

READY TEDDY, GO!

E-COMPENDIUM



Co-funded by
the European Union



E-Compendium

“La inclusión se considera un proceso para abordar y responder a la diversidad de necesidades de todos los alumnos mediante el aumento de la participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y la reducción de la exclusión dentro y fuera de la educación. Implica cambios y modificaciones en el contenido, los enfoques, las estructuras y las estrategias, con una visión común que abarca a todos los niños de la franja de edad adecuada y la convicción de que es responsabilidad del sistema regular la educación de todos los niños.”
(Directrices para la inclusión, UNESCO, p. 14, 2005)

Ingrid Körner, Presidenta de la Inclusion Europa

Prólogo

Los padres de niños con autismo o discapacidad intelectual (DI) leve pueden estar sometidos a un tremendo estrés, independientemente de que hayan podido prepararse mentalmente para este diagnóstico o no. Puede parecer que nunca hay tiempo suficiente para hacer todo lo que hay que hacer. Se presta tanta atención a los niños cuya existencia diaria se ve afectada por alguna discapacidad o disfunción, que es habitual que a los padres les quede poco tiempo o energía para centrarse en sus otros hijos.

La gravedad de los problemas de conducta de los niños con autismo y discapacidades intelectuales, así como sus dificultades características para generalizar las habilidades recién adquiridas en otros entornos, subrayan la importancia de maximizar la cantidad de servicios de intervención disponibles y de proporcionar dichos servicios en más de un entorno. Por estas razones, la participación de los padres en el tratamiento del niño puede contribuir de forma significativa al ritmo de su progreso. Sin embargo, se atribuye un papel muy importante a los terapeutas y otros profesionales que guían la terapia y se apoyan en la posible implicación de los miembros de la familia para multiplicar el efecto del tratamiento.

Encontrar la orientación adecuada de un terapeuta capacitado para apoyar a un niño con necesidades especiales (NE) puede ser de gran valor. Para algunos padres, el asesoramiento significa recibir orientación en un momento difícil de la crianza. Para otros, significa obtener una ayuda regular que aborde los problemas clínicos del niño. Los terapeutas pueden ayudar a los padres a superar los obstáculos de la infancia y la adolescencia, que suelen ser más difíciles para los niños con necesidades especiales.

Los niños con autismo o DI están sometidos a diferentes terapias y tratamientos médicos. Sin ellos, la vida de sus familias sería más desafiante y realmente difícil de imaginar. A veces, estas terapias están probadas científicamente, pero en ocasiones una determinada alternativa terapéutica sin base científica puede bastante favorable para el desarrollo diario de un niño con NE. Gracias a nuestro e-compendium los padres y terapeutas se verán favorecidos por algunas pautas adicionales, consejos y tratamientos de apoyo o acompañamiento que pueden reforzar las soluciones hasta el momento. La publicación abarca una lista de remedios ya existentes, y al mismo tiempo proporciona los beneficios que se derivan de ellos.

Ready, Teddy, Go! Miembros del consorcio



Tabla de contenidos

PRÓLOGO.....	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ENFOQUE METODOLÓGICO	6
3. ESTADÍSTICAS DE LOS PAÍSES	7
A) TRASTONO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	8
B) DISCAPACIDAD INTELECTUAL	8
C) DIFICULTADES ESPECIALES DE APRENDIZAJE	9
4. EL PAPEL DE LOS PADRES	12
A) RESPUESTA AL DIAGNÓSTICO	12
B) DIRECTRICES PARA LOS PADRES	13
C) CREAR UNA RED DE APOYO	14
D) CUIDAR DE UNO MISMO.....	15
5. EL PAPEL DEL TERAPEUTA	16
A) PRINCIPALES RETOS	17
B) LAS SOLUCIONES ESCOGIDAS	19
C) COOPERACIÓN CON LOS PADRES	23
D) AUTODEFENSA	24
6. SOLUCIONES TERAPÉUTICAS SELECCIONADAS PARA NIÑOS CON NE – CASE STUDIES.....	24
ESTUDIO DE CASO NO. 1.....	25
ESTUDIO DE CASO NO. 2.....	26
ESTUDIO DE CASO NO. 3.....	27
ESTUDIO DE CASO NO. 4.....	28
ESTUDIO DE CASO NO. 5.....	29
ESTUDIO DE CASO NO. 6.....	31
ESTUDIO DE CASO NO. 7.....	33
ESTUDIO DE CASO NO. 8.....	35
ESTUDIO DE CASO NO. 9.....	37
ESTUDIO DE CASO NO. 10.....	38
ESTUDIO DE CASO NO. 11.....	39
ESTUDIO DE CASO NO. 12.....	41
7. CONCLUSIONES.....	42
TESTIMONIOS.....	43
REFERENCIAS.....	56
RECURSOS DE INTERNET:	58

1. Introducción

E-COMPENDIO - resultado del proyecto nº 1 - es una lista de soluciones y prácticas ya existentes aplicadas en los países asociados, cuyo objetivo es potenciar las competencias clave de los estudiantes con necesidades educativas especiales (NEE).

Como hay muchos métodos, metodologías, tipos de terapias que refuerzan los resultados de las terapias y el proceso educativo de los escolares con DI en un contexto más amplio, se incluirá la comparación de los resultados y la presentación de estudios de casos.

Los educadores de las personas con NE o los padres pueden buscar en muchos recursos, incluidos los de Internet o los interactivos, lo que consume mucho tiempo, pero lo que es más importante, los resultados no necesariamente abordarán el aspecto concreto de la dificultad de aprendizaje/social que afecta a su alumno/niño. Hay muchos ejemplos de juguetes interactivos, herramientas y terapias "blandas" que se encuentran en las publicaciones científicas, en los vídeos, en Internet o en las redes sociales, y no están recopilados en una sola fuente fiable.

Además, la información recogida en dicha fuente debería estar científicamente probada, recomendada por profesores, terapeutas y profesionales de las NEE y respaldada por datos fiables. Todavía queda margen para idear la fuente deseable, que podría ser extremadamente útil en los esfuerzos cotidianos de los padres o educadores de personas con NEE.

Por este motivo hemos querido reunir todos los resultados en una sola fuente útil y fiable.

El principal **grupo objetivo del E-compendio** son los educadores/profesores de las personas con NE, pero también otros profesionales/personas en prácticas/voluntarios que se ocupan de los jóvenes estudiantes con problemas mentales y los representantes de las ONG o de los centros de educación especial.

El **impacto** previsto del E-compendio es el siguiente:

- Los educadores de personas con NE enriquecerán sus conocimientos y habilidades prácticas y podrán incorporar algunas de las soluciones propuestas a su práctica diaria. Sus competencias se verán reforzadas y sus conocimientos aumentarán. La relación profesor-alumno mejorará gracias al uso de las prácticas y los ejemplos recopilados.
- Los padres encontrarán algunas respuestas o soluciones que les ayuden a desarrollar las habilidades sociales de sus hijos, a aprender enfoques de resolución de problemas o recibirán apoyo para superar los retos a los que se tienen que enfrentar a la hora de proporcionar a sus hijos la crianza deseada. Reconocerán que las características de sus hijos pueden exigir habilidades especiales, además de los conocimientos, actitudes y prácticas generales que necesitan los padres.

2. Enfoque metodológico

La Fundación IRIS y E-Nable Greece, con la contribución de todos los socios, desarrollaron un E-compendio para transferir ejemplos de cualquier solución que apoye y refuerce el desarrollo de las competencias sociales/cívicas. Los ejemplos reales y científicamente probados fueron proporcionados por profesionales y terapeutas que participan activamente en el proceso educativo. La Fundación IRIS dirigió y recopiló todas las conclusiones de las entrevistas realizadas durante el proyecto en un recurso de fácil acceso.

Los socios podían elegir entre varios métodos: **entrevistas, grupos de discusión, sesiones de cocreación, vídeos selfie/vlogs y testimonios**. Tenían que elegir al menos 2 métodos. También, cada socio tenía que reunir testimonios y proporcionar al menos 3 de ellos. Asimismo, los socios debían reunir 2 **estudios de caso**.

Para todos los tipos de entrevistas, los socios debían utilizar las preguntas enumeradas en la plantilla de contribuciones (entrevistas, grupos de discusión, sesiones de cocreación, vlogs, testimonios). Las preguntas eran las siguientes:

PREGUNTAS PRINCIPALES	PREGUNTAS ADICIONALES/ MÁS DETALLADAS
¿Qué tipo de enfoque terapéutico lleva a cabo? ¿Cuántos niños suele tener en su terapia?	¿Debe reducirse este número o no? ¿Es efectivo el número?
¿Esta terapia puede llevarse a cabo sólo en una escuela especial o puede incorporarse al plan de estudios de la escuela ordinaria/ o a las actividades extraescolares?	¿Los padres tienen que estar de acuerdo (para enviar a su hijo a la escuela ordinaria) o hay algunas limitaciones derivadas de la estructura del sistema educativo nacional?
¿Cuáles son las principales condiciones/normas (que deben cumplirse) para que la terapia tenga éxito?	¿Necesita algún tipo de apoyo adicional (por ejemplo, mental o físico; mayor participación en el entorno doméstico)?
¿Cuáles son los factores esenciales para el éxito de la terapia?	¿Esta terapia/enfoque/solución funciona individualmente o el resultado es/puede ser mucho mejor cuando se combina con otras soluciones complementarias?
¿Crees que tu trabajo es peligroso? ¿Te sientes seguro cuando realizas algunas actividades?	¿Has tenido alguna situación de peligro y cómo reaccionaste/qué hiciste?
¿Hay alguna terapia/solución que sea efectiva, según su experiencia, pero que no sea muy recomendable?	¿Cuáles son las razones para no utilizar o aplicar estas soluciones alternativas?
¿Coopera con los padres/representantes legales para mejorar la eficacia de la terapia?	¿Cómo coopera con ellos?

