. Construir una figura humana con plastilina:

Se le ofrece al paciente un trozo de plastilina y se le dice que vamos a construir una persona de plastilina. Para ello, se repasa cuáles son las partes del cuerpo, después se crean con la plastilina y, por último, se unen. Una vez unidas, se explorarán posibles movimientos de la figura humana de la misma forma que en la Actividad 1.

3. Completar dibujos de figuras humanas:

Para esta actividad, se presentarán diferentes dibujos de figuras humanas que están incompletas, es decir, les falta alguna parte del cuerpo: un brazo, una pierna, la cabeza o el tronco. Estas figuras pueden estar en diferentes posiciones: de frente, de lado, de espaldas, sentada, de rodillas, tumbada, etc.

La tarea a realizar consiste en identificar, en primer lugar, qué parte del cuerpo es la que falta (en caso de brazo o pierna, identificar si es el derecho o el izquierdo) y, en segundo lugar, completar la figura dibujando la parte que le falta.

Una alternativa a este ejercicio, si le cuesta mucho dibujar dicha parte, es tener a disposición varias partes del cuerpo y que el paciente tenga que identificar cuál es la que falta, escogerla de la batería y colocarla en el lugar que le corresponda.

4. Resolver rompecabezas de figuras humanas:

En esta actividad se le enseñará al joven un rompecabezas de nueve piezas y se jugará con él a unir las piezas de forma que se complete una figura humana. Durante la construcción, se irá preguntando al paciente sobre las partes del cuerpo que va encontrando para estimularlo: “¿Esta parte qué es?, ¿Un brazo?, ¿Y esta otra?, ¿Esta parte dónde irá, arriba o abajo?”.

- Actividades para casa: al final de cada sesión, se le pedirá a los padres que, durante la semana, le pregunten diariamente por el nombre de las partes del cuerpo, y que las localice en su propio cuerpo y/o en el cuerpo de los padres. Esta misma tarea será la que se pida durante estas cuatro sesiones.

Sesiones 5 a 7

- Materiales:

- Folios en blanco.
- Objetos de la sala que se puedan mover: estuche, silla, caja pequeña, etc.

- Actividades:

1. Ejercicios de respiración:

Esta actividad consiste en hacer diferentes ejercicios de respiración, para aprender a controlar la fuerza en la que se inspira y se expira:

- Primero, se practicarán respiraciones lentas y profundas. Para hacer el ejercicio más sencillo y ameno, se dibujará en un folio en blanco unas líneas en zigzag arriba y abajo, como si fueran montañas. A continuación, se le pedirá al paciente que tome cinco lápices de colores diferentes. Con ellos, tiene que seguir las líneas, y cuando suba por una línea ascendente, tiene que tomar aire, y cuando baje, tiene que expulsar el aire. Antes de empezar a repasar con los lápices de colores, se hará un ensayo siguiendo el camino con el dedo, para asegurar que se ha entendido el ejercicio.
- La misma actividad de antes se repetirá, esta vez con respiraciones rápidas. Para ello las “montañas” deben ser más pequeñas y empinadas.
- Respirar hondo y soltar el aire con fuerza. Se repetirá varias veces. Más tarde, se pondrá una vela encendida en la mesa a unos 20cm del paciente y se le pedirá que respire hondo y suelte el aire con fuerza suficiente para apagar la vela sin adelantar la cabeza.

- Por último, se le indicará que tome aire rápidamente y lo suelte lentamente. Para ello, el terapeuta tendrá que contar hasta cuatro. En ese tiempo, el paciente tendrá que coger todo el aire que pueda. A continuación, el terapeuta contará hasta 8 y se tendrá que expulsar el aire en ese tiempo, intentando no expulsar todo el aire hasta que el terapeuta deje de contar.

Actividades para casa: se llevarán dos hojas a casa con las líneas en forma de montañas, y todos los días practicarán los diferentes tipos de respiración.

1. Flexión y extensión de brazos, piernas, cuello y tronco:

Terapeuta y paciente se pondrán de pie, y se realizarán ejercicios de flexión y extensión. En primer lugar, el terapeuta dará una orden (por ejemplo “flexionamos los brazos”) y lo hará, y el paciente tendrá que imitarle. Cuando se domine este ejercicio, el terapeuta dará la orden, y esperará a que el paciente la haga, y entonces lo harán los dos. A continuación, el terapeuta dará la orden y dejará que el paciente la haga solo. Por último, terapeuta y paciente se turnarán para dar órdenes el uno al otro, que tendrá que realizar la acción. En este último ejercicio, el terapeuta puede fallar algunas veces a propósito para ver si el paciente está atento.