	¿Esta cooperación es fluida? Si no es así, ¿cuáles son las razones?
¿Cree que hay algunos padres/representantes legales que podrían dedicarse a la autodefensa?	¿Hay padres activos, muy solidarios y cooperativos, en tu entorno?

Los socios decidieron recurrir a entrevistas y grupos de discusión con al menos 4 personas. Las entrevistas se realizaron de forma individual.

3. Estadísticas de los países

El artículo 24 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad afirma que el derecho a la educación es fundamental. A pesar de las limitadas competencias de la Unión Europea en este ámbito, el Foro Europeo de la Discapacidad cree que el derecho a la educación inclusiva debería ser considerado y protegido por la UE, por formar parte de sus valores y principios fundamentales y ser un derecho humano universal.

La tasa de abandono escolar prematuro es mayor en el caso de los alumnos con discapacidad debido a las barreras (arquitectónicas, legales, de actitud) que dificultan el acceso a la educación, especialmente en el caso de los alumnos que necesitan un apoyo de alto nivel. Los datos más recientes disponibles a nivel de la UE muestran que el 20,3% de las personas con discapacidad abandonaron prematuramente la escuela, en comparación con el 10,8% de las personas sin discapacidad. Además, sólo el 30,9% de los alumnos con discapacidad cursaron estudios superiores.

Los niños tienen diferentes intereses, talentos y habilidades. Esta afirmación es válida para los niños con y sin discapacidad. Una escuela inclusiva acepta estas diferencias y crea un entorno en el que cada niño puede aprender a su propio ritmo. En una escuela inclusiva, la atención se traslada a lo que el niño **no puede** hacer a lo que **sí puede** hacer. La inclusión es diferente de la integración: No son los alumnos los que deben adaptarse, sino el sistema educativo el que debe tener en cuenta las diferentes necesidades.

Los padres de niños con DI llevan mucho tiempo reclamando escuelas inclusivas, de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Sin embargo, en muchos países europeos los niños con DI siguen asistiendo a escuelas especiales que permiten poca interacción con los niños no discapacitados y no ofrecen a los niños las mismas oportunidades de prosperar, así como de acceder posteriormente al mercado laboral abierto.

Inclusión Europa exige que los países introduzcan escuelas inclusivas en todas partes y dejen de segregar a los niños en escuelas especiales. Para que este enfoque tenga éxito, los niños con discapacidades deben recibir el apoyo que necesitan. Los profesores y educadores deben entender y aceptar que los niños pueden

aprender juntos, aunque sus objetivos educativos y sus capacidades no sean los mismos. Para lograr este cambio, es necesario un fuerte liderazgo por parte de los directores y los consejos escolares.

Cada país identifica a los alumnos con discapacidades y con NEE de forma diferente. Esta variación puede dificultar la comparación de datos. No obstante, se pueden observar algunas tendencias generales en Europa:

- En todos los países se plantea el problema de los alumnos con discapacidad que están oficialmente matriculados en las escuelas pero que nunca asisten a las clases.
- Varios países presentan un claro aumento de las tasas de alumnos con un diagnóstico oficial de NEE.
- Todos los países presentan un ligero descenso en la proporción de alumnos con discapacidad que se educan en entornos educativos segregados (clases y escuelas especiales).

a) Trastorno del espectro autista (TEA)

Según la Organización Mundial de la Salud en Europa, el autismo afecta a 1 de cada 100 personas, lo que significa que en **Polonia** se calcula que hay unas 400.000 personas con espectro autista (adultos y niños). El estudio revela que el número de estudiantes diagnosticados de autismo y síndrome de Asperger ha aumentado un 20% en los últimos años. Las estadísticas también muestran que el autismo se diagnostica en los niños con una frecuencia 4 veces mayor que en las niñas, al igual que en **Lituania**.

Según la declaración emitida por la Oficina del Comisionado para el Voluntariado y las Organizaciones No Gubernamentales, se cree que el número de niños y personas con autismo en **Chipre** es aproximadamente de 2.000, y los especialistas citan un fuerte aumento de los casos en los últimos diez años. En concreto, según el World Population Review, Chipre presentó que la prevalencia por cada 10.000 niños que han sido diagnosticados con TEA, es del 73,90%.

Pensando en el Trastorno del Espectro Autista en **España** es muy necesario centrarse en el Trastorno Generalizado del Desarrollo, ya que no existe una categoría específica que recoja datos sobre el TEA ya que este trastorno se engloba dentro de cualquier DI y de la discapacidad múltiple.

En toda **Italia** se estima que 1 de cada 77 niños (de 7 a 9 años) presenta un trastorno del espectro autista, con una prevalencia mayor en los varones: los varones son 4,4 veces más propensos que las mujeres.

b) Discapacidad intelectual

Según los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2011, el número total de personas discapacitadas era de casi 4,7 millones (exactamente 4.697,0 mil). Así, el número de personas discapacitadas en **Polonia** representaba el 12,2% de la población del país. El número total de niños con discapacidad a finales de 2014, según el EHIS, era de más de 211.000.

En la actualidad, el porcentaje de niños con NEE en el conjunto de la población escolar de **Chipre** ha alcanzado el 7%.

La necesidad de educación especial más frecuente entre los alumnos matriculados en **Grecia** es la DI, con un 33,8%, seguida del autismo, con un 33,0%.

Al hablar de la distribución de los alumnos con NEE en **España**, se puede detectar fácilmente que la DI es el valor más alto: más de un tercio de la población total de alumnos, el 38,1% para ser exactos.

En **Italia**, el problema más común es la DI (42% de los alumnos con apoyo), seguido de los trastornos del desarrollo (26,4%). En los últimos años se ha observado un aumento del número de alumnos con trastornos de la atención, el lenguaje y el desarrollo (este último pasó del 17% al 26,4%).

En **Lituania**, los niños discapacitados constituyen alrededor del 3% de la población pediátrica mundial. La principal causa de discapacidad en los niños son los trastornos mentales y de comportamiento, las malformaciones congénitas, las deformidades y las anomalías cromosómicas. Los niños con autismo representan el 17% de todas las discapacidades intelectuales diagnosticadas en niños.

c) Dificultades especiales de aprendizaje

No existen cifras específicas relacionadas con las dificultades especiales de aprendizaje en **Polonia** y **Chipre**, sin embargo, se estima que la **dislexia** en los países desarrollados puede afectar a entre el 5 y el 15% de la población. Recientemente se ha observado un aumento constante de esta cifra en estos países, al contrario que en **Lituania**, donde el número de casos de dislexia ha disminuido a la mitad (de alrededor del 10% al 5%), ya que el idioma lituano es favorable a la lectura - se denomina lengua transparente.

Se calcula que la **discalculia** afecta en todo el mundo a entre el 1,3% y el 13,8% de los niños en edad escolar, con una media de alrededor del 6%. Los estudios realizados en **Grecia** muestran que el 6,3% de la población escolar está afectada.

Los problemas de aprendizaje, que también incluyen la dislexia, la disgrafía, la **discalculia** y el **TDAH**, constituyen el grupo más numeroso de alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo en **España**. Entre ellos se pueden distinguir las discapacidades intelectuales (27,4% de la población estudiantil), el trastorno generalizado del desarrollo (26,4%) y el trastorno grave de conducta/personalidad (24,6%).

Las dificultades específicas de aprendizaje pueden coexistir con otras discapacidades y/o tipos de trastornos del desarrollo, como los trastornos del habla, de la coordinación motora y de la atención. Además, puede haber una estrecha correlación entre los trastornos específicos del aprendizaje y los trastornos emocionales y del comportamiento. A lo largo de los años, el número de diagnósticos de dificultades específicas de aprendizaje en **Italia** ha aumentado. En concreto, entre el año 2004 y 2019, la proporción de alumnos con TEA sobre el total de alumnos aumentó del 0,8% al 3,1% en la escuela primaria, del 1,6% al 5,9% en la escuela secundaria (que comienza a los 11 años y dura 3 años) y del 0,6% al 5,3% en la escuela secundaria (que comienza a los 14 años y dura 5 años consecutivos). Los trastornos de dislexia representan el 39,6% del total de dificultades y son los más diagnosticados. Le siguen la **disortografía**, con un 21,5%, la discalculia, con un 20,3% y, por último, la disgrafía, con un 18,6%. En Italia, el TDAH no se incluye en la categoría de dificultades específicas de aprendizaje y está presente en el 5% de los niños. En cuanto a las diferencias de género, el TDAH parece ser más común en los hombres que en las mujeres. Este trastorno afecta a alrededor del 1% de la población italiana.

Soluciones aplicadas para integrar a estos niños/alumnos en la sociedad.

Las autoridades de **Polonia** están obligadas a proporcionar a las personas con TEA educación en todos los niveles de la enseñanza y a ayudar a los adultos a encontrar y mantener un empleo. Dependiendo de la intensidad del trastorno, los alumnos pueden requerir asistir a instituciones, principalmente escuelas especiales, donde tengan las mejores condiciones para su desarrollo y aprendizaje.

Los alumnos a los que se les diagnostica un TEA pueden asistir a colegios ordinarios y pueden contar o no con la ayuda de un profesor de apoyo. La institución puede contratar a un profesor de apoyo si es necesario.