Actividades para casa: todos los días durante esa semana hasta la próxima sesión, el paciente y su familia practicarán el juego de las órdenes de flexión y extensión, turnándose quien da las órdenes.

3. Mover la cabeza:

Estando sentados, se pedirá al paciente que mueva la cabeza mirando hacia los lados, haciendo círculos y pegando las orejas a los hombros.

Estos ejercicios de mover la cabeza se pueden incluir en el juego de dar órdenes de flexión y extensión, para practicarlo en casa.

4. Trasladar objetos con el cuerpo:

Esta actividad consiste en pedir que el paciente mueva diferentes objetos con partes del cuerpo con las que es inusual hacer esto: la frente, nariz, hombros, cabeza, etc. Se pueden mover objetos que no sean muy pesados, como un cojín, una silla, un estuche, una caja pequeña, etc.

5. Creando ritmos:

Para comenzar esta actividad, se explicará al paciente qué es un ritmo. Para ello, se puede tomar como ejemplo alguna canción que le guste, y se darán palmadas al ritmo de esta canción. A continuación, se probará a hacer un ritmo nuevo con las manos

dando golpecitos en la mesa. Más adelante, se le propondrá hacer este ejercicio en diferentes partes del cuerpo, con lo que se dispondrá a dar palmadas haciendo ritmos en el estómago, las piernas, el pecho, los hombros y la cabeza. Por último, se intentará hacer el mismo ejercicio, pero cada mano dará golpecitos en una zona diferente. Por ejemplo, hará un ritmo dando palmadas en el pecho y en el vientre a la vez.

-Actividades para casa: al finalizar cada sesión, se explicará a los padres los ejercicios de respiración o corporales que se han realizado para que puedan seguir haciéndolos en casa durante la semana.

Sesiones 8 a 10

- Materiales:

- Cinta adhesiva de un color llamativo para pegar una línea recta en el suelo.

-Actividades:

1. Mantenerse firme.

Esta actividad consiste en hacer que el paciente se ponga en pie con los pies juntos y los brazos en cruz. Deberá mantenerse así sin moverse durante 15 segundos. A continuación, hará el mismo ejercicio, pero con los ojos cerrados

2. Mantenerse cojo.

En esta actividad, el paciente deberá mantenerse con un pie durante 10 segundos, y después con el otro pie. Cuando lo consiga, se pasará a intentarlo con los ojos cerrados.

3. Mantenerse alto.

Este ejercicio es muy parecido a la Actividad 1. Consiste en mantenerse sobre las puntas de los pies durante 15 segundos. Una vez conseguido, se pasará a mantenerse con los talones. A continuación, se comenzará a cambiar el peso del cuerpo de los pies a los talones varias veces. Cuando este ejercicio esté dominado, se procederá a mantenerse sobre las puntas o sobre los talones con los ojos cerrados durante 15 segundos.

4. Caminar en línea.

Para esta actividad se preparará, en una parte de la sala, una línea recta con la cinta adhesiva de color en el suelo, de aproximadamente un metro y medio de larga. El paciente deberá caminar por encima de ella poniendo los pies en línea.

5. Caminar hacia atrás.

Se repite el ejercicio anterior, pero caminando hacia atrás. Si encuentra una gran dificultad, se puede comenzar caminando hacia atrás con algún punto de apoyo, o sin necesidad de que los pies pisen la línea.

6. Caminar con posturas poco comunes.

Cuando se dominan las Actividades 4 y 5, se procede a incrementar la dificultad. Esta actividad consiste en repetir las dos actividades anteriores, pero en diferentes posturas. Es decir, caminar por encima de la línea de forma inusual: agachado, con un brazo estirado hacia arriba, con los brazos detrás, inclinado, con la cabeza torcida hacia un lado, etc.

7. Girar el cuerpo.

En este ejercicio se colocará el paciente de pie, con los pies ligeramente separados para tener más estabilidad. A continuación, encogerá los brazos, y moverá los hombros de manera agitada hacia la derecha y hacia la izquierda, realizando una rotación del tronco. Más tarde, incorporará movimientos rotatorios de la cintura opuestos a los de los hombros. Tendrá que mantener el equilibrio mientras realiza estos movimientos bruscos.

Sesión 11

-Materiales: no se precisa de materiales.

-Actividades:

1. Imitar el movimiento de diferentes animales.

Durante esta sesión, se propondrá un nuevo reto. El paciente, junto con la ayuda del terapeuta, deberá imitar el movimiento de diferentes animales alrededor de la sala: gato, serpiente, cocodrilo, loro, perro, canguro, etc.