El cumplimiento de la obligación de escolarización también está garantizado para los niños y adolescentes alojados en instituciones sanitarias y hogares de asistencia social. La educación y la crianza individual de los niños y adolescentes se organizan en una escuela especial o en una escuela pública ordinaria en la que vive el niño.

El sistema de atención y asistencia a los niños con dificultades de aprendizaje incluye la prevención, el diagnóstico y la terapia. Los alumnos con discapacidades de aprendizaje específicas diagnosticadas siguen asistiendo al centro donde aprenden, pero reciben actividades adicionales para apoyar su desarrollo.

Chipre sigue las mismas políticas a la hora de integrar a estos niños en la sociedad, sin discriminar sus variaciones de discapacidad. Los alumnos con NEE tienen el mismo derecho a la educación que cualquier otro alumno. En la medida de lo posible, deben tener todas las posibilidades disponibles para una educación, formación, dirección y rehabilitación equivalentes.

Los alumnos matriculados en educación y formación especiales asisten a escuelas ordinarias, unidades o escuelas especiales equipadas con la infraestructura necesaria. Éstos se adaptan a sus necesidades específicas, así como a su Programa Educativo Individualizado (PEI), que es elaborado en colaboración con los profesores y los padres del alumno por los Coordinadores de Educación Especial (SENCO, siglas en inglés).

La mayoría de los alumnos con NE asisten a escuelas ordinarias y siguen el plan de estudios habitual, que puede modificarse para satisfacer sus necesidades específicas. En cuanto a las dificultades especiales de aprendizaje, los alumnos reciben apoyo en algunas asignaturas de forma individual o en grupos de no más de cuatro alumnos. Dependiendo de las necesidades de los alumnos, también se proporciona apoyo en otras asignaturas.

Cuando a los niños con NEE en **Grecia** les resulta extremadamente difícil asistir a las escuelas ordinarias o a los cursos de integración debido a sus necesidades, asisten a escuelas de educación especial; asisten a escuelas o departamentos que funcionan como unidades autónomas o anexos de otras escuelas dentro de determinados hospitales, unidades de rehabilitación, centros de internamiento de menores y centros de enfermedades crónicas que atienden a niños con NEE; y si no pueden asistir a la escuela por problemas de salud a corto o largo plazo, pueden recibir clases en casa. Las competencias de los Centros Interdisciplinarios de Evaluación, Asesoramiento y Apoyo (KE.D.A.S.Y, siglas en griego) incluyen la formulación de recomendaciones adecuadas para la escolarización.

En los centros en los que no existen Comités de Evaluación y Apoyo Educativo de Diagnóstico (EDEAY, siglas en griego), se crea un equipo de Apoyo Educativo al Alumnado para cubrir las necesidades del centro. En este marco de apoyo, existe un enfoque interdisciplinario de la política de inclusión.

En los últimos años se ha reforzado aún más la capacidad integradora de los centros escolares mediante la contratación de psicólogos y trabajadores sociales en aquellos centros que necesitan apoyar a grupos socialmente vulnerables o en los que es necesario aplicar programas de apoyo psicosocial y emocional.

El pasado curso 2020-2021 en **España** el número de alumnos con NE que asistían a un colegio ordinario era mayor (82,9%) que los que asistían a un colegio especial (17,1%). Como se puede observar son muchos más los alumnos que acuden a un colegio ordinario que a uno especial. Esto es muy importante, porque, aunque haya escuelas especiales, las familias apuestan por la diversidad y dan una oportunidad a las escuelas ordinarias.

Las principales estrategias de atención a la diversidad que se ofrecen en España a las personas con TEA en los centros educativos son las adaptaciones curriculares. Las adaptaciones curriculares son ajustes o modificaciones que se realizan en los diferentes elementos del currículo para dar respuesta a las NEE. Las personas con DI son perfectamente capaces de asistir a un colegio ordinario. Sin embargo, hay algunos colegios públicos que no cuentan con recursos y profesionales suficientes, por lo que algunas familias optan por llevar a sus hijos a colegios de educación especial porque allí están mejor atendidos. Esto no es en absoluto inclusivo, por lo que actualmente España está cambiando en este sentido. Es importante y necesario abordar el tema de la inclusividad a través de actividades que promuevan el respeto a la diversidad. Talleres, visitas a centros de educación especial, visionado de vídeos, voluntariado, conocer historias reales son algunos ejemplos de estas actividades.

La ley en **Italia** promueve la inclusión escolar de todos los niños con discapacidad, incluidos los que tienen DI y autismo. En ambos casos, se asigna un profesor de apoyo que promueve y fomenta el proceso de inclusión escolar, aplicando intervenciones personalizadas que tienen en cuenta el perfil de cada alumno. Los alumnos con autismo están protegidos por la Ley Marco 104 de 1992, que garantiza el derecho a la educación en las escuelas de todos los niveles, incluidas las universidades. Hasta la finalización del bachillerato, tienen derecho a tener un profesor de apoyo y a utilizar medidas dispensadoras y compensatorias. Los estudiantes con un diagnóstico de dificultades específicas del aprendizaje tienen derecho a beneficiarse de medidas especiales de flexibilidad educativa durante la educación y la formación y en los estudios universitarios. Sin embargo, no tienen derecho a tener un profesor de apoyo.

En **Lituania**, el enfoque integrador puede aplicarse junto con la tutoría personalizada, que ayuda a garantizar un equilibrio entre las posibilidades de aprendizaje de los alumnos y sus NEE. El enfoque integrador incluye el contenido de la educación, la formación del profesorado, la asistencia a los alumnos y a los profesores, así como el proceso de evaluación y organización. La escuela debe proporcionar a los niños con NEE (niños con trastornos conductuales y emocionales, trastornos del espectro autista, niños con problemas de movimiento y/o posicionales, intelectuales, etc.) las herramientas pedagógicas especiales y los instrumentos de apoyo técnico educativo necesarios para prestar un servicio educativo de calidad.

4. El papel de los padres

El autismo es algo de lo que cada vez más gente es consciente, pero todavía hay mucha desinformación. Es posible que los miembros de tu familia no sepan lo que significa o que tengan una comprensión limitada o sesgada de cómo es. Puede que tengan un estereotipo de lo que es el autismo (que a veces incluye el déficit intelectual) que no se ajusta a su hijo. También pueden tener un deseo comprensible, aunque equivocado, de resistirse al diagnóstico.

"Recibir inicialmente un diagnóstico es un acontecimiento muy grande, que a veces pone en entredicho las percepciones de los padres sobre lo que imaginaban que sería la paternidad", dice el Dr. Silverman. Lo mismo ocurre con los abuelos. "A veces los familiares, al igual que los padres, necesitan un tiempo extra para encajar las piezas. La frustración, la confusión o el enfado no son extraños. A veces necesitamos tiempo para procesarlo", dice. En pocas palabras, se trata de una cuestión de aceptación. Si el reconocimiento no deseado y resistido se instala en la conciencia de los padres, su papel y su apoyo a sus hijos con autismo se vuelven cruciales.

A) Respuesta al diagnóstico

Enterarse de que a tu hijo le han diagnosticado autismo o déficit intelectual es un momento duro en tu vida. De repente, tu vida puede ser muy diferente de lo que esperabas. Lo primero que te preocupa es tu hijo y lo que significará para sus experiencias vitales. Te preocupa cómo os adaptaréis tu familia y tú en los próximos años. Te preocupas por los retos diarios del cuidado de tu hijo. Se trata de un punto de inflexión importante en tu vida, así como en la de tu hijo y otros miembros de la familia. Recibir apoyo emocional e información objetiva que le ayude a sobrellevar la situación y a promover un futuro positivo para tu hijo y tu familia será fundamental durante este periodo.

La reacción de cada familia ante el diagnóstico será diferente dependiendo de muchos factores. Cuando a un niño se le diagnostica autismo, los padres y otros miembros de la familia suelen experimentar una serie de emociones incómodas. Tanto si se ha sospechado algo durante un tiempo como si el diagnóstico parece haber surgido de la nada, muchos padres experimentan un shock cuando escuchan las palabras "su hijo tiene autismo y/o tiene DI". Es posible que pases por periodos de negación o que te resistas a creer que esto le ocurre a tu hijo. Durante este tiempo, es posible que no puedas escuchar los hechos relacionados con tu hijo. La negación es una forma de afrontar la situación. Puede ser lo que te haga superar un periodo especialmente difícil. Es importante ser consciente de que puedes estar experimentando la negación, para que no interfiera en la toma de buenas decisiones sobre el tratamiento de tu hijo.

Algunos padres se lamentan de algunas de las esperanzas y sueños que tenían para su hijo antes de poder seguir adelante. Probablemente habrá momentos en los que te sientas triste. Permitirte sentir tristeza puede ayudarte a crecer.

Hay momentos en los que puedes sentirte aislado y solo. La soledad también puede provenir del hecho de que simplemente sientes que no tienes tiempo para ponerte en contacto con amigos o familiares para que

te hagan compañía. También es posible que sientas que, si te acercas a los demás, no te entenderán ni te apoyarán.

No es de extrañar que tu papel como padre cambie y que experimentes muchos sentimientos y emociones negativas y positivas. A continuación, se exponen las áreas de preocupación más frecuentes:

- Puedes sentirte agobiado por la responsabilidad diaria de cuidar a un niño con autismo.
- Puedes sentir la presión de convertirte en un experto en autismo y aprender todo de la noche a la mañana.
- Puedes preocuparte por el futuro del niño y de la familia.
- Puedes tener dificultades para encontrar el equilibrio y el tiempo para gestionar las tareas domésticas, los otros niños, las actividades diarias, etc.
- Puedes estar menos dispuesto a compartir tus sentimientos.
- Puedes estresarse por la situación económica de la familia y las incógnitas de la situación.
- Puedes desarrollar otros problemas como el estrés y la ansiedad que pueden afectar a la vida laboral.

B) Directrices para los padres

Debes ser consciente de que se espera que combines muchos papeles: profesor, padre, terapeuta o profesional. Sin embargo, una de las funciones más importantes que tendrás es la de ser el defensor de tu hijo. Abogar por tu hijo será un viaje de por vida que requerirá diferentes habilidades según las necesidades de tu hijo.

Hay siete principios fundamentales que debes seguir:

1. *Asumir la responsabilidad - Ser un líder*
2. *Aprender - Ser un experto*
3. *Pensar críticamente - Ser exigente*
4. *Hablar con autoridad - Ser proactivo*
5. *Documentar - Estar preparado*
6. *Colaborar - Ser un constructor de equipos*
7. *Educar - Ser la voz de su hijo*

Todas estas reglas se describen detalladamente en el libro de Areva Martin " Defensor del día a día: Defender a tu hijo con autismo".

Los padres de niños con autismo o de niños a los que se les ha diagnosticado un trastorno mental, pueden estar sometidos a un estrés tremendo. Puede parecer que nunca hay tiempo suficiente para hacer todo lo que hay que hacer. Es tanta la atención que se presta a un niño así que es habitual que los padres tengan poco o ningún tiempo de energía para otras tareas domésticas, para otros niños o simplemente para sí mismos. Entonces, ¿qué se puede hacer en esta situación?

He aquí algunos consejos valiosos:

- ✓ Participa de vez en cuando en actividades de ocio. Esto es crucial para la felicidad de tu hijo y de tu familia.



- ✓ Únete a un grupo de padres y/o a la Asociación de Padres y Madres de alumnos de educación especial de tu distrito escolar.
- ✓ Si puedes permitirte, contrata a un representante para que revise el programa escolar de tu hijo. Es posible que detecten las áreas de mejora o que te aseguren que están haciendo todo lo posible por tu hijo.
- ✓ Hazte voluntario en los actos escolares, así podrás conocer mejor el entorno escolar de tu hijo.
- ✓ Por muy difícil que sea tu hijo, acepta cualquier oferta de canguro que puedas y sal. También necesitas descansar.
- ✓ Educa a tus amigos y familiares y pídeles el apoyo que necesitas para revelar la dificultad de criar a un niño con autismo o déficit intelectual.
- ✓ Acude a todas las citas médicas para ti que has pospuesto hasta ahora. Tu salud también es importante.
- ✓ Participa en una marcha por el autismo o el déficit intelectual en tu comunidad. Te dará más fuerza.
- ✓ Cuida de ti mismo. Tienes que estar sano y feliz.

C) Crear una red de apoyo

Crear una sólida red de apoyo es crucial no sólo para tu hijo, sino también para ti, ya que te motiva a actuar.

En primer lugar, debes mantener tu matrimonio o relación fuerte. Es importante que te mantengas lo más conectado posible con tu cónyuge o pareja y que mantengas las líneas de comunicación abiertas porque seguramente experimentarás:

- *estrés adicional por navegar por el laberinto de agencias, fuentes de financiación y papeleo para ayudar a tu hijo;*
- *la pérdida de ingresos debido a que uno de los progenitores no trabaja para poder cuidar a su hijo y el gasto adicional que supone la contratación y gestión de cuidadores especializados;*
- *diferentes puntos de vista sobre los retos de tu hijo y las decisiones sobre los tratamientos e intervenciones;*
- *pérdida de amistades o pérdida de tiempo y energía para mantener amistades externas;*
- *muchas preocupaciones sobre el futuro de tu familia.*

Como son muchos los obstáculos que tendréis que superar, debéis proponeros estrechar lazos más fuertes que nunca. Debéis hablar abiertamente de vuestros problemas, aprender todo lo que podáis sobre el trastorno de vuestro hijo, pasar tiempo juntos y centraros en el presente para saber qué cosas podéis hacer mejor. Debéis compartir vuestras responsabilidades, es decir, las tareas de la casa, el cuidado de los niños, otras tareas, pedir ayuda si la necesitáis y, por último, priorizar lo que es importante para ambos. Quizá algunas cosas no requieran tanta atención.

Si has pasado por el proceso de diagnóstico de tu hijo, es porque está claro que no se desarrolla de forma típica o, si son mayores, tienen dificultades y deficiencias importantes. Los problemas que tienen pueden no ser visibles para todos los miembros de tu familia. Pero necesitas a las personas cercanas como aliadas para ayudar a tu hijo. Por lo tanto, conseguir que formen parte de tu equipo merece la pena.

Tu hijo, a pesar de su alteración, forma parte de tu familia y tu comunidad. Es más probable que la familia y los amigos formen parte de tu red de apoyo si comprenden tus necesidades y las de tu hijo. Por lo tanto, debes mantener a tu familia y amigos informados y actualizados sobre los progresos de tu hijo, así como sobre cualquier cosa que puedan hacer para ayudar o apoyar su desarrollo. Si no tienes familia en tu comunidad local, puedes considerar la posibilidad de mudarte más cerca de tu familia o amigos, donde tendréis una red de apoyo a la que recurrir.

También hay profesionales y grupos de apoyo eficaces en tu comunidad que tienen mucha experiencia y conocimientos para entender este proceso. Es posible que puedan ofrecerte ayuda a ti y a tu familia ampliada.

Otro paso para buscar apoyo es el que va más allá de los parientes y la familia extensa. Intenta unirse al grupo de padres que comparten un problema similar. Harás una conexión inestimable. Busca padres de niños con el nivel de autismo o DI de tu hijo mientras haces amigos. Estas personas te aportarán una gran cantidad de información y serán un salvavidas.

Si decides ser voluntaria en las actividades escolares, no sólo conocerás mejor al profesor de tu hijo y a los administradores de su escuela, sino que también harás amistad con otros padres.

Hay muchas organizaciones no gubernamentales, fundaciones, asociaciones o grupos informales que apoyan a los padres de niños con autismo o DI. Búscalos en tu entorno y ponte en contacto con ellos.

A veces merece la pena participar en una caminata de concienciación sobre el autismo o la DI en tu comunidad. Es muy interesante conocer a más familias como la tuya. Seguro que te dará fuerzas.

D) Cuidar de uno mismo

El cuidado de un niño con autismo puede ser físicamente agotador y supone un desgaste emocional. Las responsabilidades de la crianza pueden crear un estrés extraordinario. Intentar equilibrar tu tiempo y energía con las necesidades de tus otros hijos, las necesidades de tu relación y sus propias necesidades personales no es fácil. Lleva tiempo encontrar un buen equilibrio y ponerlo en práctica.

1. Cuida de ti mismo

Incluso durante 15 minutos al día. Tienes que cuidarte a ti mismo para poder cuidar a los demás. Dedica tiempo a ti mismo para poder hacer recados, relajarte o disfrutar del tiempo con tu pareja u otros miembros de la familia.

2. Piensa en lo que has conseguido

Piensa en todo lo que has conseguido ese día. Te sorprenderá lo larga que es esa lista y te sentirás mejor para empezar el día siguiente.

3. Piensa en positivo y céntrate en lo positivo

Todas las situaciones tienen lados oscuros y malos. Centrarte en lo positivo, como los progresos que está haciendo tu hijo o el increíble logopeda que has encontrado, te dará una motivación extra para actuar.

4. Respeta los hábitos familiares

Las tradiciones y los rituales dan a tu familia una mayor sensación de estabilidad. Sigue planificando salidas juntos, juegos de mesa o una barbacoa. Así, disfrutaréis del tiempo juntos y os dará una sensación de felicidad y "normalidad" a todos.

5. Date tiempo para adaptarte a la nueva realidad

Es obvio que habrá momentos duros, impotencia y emociones difíciles. Pero ten paciencia contigo mismo. Necesitas tiempo para aceptar el trastorno o la discapacidad de tu hijo. Pero recuerda que también experimentarás sentimientos de esperanza cuando tu hijo empiece a progresar.

6. No te olvides de tus amigos

Tus amigos siguen siendo importantes en tu vida. Si mantienes tus amistades, nunca te sentirás aislado.

7. Descubre tus intereses y pon en práctica actividades "autismo, fuera de lo normal"

Explora tus intereses creativos. Sé consciente de que tú también eres importante y de que eres algo más que el padre de un niño con un trastorno poco común.

8. Participa en las organizaciones comunitarias de autismo/discapacidad intelectual

A veces, las familias de personas con autismo/DI se sienten aisladas de los demás. Es importante conectar con familias que comparten experiencias similares y buscar el apoyo de otros.

9. Servicios de respiro

Si no tienes un familiar o amigo que haga de canguro, busca un servicio de relevo en tu zona para poder recargar las pilas y centrarte en ti, aunque sea de forma ocasional. Establecer una relación con un cuidador de relevo te permite disponer de un cuidador fiable para tu hijo en caso de emergencia familiar.

5. El papel del terapeuta

Los terapeutas trabajan como parte de un equipo que incluye a padres, profesores y otros profesionales. Ayudan a establecer objetivos específicos para la persona con autismo o DI. Estos objetivos suelen estar relacionados con la interacción social, el comportamiento y el rendimiento en el aula.