2. Imitar el movimiento de objetos animados u otros seres vivos

Este es el mismo ejercicio, pero con un nivel con mayor dificultad, ya que se trata de imitar el movimiento de objetos animados o plantas, sin músculos ni articulaciones iguales a las de una persona. Algunos ejemplos que se pueden proponer para este ejercicio son los siguientes: robot, títere, un papel moviéndose por el viento, un árbol, una margarita, una caña de bambú, etc.

Para estas dos actividades se puede preguntar al paciente qué más se le ocurre imitar, y así podrá imitar algo que elija él o ella.

Sesiones 12 y 13

-Materiales:

- Tarjetas con mensajes, acciones, nombres de objetos y estados emocionales escritos, con el fin de ser representados con mímica.

-Actividades:

1. Comunicar sin hablar:

Este ejercicio trata de comunicar diferentes mensajes con mímica, es decir, sólo moviendo las partes del cuerpo. Se sacará una tarjeta con algún mensaje, y el paciente deberá transmitir ese mensaje. Estos pueden variar en su contenido, como por ejemplo: “adiós”, “no”, “huele mal”, “estoy contento”, “bien”, “me gusta”, etc.

2. Juego de mímica:

En esta actividad juegan paciente y terapeuta. Se dispone de tarjetas con algo escrito que hay que representar con mímica: correr, manzana, grande, sueño, etc. Uno de los dos lo representa, y el otro tiene que adivinar qué es lo que se está representando. Disponen de dos minutos para realizar la representación. Si la otra persona adivina qué es lo que se está representando, pasa a ser quien representa. Si no logra adivinarlo, se vuelve a intentar.

4. Resultados esperados

Una vez finalizadas las sesiones del programa propuesto de intervención, se espera que el paciente mejore en su capacidad de percepción corporal, que durante el desarrollo de este trabajo se ha ramificado en diferentes aspectos.

Por un lado, se espera que el paciente sea capaz de reconocer y nombrar las diferentes partes del cuerpo, así como de señalarlas tanto en su cuerpo como en el de otra persona. Por otro lado, se espera que el paciente desarrolle una mayor consciencia de los movimientos de dichas partes, así como la capacidad de mantener el equilibrio y conservar el control postural. Además, se espera que adquiera habilidades para identificar los movimientos de otros y reproducirlos.

Por último, se espera que todas estas destrezas sirvan como una buena base de apoyo para la mejora en el tratamiento de las demás áreas de intervención. De este modo, la capacidad de reconocer los movimientos y posturas de otra persona, puede ayudarle en el entrenamiento de habilidades sociales, para saber la actitud, emociones

o intenciones de las personas con las que interactúa. Del mismo modo, tener mayor consciencia de su cuerpo, sus movimientos y su fuerza, puede ayudar a disminuir el número de conductas disruptivas, lo que provocará una mejora tanto en su vida social, como en la mejora de los hábitos de la vida diaria: por ejemplo, mantendrá una mejor higiene, y cesarán las conductas auto-lesivas.

5. Discusión y conclusiones

Los objetivos de la intervención propuesta para el paciente eran conocer e identificar las partes del cuerpo, tanto en su propio cuerpo como en el de otras personas, mejorar el equilibrio y control postural, tomar consciencia de los movimientos de cada una de las partes del cuerpo, y de los movimientos de otras personas o seres vivos, e imitar dichos movimientos. Todo esto engloba un objetivo mayor, que es el de mejorar la percepción corporal del paciente.

Según los resultados esperados, el paciente debería mejorar en todos los aspectos anteriormente mencionados, lo que ayudará a este en la mejoría de otras áreas de intervención.

También se espera que esta intervención pueda ser mejorada para generalizarla a diferentes casos en los que se detecte esta necesidad. A pesar que la literatura científica no ha aportado datos sobre este tema, ni se han facilitado instrumentos efectivos para su evaluación, se espera que en un futuro se pueda desarrollar una evaluación específica para la percepción corporal, así como mejoras funcionales para esta intervención. En cuanto al material utilizado en las sesiones, también se podría elaborar un material específico, o bien buscar una alternativa con materiales de otras actividades.

Aunque, como se ha mencionado anteriormente, hay un número considerable de personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro del Autismo, cabe destacar que no todos los casos presentan los mismos síntomas ni con la misma gravedad, por lo que conviene conocer la situación individual de cada uno, para poder adaptar el tratamiento para que esté lo más ajustado a las necesidades del caso en concreto.