Los terapeutas pueden ayudar de dos formas principales: evaluación y terapia. Observan a los niños para ver si pueden hacer las tareas que se espera que hagan a su edad, por ejemplo, vestirse o jugar a un juego. A veces, el terapeuta hace grabar al niño durante el día para ver cómo interactúa con las personas y las cosas que le rodean.

Eso ayuda al terapeuta a determinar el tipo de atención que necesita el niño. El terapeuta puede observar detenidamente:

- capacidad de atención y resistencia
- transición a nuevas actividades
- habilidades de juego
- necesidad de espacio personal
- respuestas al tacto o a otros tipos de estímulos
- habilidades motoras como la postura, el equilibrio o la manipulación de objetos pequeños
- agresividad u otros tipos de comportamientos
- interacciones entre el niño y sus cuidadores

Cuando el terapeuta reúne toda la información necesaria, puede empezar a preparar un programa a medida. No existe un tratamiento ideal, pero se ha demostrado que una atención temprana, estructurada e individualizada es la que mejor funciona.

Un terapeuta puede centrarse en algunos aspectos cruciales:

- Actividades físicas, como ensartar cuentas o hacer puzles, para ayudar al niño a desarrollar la coordinación y la conciencia corporal
- Actividades lúdicas para ayudar a la interacción y la comunicación
- Actividades de desarrollo, como cepillarse los dientes y peinarse
- Estrategias de adaptación, como pasar por las transiciones

Los terapeutas son la clave. Los consejos y las intervenciones dirigidas a cada sentido ayudan a que el sistema nervioso del niño se organice y regule mejor. Esto puede reducir la ansiedad y el agotamiento del niño, y mejorar su atención y rendimiento. Principalmente promueven, mantienen y desarrollan habilidades funcionales para los alumnos en el entorno escolar y fuera de él. Entre ellas se encuentran principalmente el autocuidado, la productividad (regulación emocional, participación, habilidades organizativas) y el ocio (socialización con amigos, pertenencia a un grupo, habilidades motoras, participación en aficiones).

a) Principales retos

Los terapeutas se enfrentan a diferentes retos. Sin embargo, dependen principalmente del tipo de terapia/solución que sigan los profesionales con el niño/aprendiz dado. A veces ocurre que no hay obstáculos, ya que la terapia la lleva a cabo un profesor de confianza que desempeña el papel de mentor personal que conoce todas las necesidades y problemas de su pupilo.

Los obstáculos más frecuentes que mencionan los terapeutas son la falta de habilidades comunicativas, el miedo a la interacción incluso con los compañeros y el aumento de la emocionalidad y la sensibilidad de los niños que resultan ser demasiado sensibles. Los niños a veces se sienten aislados y necesitan un enfoque especial para superar este sentimiento.

De vez en cuando, ocurre que los niños pueden no seguir las reglas. Son hiperactivos y necesitan algunos descansos. El problema también se produce cuando el comportamiento y el estado de ánimo de los niños dependen del ambiente del hogar, lo que complica enormemente la terapia.

Aunque los terapeutas sigan un plan de acción detallado y un plan de estudios a medida, pueden detectar un progreso lento en los niños. Los profesionales sólo tienen que aceptar que cada niño tiene su propio ritmo de trabajo. Por lo tanto, teniendo en cuenta a los niños con DI, las escuelas deben adaptar el plan de estudios para satisfacer las necesidades específicas de este tipo de alumnos. En definitiva, el terapeuta debe ajustar el horario y el plan a las capacidades de un determinado niño. Teniendo esto en cuenta, las sesiones personalizadas permiten que los niños se familiaricen con el proceso y les dan más energía y una sensación personal de satisfacción. Un factor importante es empezar las sesiones desde la más tierna infancia para evitar posibles problemas y malos hábitos difíciles.

El espacio del grupo al que pertenece el alumno puede ser limitado. De hecho, una configuración espacial adecuada ayudaría a eliminar los estímulos externos y a atender mejor las necesidades individuales de los niños.

Entre los niños con un vocabulario expresivo y perceptivo muy pobre, acompañado de enormes dificultades de aprendizaje, los terapeutas pueden notar dificultades para planificar y coordinar los movimientos sucesivos para la producción del habla.

Según los terapeutas, se espera que apliquen los programas terapéuticos de forma inmediata y no hay tiempo suficiente para evaluar adecuadamente a los niños para que las terapias sean más funcionales y eficaces. Los profesionales a veces no tienen tiempo suficiente para constituir el grupo de forma adecuada para satisfacer sus necesidades y reforzar su desarrollo personal y educativo.

En situaciones difíciles, los terapeutas aconsejan poner en práctica una actividad de relajación individual para limitar las tensiones en el espacio dado y organizar a todos los niños más o menos al mismo nivel, eliminando así incluso durante un trimestre la sobreestimulación y la hiperactividad de algunos alumnos.

En general, un enfoque lúdico es siempre muy recomendable para superar los momentos difíciles. Se pueden utilizar varias estrategias para motivar a los alumnos a completar las actividades propuestas:

1. Utilizar el Modelo de Liberación Gradual de la Responsabilidad (el objetivo de este enfoque es la autonomía y la eficacia por parte del estudiante -idealmente, la capacidad de transferir la comprensión por sí mismo);
2. Refuerzos positivos, incluidos los verbales;
3. Animar constantemente a los alumnos a mantenerse concentrados y, en ocasiones, apoyarlos durante la actividad.

b) Las soluciones escogidas

La terapia más frecuente para los niños con autismo es un tratamiento **cognitivo-conductual** conocido como **psicoterapia**.

Para facilitar este proceso, es importante seguir los siguientes pasos:

- ✓ conocer en detalle al niño (sus intereses, preferencias, aficiones);
- ✓ analizar los comportamientos, creencias y pensamientos que puedan ser disfuncionales;
- ✓ hablar con los padres para conocer el comportamiento del niño en casa.

A continuación, es fundamental poner en práctica las nuevas habilidades cognitivas y sociales. Los terapeutas pueden conseguirlo mediante pictogramas. Los pictogramas son herramientas recomendadas para personas con DI, trastorno del espectro autista y trastorno específico del lenguaje. Esto se debe a que es un sistema de comunicación alternativo y aumentativo.

Pictogramas:

- ✓ proporciona diferentes formas de expresión; su objetivo es mejorar y compensar las discapacidades de comunicación y del habla;
- ✓ es una ayuda gráfica y un material de adaptación;
- ✓ facilita la comunicación y la accesibilidad cognitiva de todas las personas;
- ✓ facilita la inclusión de las personas con discapacidad en los ámbitos del autismo, la DI, el desconocimiento del lenguaje, la tercera edad, etc.

La psicoterapia es una terapia que ha surgido de la limitación de contemplar un trastorno desde un único punto de vista terapéutico. Permite abordar los problemas con las técnicas más eficaces. Esto multiplica las posibilidades de éxito.

La **musicoterapia individualista** basada en el enfoque **psicodinámico/psicoterapéutico** facilita que el individuo "exista en el aquí y ahora" de los encuentros, ya que puede en un momento dado con aceptación y apoyo con el objetivo principal de crear un marco seguro y confidencial. Este enfoque es en gran medida eficaz ya que la relación terapéutica se construye sobre las necesidades y deseos personales del individuo desde el punto de vista musical y existencial. La musicoterapia se dirige principalmente a personas con TEA. Cuando el niño se siente lo suficientemente seguro, canta canciones con el acompañamiento del piano con suficiente melodía en su voz. El resultado más deseable para el alumno sería recibir una combinación de musicoterapia y **terapia ocupacional**.

El autismo de Rob

Cada vez hay más pruebas de que los niños con autismo se sienten más cómodos relacionándose con robots que con personas. Los juguetes suelen ser más accesibles que las personas. Además, los niños con autismo también tienen en algunos casos, otro tipo de trastornos. Por ejemplo, un estudio reciente en el que se utilizó el **robot Milo**, con capacidad de asistencia social, descubrió que los niños con autismo participaban en un 70-80% del tiempo con Milo, en comparación con sólo un 3-10% del tiempo con los sistemas tradicionales. Los robots son una herramienta muy útil para mantener a los niños con TEA comprometidos y pueden ayudar a enseñar una variedad de temas, incluyendo habilidades de movimiento y computación.

Algunos **robots humanoides**, como el **Nao** o el **Milo**, están diseñados específicamente para satisfacer las necesidades de los niños con autismo que, en la mayoría de los casos (más del 90%), tienen también déficit intelectual. Elementos como la disminución de los rasgos faciales y los rasgos humanos pueden ayudar a salvar la brecha entre las personas con TEA y los robots y a involucrar a los alumnos en la comunicación y las habilidades sociales.

Entre las posibles tendencias futuras en este ámbito podría estar el desarrollo de pequeños robots personales diseñados para ser compañeros constantes que puedan ayudar en diversas áreas de la vida de estos niños.

Los robots sociales, como Buddy, se están convirtiendo en tecnologías cruciales para ayudar a las personas con autismo a integrarse mejor en la sociedad. Antes del nacimiento de Buddy, ha habido algunos robots sociales dedicados a ayudar a niños con NE. Algunas universidades han probado estos robots para mejorar las habilidades de interacción social y han demostrado que, mediante juegos de rol y otros escenarios, los niños con TEA pueden aprender habilidades de interacción social como la interpretación de sentimientos y la comunicación. El objetivo es que los niños salgan de su zona de confort. Trabajar con un robot que responde y reacciona, les motiva para conseguir el objetivo y no defraudar al acompañante. Esto es algo que los objetos inanimados, como los ordenadores o las tabletas, no pueden conseguir.

El siguiente ejemplo es **Ozobot**, un robot diminuto que se presenta en varias formas: el modelo Bits sólo tiene ruedas y un sensor, mientras que el **modelo Evo**, más avanzado, tiene conectividad Bluetooth y capacidad de programación. Utilizando marcadores de diferentes colores para indicar diferentes direcciones, los usuarios pueden dibujar caminos para que los sigan y darles órdenes como frenar, acelerar o parar.

Todos los Ozobots funcionan con una premisa similar, utilizando cámaras orientadas hacia abajo para detectar el color de la línea que tienen debajo. Siguen las líneas mediante un movimiento de vaivén (si la cámara detecta un cambio de negro a blanco, el Ozobot se desplazará para volver a la línea y continuar). Estas cámaras también detectan colores que dan diferentes órdenes a través de diferentes combinaciones de colores.

En este momento, Ozobot presenta una forma fácil y divertida de hacer que los niños se sientan cómodos con la robótica y la programación. El modelo más avanzado se puede programar realmente, pero es sencillo tener una hoja de códigos y limitarse a dibujar diseños en un papel con rotuladores de colores.

Peer Volunteers 'Mary and Max'- PMI se lleva desarrollado en Polonia desde 2012. Voluntarios y compañeros "Mary y Max" es un programa de amistad basado en manuales para adolescentes de alto rendimiento (a partir de 12 años) y adultos con TEA. El enfoque del programa es facilitar la relación uno a uno entre un participante y un voluntario, basada en sus intereses comunes y actividades de ocio conjuntas. El objetivo de organizar dicha relación es proporcionar a la persona con TEA una experiencia positiva y de apoyo asociada a un compañero, mejorar su competencia interpersonal autopercebida y aumentar la participación social, disminuyendo así la sensación de soledad y aislamiento.

El participante establece una relación con un voluntario de apoyo, tiene oportunidades de desarrollo personal y el potencial de aumentar la resiliencia, tiene acceso a actividades y recursos locales que antes estaban fuera de su alcance.

El núcleo del programa consiste en encuentros semanales individuales entre un participante y un voluntario que incluyen diversas actividades compartidas, planificadas y elegidas por ambas partes. Estos encuentros no están supervisados por profesionales ni por los padres y se celebran principalmente en público (por ejemplo, en un parque, un cine o una cafetería), lo que favorece el acceso de los participantes a la vida comunitaria. Tanto los participantes como los voluntarios reciben apoyo profesional para mantener la relación, proporcionado por un psicólogo que se asigna durante todo el programa. El psicólogo mantiene consultas individuales mensuales con el participante y el voluntario, trabajando en su iniciativa, motivación, planificación y organización de encuentros, expresión de emociones y, esencialmente, en las habilidades de psicoanálisis. Finalmente, el psicólogo ayuda a los participantes y a los voluntarios a decidir si quieren continuar su relación fuera del plan o resolverla en un proceso gradual y con apoyo. Aunque la evolución de una relación de apoyo hacia una amistad no es el objetivo del plan, la mayoría de los participantes y voluntarios expresan su voluntad de hacerlo, por lo que el papel del psicólogo es ayudarles a realizar dicha transición y a asumir la plena responsabilidad de la relación.

Los profesionales también llevan a cabo intervenciones educativas que residen en **técnicas de adquisición de perspectiva**. La adopción de un **enfoque lúdico** con el uso de la **tecnología** (pc, tableta, teléfono, etc.) también es crucial para el mejor rendimiento de un niño determinado desde una perspectiva de tiempo a corto plazo, ya que combina aspectos positivos y ayuda a crear un ambiente de aprendizaje que es menos estresante con el uso de las nuevas tecnologías que son hoy en día un aspecto muy importante en la vida de cada joven.

El Análisis de conducta Aplicado (ABA, siglas en inglés) es un enfoque científico que se utiliza a menudo en las intervenciones educativas para personas con autismo. El educador utiliza el método ABA para mejorar el comportamiento social del niño y formar o reforzar sus habilidades de comunicación.

El ABA incluye muchas técnicas para entender y cambiar la conducta. El ABA es un tratamiento flexible:

- puede adaptarse para satisfacer las necesidades de cada persona en particular;
- se ofrece en muchos lugares diferentes: en casa, en la escuela y en la comunidad;
- enseña habilidades que son útiles en la vida cotidiana;
- y puede implicar la enseñanza individual o en grupo.

El refuerzo positivo es una de las principales estrategias utilizadas en ABA. Cuando un comportamiento va seguido de algo que se valora (una recompensa), es más probable que la persona repita ese comportamiento. Con el tiempo, esto fomenta un cambio de comportamiento positivo.

En primer lugar, el terapeuta identifica un comportamiento objetivo. Cada vez que la persona utiliza el comportamiento o la habilidad con éxito, recibe una recompensa. La recompensa es significativa para la persona; por ejemplo, un elogio, un juguete o un libro, ver un vídeo, acceder a un parque infantil o a otro lugar, etc.

Las recompensas positivas animan a la persona a seguir utilizando la habilidad. Con el tiempo, esto conduce a un cambio de comportamiento significativo. Cabe mencionar que el uso de diferentes refuerzos, según el contexto, ayuda a alcanzar los objetivos fijados.

Simata es un método de intervención en la dispraxia para el desarrollo del habla. El uso de estímulos exógenos auditivos, visuales, táctiles y receptivos, potencia y ayuda directamente a la correcta colocación de las articulaciones y a la producción de cada fonema. La aplicación del método puede ser realizada por el terapeuta y el niño juntos o por el niño solo. En función de las necesidades del niño, el terapeuta puede proporcionarle los estímulos adecuados (visuales, auditivos, táctiles o receptivos) para ayudar a que hable.

El objetivo de este enfoque es la comunicación más eficaz y funcional del niño, su precisión articulatoria y su comprensibilidad. El objetivo del tratamiento es mejorar la secuenciación, el control preciso de la producción del habla y la pronunciación correcta de las combinaciones de los fonemas para la emisión de palabras y frases.

Simata suele ir acompañada del método **Makaton**, que es un programa de lenguaje que utiliza signos junto con el habla y los símbolos, para que las personas puedan comunicarse. Favorece el desarrollo de habilidades comunicativas esenciales como la atención, la escucha, la comprensión, la memoria y el habla y el lenguaje expresivo.

El método *Makaton* se implementa para crear una estructura de frase correcta y un uso adecuado de los nexos, pero el método *Simata* se utiliza para la mejora de las articulaciones y la dispraxia oral con muchos ejercicios orales. Aparte de estas soluciones, pueden aplicarse otros métodos, por ejemplo: **tocar y recitar, poemas con rima y canciones**. En la intervención terapéutica temprana, es aconsejable realizar sesiones personalizadas de **logopedia** y terapia ocupacional.

Para cada terapeuta y profesional, es importante trabajar con herramientas y ayudas para desarrollar la autonomía personal, entrenar las habilidades sociales y promover la educación emocional del niño que está siendo tratado. De esta manera se promueve la independencia del niño. Por estos motivos, es necesario personalizar el plan de estudios y, en función del tipo de trastorno, combinar algunas soluciones, por ejemplo, **logopedia, fisioterapia y taller de juegos**. Así, toda la terapia puede resultar exitosa mucho antes de lo esperado.

c) Cooperación con los padres

Todos los terapeutas y profesionales están de acuerdo en que una estrecha colaboración con los padres de los niños con DI, el personal médico, los educadores especializados, como el logopeda o el terapeuta ocupacional, es absolutamente vital para integrar toda la información procedente de las distintas fuentes con el fin de formar un programa de intervención adecuado. Todas estas personas son una especie de eslabones de la cadena. Si se desarticulan, no se conseguirá el resultado esperado de la terapia para el niño.

La colaboración con los padres varía. Si son conscientes de cómo funciona el autismo y saben dónde buscar ayuda, se informan por su cuenta: son las personas más abiertas a la cooperación con un profesor. También hay familias que no siguen los consejos de los terapeutas, por lo que es muy difícil colaborar con ellos. También surgen familias que actúan como si no hubiera ningún problema.

Es importante el convencimiento de los padres de que la escuela es útil para sus hijos sólo durante un tiempo determinado. Deben ser conscientes de que, si no siguen los métodos propuestos por la escuela, no superarán ciertos problemas. Cuando no hay una estrategia común con la familia, es difícil hacer un buen trabajo o alcanzar los objetivos marcados. Todas las personas que trabajan con un niño con DI deben recordar que se trata de un proceso a largo plazo. Es crucial establecer un lenguaje común con la familia para lograr un proyecto educativo exitoso a través del cual el niño pueda progresar en su desarrollo.

El grado de colaboración de los padres con los terapeutas depende del nivel de aceptación de la discapacidad de su hijo. Los padres intentan hacer todo lo posible para que su hijo funcione de la mejor manera posible. Por ello, buscan ayuda en varios lugares. Los educadores de personas con NE intentan hacerles entender que tienen que conseguir algunos resultados juntos, simplemente mediante una estrecha colaboración. El aprendizaje a distancia ha ayudado un poco. Muchas veces, los padres acompañan a sus hijos durante las clases online, por lo que su compromiso e implicación ha aumentado enormemente.