En cuanto al proceso de intervención, es importante dejar claro que lo óptimo es llevar a cabo una intervención multidisciplinar, que abarque los diferentes campos en los que el paciente manifieste necesidades. Además, aunque el caso presentado es de un joven de 14 años, es importante señalar que cuanto antes comience el tratamiento, es

decir, cuanto a más temprana edad se detecten las necesidades y se proceda a su intervención, más favorables serán los resultados obtenidos.

Asimismo, durante la investigación sobre este tema, se ha percibido que el área de percepción corporal está estrechamente relacionada con la integración sensorial y la competencia de los profesionales de la terapia ocupacional, por lo que sería conveniente, para realizar una intervención más completa, colaborar con un profesional de este campo, y complementar las sesiones de ambas especialidades de forma coordinada para que sea posible prestar un apoyo el trabajo del uno al del otro.

Otro tema digno de discusión es la temporalización de las actividades. Resulta elemental decir que cada sujeto avanzará a una velocidad diferente, por lo que habrá que ajustar las actividades al número de sesiones reales que estos requieran. Sin embargo, es cierto que son tareas que, dada la necesidad existente, son de una elevada dificultad para ellos, por lo que puede que sean más costosas y empleen más tiempo de lo que el terapeuta considera.

Entre las limitaciones de este campo se encuentra que no es un área reconocida ni investigada, por lo que diferentes profesionales y familiares de personas afectadas podrían mostrarse reacios a dedicar tiempo en este tipo de intervención. Es por ello que resulta trascendental la dedicación a su investigación en profundidad para contrastar si la percepción corporal es un factor a tener en cuenta en la intervención en autismo, si esta intervención está bien encaminada, o si se debería desechar la idea de incluirla en el tratamiento de estas personas. Para ello, sería conveniente realizar un seguimiento a largo plazo para valorar el mantenimiento y generalización de lo que se trabaja durante las sesiones.

Por tanto, y aunque este solo es una primera aproximación experimental al campo de la percepción corporal, este podría resultar un área de gran importancia en la intervención de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo, debido a la gran utilidad que se despliega en el resto de campos de acción. Esto teniendo en cuenta, como ya se ha comentado, que cada caso presenta necesidades en un nivel diferente y es preciso adaptarse a ellas. Es por ello que es necesario llevar a cabo el estudio de la percepción corporal, y la posterior concienciación de su importancia a la hora de diseñar un plan de intervención.

6. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baghdadli, A., Pascal, C., Grisi, S., Aussilloux, C. (2003). Risk factors for self-injurious behaviours among 222 young children with autistic disorders. *J Intellect Disabil Res*, 47: pp. 622-7.

Blanche, E. I. (2010). *Observations Based on Sensory Integration Theory*. Torrance, C. A.: Pediatric Therapy Network.

Blanche, E. I., Bodison, S., Chang, M. C., Reinoso, G. (2012). Development of the Comprehensive Observations of Proprioception (COP): Validity, reliability, and factor analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 66: pp. 691-698.

Bodfish JW, Symons FJ, Parker DE, Lewis MH. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: comparisons to mental retardation. *J Autism Dev Disord* 2000; 30: pp. 237-43.

Duncan, A. W., Bishop, S. (2015). Understanding the gap between cognitive abilities and daily living skills in adolescents with autism spectrum disorders with average intelligence. *Autism*; Vol. 19 (1): pp. 64-72.

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T., Fombonne, E. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Research*, 5(3): pp. 160-179.

Frantzen, K. K., Lauritsen, M. B., Jorgensen, M., Tanggaard, L., Fethers, M. D., Aikens, J. E., Bjerrum, M. (2016). Parental Self-perception in the Autism Spectrum Disorder Literature: a Systematic Mixed Studies Review. *Revolution J Autism Developmental Disorder*; 3: pp. 18-36.

Hudepohl, M. B., Robins, D. L., King, T. Z., Henrich, C. C. (2015). The role of emotion perception in adaptive functioning of people with autism spectrum disorders. *Autism*. Vol. 19 (1): pp. 107-112.

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*; 50 (Supl. 3): pp. 77-84.

Paula-Pérez, I, Artigas-Pallarés, J. (2016). Vulnerabilidad a la autolesión en el autismo. *Revista de Neurología*; 62 (Supl 1): pp. 527-32.

Sanz, P., Frenández, M. I., Pastor, G., Puchol, I. Herraiz, E. (2014). Relación entre el Procesamiento Sensorial y la Severidad de la Sintomatología en una Muestra de Niños con TEA. *INFAD Revista de Psicología. Vol. 3 (Nº1)*, pp. 353-362.