Debe haber un flujo de información fluido entre padres y profesores y viceversa. Ya sea por teléfono o mediante una reunión semanal cara a cara o una comunicación diaria si es necesario, los padres y los profesores trabajarán para conseguir el mismo objetivo y deben percibirse como aliados. Los padres no sólo necesitan la orientación de los profesores, sino también tener consultas con los especialistas para ser más resilientes y ayudar a su hijo apoyándolo en el proceso educativo. Para que una habilidad esté bien establecida y se aplique en la vida diaria, el papel de los padres es crucial. Tienen que capacitar a su hijo con discapacidad en todo momento y crear todas las condiciones necesarias para que pueda transferir estos nuevos conocimientos a su entorno familiar.

¿Cómo pueden los terapeutas facilitar el proceso?

Para que la cooperación con los padres sea más fluida, los educadores de personas con NE pueden organizar talleres de conocimiento y sensibilización para ellos. Los problemas de comunicación suelen derivarse de la falta de información, educación o conocimientos fiables.

Algunos profesores tienen reuniones más frecuentes con los padres de los alumnos con NE. Además, los padres también están en constante comunicación con las asociaciones que dirigen sus actividades diarias a los niños con discapacidades y sus familias. Estas organizaciones suelen ocuparse también del apoyo psicológico a los padres y familiares de estos niños. El objetivo principal de esas reuniones es simplemente entender el diagnóstico y sus consecuencias, comprender mejor los comportamientos del niño (a menudo agresivos) o aliviar adecuadamente sus malas emociones o frustraciones.

Algunas escuelas u otras instituciones pueden organizar reuniones ocasionales (por ejemplo, una asamblea al año), en las que se reúnen todas las personas pertinentes, desde los padres hasta los terapeutas, para hablar sobre los progresos del niño, ajustar sus objetivos personalizados, reformular el programa o la estrategia de tratamiento y abarcar cualquier factor que pueda afectar al comportamiento o al cambio del niño.

No obstante, los padres deberían tender a apoyar a su hijo, mejorar su autonomía y enseñarle a expresar sus necesidades, ya que estos factores pueden contribuir a mejorar la calidad de vida general del niño.

d) Autodefensa

En los últimos años, la autodefensa se ha convertido en un movimiento. Tanto los padres como los alumnos participan en este tipo de acciones. Es muy importante subrayar que todos los alumnos, en función de sus habilidades y capacidades, deben aprender a hablar por sí mismos y pedir un trato igualitario. En caso de que los alumnos no sean capaces de defenderse por sí mismos, los padres deben emprender algunas acciones y concienciar a la sociedad.

Cada vez hay más padres que parecen más activos y decididos a mejorar las condiciones y la calidad de vida de sus hijos. Difunden el mensaje de la diversidad y de cómo todos deben aceptarla.

La participación de los padres es importante. Suelen compartir información, buscar apoyo en diversas fundaciones e instituciones, por ejemplo, las que pueden proporcionarles apoyo psicológico.

En la mayoría de los casos las madres son más activas. Llevan un blog, apoyan a otros padres, profundizan en la ley y en muchas normas legales, dan algunos consejos y ofrecen apoyo mental a otros padres. Muestran a los demás que ser padre de un niño con DI es un proceso de aceptación a largo plazo.

6. Soluciones terapéuticas seleccionadas para niños con NE – Case Studies

Esta sección pretende proporcionar a los padres, profesionales, terapeutas y educadores de personas con NE algunas terapias seleccionadas de las que se beneficiaron alumnos con DI de entre 9 y 14 años. En cada estudio de caso se hace hincapié en el perfil de un alumno, su tipo de trastorno, la terapia seleccionada y los resultados obtenidos.

Estudio de caso no. 1

País: Lituania

1. Perfil:

Berzas (el nombre ha sido cambiado debido a la protección de datos personales) es un chico de 14 años. Está estudiando en el séptimo grado. Su intelecto es normal, el trastorno múltiple del desarrollo fue diagnosticado en la edad preescolar. Entre los 3 y los 6 años se aplicó la terapia ABA (análisis de conducta aplicado).

Habilidades del niño: Lee, escribe y comprende los textos que lee. Sigue el plan de estudios general.

Es educado. Se relaciona principalmente con adultos y niños menores que él. No tiene amigos en la clase, pero no está peleado con nadie. El niño tiene un hermano menor. Lee libros como enciclopedias, manuales, publicaciones sobre animales. Está matriculado en un colegio concertado, en una clase de 24 alumnos. Hay un asistente en el aula y una sala separada donde puede descansar y relajarse. También recibe ayuda de un profesor de apoyo dos veces a la semana (clases de lengua lituana y de matemáticas), un pedagogo social (una vez a la semana), un psicólogo si lo necesita.

La familia: Los padres son educados y se preocupan por la educación de su hijo.

2. Tipo de trastorno:

El síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo que no se caracteriza por el lenguaje o las deficiencias cognitivas, sino por las dificultades de comunicación. Una persona con síndrome de Asperger puede parecer extraña, no encaja con otras personas, tiene problemas de comunicación, comprensión mutua y falta de tacto emocional. Aunque este trastorno es incurable, una persona con el síndrome puede integrarse con éxito en la sociedad.

Las personas con síndrome de Asperger suelen tener una inteligencia entre moderada y avanzada. Desde una edad temprana, se interesan por todas las cosas (horarios, números diversos, listas, estadísticas), la erudición, la seriedad.

3. Contexto/tipo de terapia:

Se revisó el plan de estudios y se dio al niño la oportunidad de seguir un plan individual. También se adaptó el plan de estudios y se rebajaron las exigencias. El Plan Educativo Individual fue elaborado por un equipo de especialistas junto con los padres.

El número de clases se redujo ligeramente, pero el número de asignaturas básicas siguió siendo el mismo. Se suprimieron temporalmente las clases de educación física y danza. Los padres del alumno consultaron a psicólogos y psicoterapeutas. Aplicaron el método de los acuerdos, las reglas, los incentivos o la restricción de los placeres. Los viajes al campo y el ciclismo le ayudaron.

El equipo mantiene reuniones periódicas con los padres, con la frecuencia que consideren necesaria, para mantenerlos informados de los progresos de Berzas o de cualquier problema que surja.

4. Resultados:

Durante la cuarentena, Berzas se incorporó a las clases a distancia y estudió junto a la clase. La educación a distancia le vino muy bien. Los acuerdos y las reglas son muy importantes para el chico. Aprendió a cumplirlas. Además, debido a la regulación de los flujos, siempre está en un aula y esto le conviene. Los acuerdos, los estímulos, las rutinas diarias ya no son una fuente de ansiedad para él, y ya se siente mejor en la escuela con sus compañeros. Ciertamente, hay días diferentes, pero las sobrecargas emocionales son mucho más escasas y no suponen un riesgo para la salud del niño.

Estudio de caso no. 2

País: Lituania

1. Perfil:

Uosis (el nombre se ha cambiado por motivos de protección de datos personales) es un niño de 10 años. Está en el tercer año. La inteligencia es normal, se encontró un trastorno del desarrollo de múltiples características en la edad preescolar.

Habilidades del niño: Lee, escribe, entiende un texto. Es educado. Se relaciona principalmente con los adultos y los niños más pequeños que él. Tiene hermanos menores. Su contacto con ellos es bueno. Se preocupa y quiere a sus hermanos y le gusta mucho hablar de ellos. La familia tiene mascotas, un perro y un gato, y a Uosis también le gusta hablar de ellos. Lee enciclopedias, libros de consulta o literatura sobre animales.

Uosis va a un colegio de educación ordinaria. En su aula hay otros 24 alumnos y un profesor de apoyo. Hay una sala aparte donde puede relajarse y descansar. En el colegio ve a un logopeda dos veces por semana: Una vez, la clase es en un aula con otros alumnos y otra clase es individual. También recibe clases adicionales de lengua lituana y matemáticas (una por semana para cada asignatura), una vez a la semana da una clase con un profesor de personas con NE y también un psicólogo si lo necesita.

Familia: los padres son educados, se ocupan de la escolarización de su hijo. Uosis ha asistido antes a clases de delfinoterapia y equinoterapia. Dos veces por semana, después del colegio, va al Centro de Día, donde trabajan con él un psicólogo, un logopeda y un fisioterapeuta. También asiste a varias terapias con otros niños, como clases de arte y ejercicio.

2. Tipo de trastorno:

Síndrome de Asperger

3. Contexto/tipo de terapia:

Se revisó el plan de estudios y se dio al niño la oportunidad de estudiar según un plan individual. El plan educativo individual fue elaborado por un equipo de profesionales, junto con los padres.

Se redujo ligeramente el número de clases, pero se mantuvo el número de asignaturas básicas (lenguaje, matemáticas, ciencias sociales). También se aplicó la enseñanza a domicilio a tiempo parcial, en la que tenía clases individuales con un profesor auxiliar en una habitación separada. Se suspendieron las clases de música, educación física y danza. Junto con sus compañeros de clase, asistió a clases de inglés, arte, informática y clases especializadas (pedagogía y logopedia).

Durante la cuarentena, se incorporó a las clases a distancia y trabajó con la clase, en línea. En el tercer año de educación, pasó a la educación presencial. Se ajustó el plan de estudios, con la ayuda de un equipo de asesores que supervisaron su comportamiento en todo momento. El equipo de especialistas se reúne con los padres con la frecuencia necesaria para mantenerlos informados de los progresos de Uosis.

4. Resultados:

Los acuerdos y reglas que están escritos en la pizarra son muy importantes para el niño. Ha aprendido a cumplirlos. Gracias a estos acuerdos, incentivos y la agenda organizada, ya no se preocupa y le resulta más fácil pasar el tiempo en la escuela con sus amigos.

Durante las sesiones de logopedia, Uosis descubrió el placer de la creatividad al trasladar las reglas de la gramática a los juegos educativos de la plataforma Word wall.

El comportamiento de Uosis sigue siendo difícil, pero está mejorando. Ya no se esfuerza por seguir lo acordado ni corre por toda la clase gritando, haciendo ruido y siendo agresivo consigo mismo y con sus amigos.

Estudio de caso no. 3

País: Chipre

1. Perfil:

El alumno es un varón de 9-10 años, exigente en sus necesidades que expresa mostrando o conduciendo a un adulto a una botella de agua o comida. No sigue instrucciones y se mueve con cierta dificultad.

2. Tipo de trastorno:

El alumno está dentro del espectro autista. Percepción y comprensión limitadas, ausencia de habla expresiva, contacto visual limitado, no se auto-observa, hiperactividad, aislamiento social y no hay sensación de peligro. Necesita una supervisión constante.

3. Contexto/tipo de terapia:

La terapia impartida es una musicoterapia individualista basada en el enfoque psicodinámico / psicoterapéutico. Este enfoque facilita que el individuo "exista en el aquí y ahora" de los encuentros ya que puede en un momento determinado con la aceptación y el apoyo conseguir el objetivo principal de crear un marco seguro y confidencial. En el caso del estudiante este enfoque es ampliamente efectivo ya que la relación terapéutica se construye sobre las necesidades y deseos personales del individuo musical y existencialmente.

4. Resultados:

En el caso de este alumno, la disposición de un espacio-tiempo donde pueda moverse libremente con seguridad (espacio con almohadas, iluminación baja y restricción de sonidos) ayuda en algunos casos a que el alumno se organice y acepte mejor los intercambios musicales/sonoros (por ejemplo, golpes rítmicos en un tambor) mientras se improvisa y se le hace alguna pregunta planificada, con el fin de generar respuestas y contestaciones. Las aplicaciones utilizadas tienen un pequeño, pero buen resultado hasta ese momento.

Estudio de caso no. 4

País: Chipre

1. Perfil:

El alumno es un varón, que oscila entre los 12-13 años, exigente en sus necesidades que expresa, mostrando o conduciendo a un adulto a una botella de agua o comida. A veces puede decir agua o baño. Sigue las instrucciones cuando lo desea y cuando son claras. Tiene fuertes estallidos de ira que expresa con voces fuertes y reacciones graves. Se mueve con cierta dificultad.

2. Tipo de trastorno:

El alumno está dentro del espectro autista. El individuo tiene una percepción y comprensión relativamente buena de su entorno. Sin embargo, hay una ausencia de expresión del habla, uso de algunas palabras, contacto visual limitado, autosuficiencia, hiperactividad, aislamiento social y hay estereotipos muy intensos y crónicamente establecidos, en relación con las observaciones cinéticas y de comportamiento.

3. Contexto/tipo de terapia:

La terapia administrada es una musicoterapia individualista basada en el enfoque psicodinámico / psicoterapéutico. Este enfoque facilita que el individuo "exista en el aquí y ahora" de los encuentros, ya que puede en un momento determinado con la aceptación y el apoyo conseguir el objetivo principal de crear un marco seguro y confidencial. En el caso del alumno, este enfoque es eficaz en gran medida, ya que la relación terapéutica se construye a partir de las necesidades y los deseos personales del individuo desde el punto de vista musical y existencial. Cuando se siente lo suficientemente seguro, canta letras de canciones infantiles inglesas acompañado de un piano con suficiente melodía en su voz.

4. Resultados:

En el caso del alumno la provisión de un espacio-tiempo donde pueda moverse libremente con seguridad (espacio con almohadas, iluminación baja y restricción de sonidos) ayuda en algunos casos al alumno a organizarse y ser más aceptado en los intercambios musicales / sonoros. Por ejemplo, golpes rítmicos en un tambor con improvisación en forma de pregunta de respuesta y una canción infantil inglesa como "The wheels on the bus go round and round" donde se complementa eficazmente la letra. Las aplicaciones utilizadas tienen un pequeño, pero buen resultado hasta ese momento.

La retirada del alumno del contexto grupal y la realización del tratamiento a nivel individual en una sala convenientemente adaptada con limitados estímulos externos fue un factor facilitador de su terapia.

El resultado más deseable para el alumno sería recibir una combinación de tratamiento entre Musicoterapia y Terapia Ocupacional. Debido a que en el contexto escolar el programa terapéutico debe ser implementado inmediatamente, no hay tiempo suficiente para la evaluación adecuada de los niños para que se creen terapias adicionales donde serían necesarios programas terapéuticos más funcionales. El espacio del grupo al que pertenece el alumno podría estar más correctamente configurado para que las necesidades del niño sean atendidas con mayor eficacia.

Estudio de caso no. 5

País: Polonia

1. Perfil:

Una niña de doce años (que asiste a una escuela de educación especial) participó en la terapia basada en Ozobot. Se sentía incómoda en situaciones nuevas, era muy reservada e introvertida. Era capaz de comunicarse con las personas que conocía muy bien. Sorprendentemente, estableció contactos con cualquier persona sin problemas. Un profesor pudo observar los comportamientos difíciles y a veces inexplicables de la niña, lo que hizo que se eliminara de la comunidad escolar. La niña reaccionaba mal ante cualquier cambio en el entorno. Su ritmo de trabajo era lento. Tenía problemas para terminar una tarea y también para concentrarse, lo que consecutivamente inhibía su capacidad

de aprender y recordar información y le hacía sentirse frustrada. Se comportaba de forma rutinaria, pero no era capaz de pensar por sí misma.

Esto ocurre cuando los niños con autismo desarrollan una isla de habilidad. La niña de doce años se aprendía las letras de las canciones y los cuentos de memoria con extrema rapidez. Esta habilidad le dificultaba mucho el funcionamiento en situaciones nuevas, porque recreaba los cuentos completos o los esquemas de acción, sin adaptarlos a las nuevas circunstancias.

2. Tipo de trastorno:

Discapacidad intelectual moderada, TEA (discapacidad múltiple)

TEA - Los trastornos del espectro autista se clasifican como trastornos generalizados del desarrollo e incluyen el autismo, el síndrome de Asperger, así como el autismo atípico y otros trastornos generalizados del desarrollo. Estas últimas categorías se dan en personas que no cumplen todos los criterios del autismo, pero que tienen diversas dificultades específicas para establecer relaciones con los demás.

Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) suelen presentar una llamativa falta de interés y capacidad de interacción, una capacidad limitada de comunicación y muestran comportamientos repetitivos y angustia ante los cambios. Los niños con este trastorno no son capaces de decodificar el lenguaje corporal, las expresiones faciales o reconocer la importancia del espacio personal. Los padres y cuidadores de niños con autismo y otras necesidades especiales suelen tener dificultades para comunicarse e interactuar con sus hijos.

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo complejo, que dura toda la vida y cuya causa es en gran medida desconocida. La prevalencia del TEA se ha estimado entre el 1% y el 3% en niños y adolescentes. Los déficits del lenguaje están presentes en la mayoría de la población con TEA y tienen un impacto significativo en la comunicación y la interacción. Se considera una de las principales causas de discapacidad en los niños con TEA, que a menudo requieren altos índices de apoyo, lo que impone no sólo un alto coste social, sino también una importante carga económica, emocional y física para las familias (Seteropoulos et al., 2020).

Una teoría prominente del TEA postula que los individuos afectados encuentran los estímulos sociales menos gratificantes que sus compañeros neurotípicos, lo que conduce a un deterioro de las habilidades sociales (Chevallier et al., 2012b).

3. Contexto/tipo de terapia:

Método aplicado: Ozobot

Este pequeño robot se presenta en varias formas: el modelo Bits sólo tiene ruedas y un sensor, mientras que el modelo Evo, más avanzado, tiene conectividad Bluetooth y capacidad de programación. Utilizando marcadores de diferentes colores para indicar distintas direcciones, los

usuarios pueden dibujar caminos para que los siga y darles órdenes como reducir la velocidad, acelerar o parar.

Ozobot presenta una forma fácil y divertida de hacer que los niños se sientan cómodos con la robótica y la programación. El modelo más avanzado se puede programar, pero es sencillo tener una hoja de códigos y limitarse a dibujar diseños en un papel con rotuladores de colores.

4. Resultados:

Se alcanzaron todos los objetivos previamente definidos. La niña mejoró la comunicación, la interacción con los demás, la concentración y la motivación para realizar tareas, la grafomotricidad y el pensamiento lógico. Todas estas habilidades y competencias que la niña mejoró pueden ser utilizadas tanto en la escuela como en el entorno no escolar. También pueden ser transferibles a otras áreas de la vida de la niña.

Este tipo de terapia era una forma de juego para el alumno, y al mismo tiempo el profesor podía alcanzar los objetivos definidos/asumidos.

En general, los niños con autismo están muy dispuestos a utilizar los Ozobots: codifican, programan y sienten que tienen una fuerza motriz al guiar al robot.

Estudio de caso no. 6

País: Polonia

1. Perfil:

Una niña de catorce años participó en el programa de intervención asistida por iguales (PMI, siglas en inglés). Se sentía incómoda en situaciones nuevas. Era extremadamente tímida e introvertida, con baja autoestima. Tenía grandes problemas para establecer nuevas relaciones e interactuar con los demás. Era emocionalmente estable. Por otro lado, ansiaba establecer nuevas relaciones.

La chica necesitaba tiempo para responder a una pregunta. Era demasiado tímida para preguntar si no entendía algo. Por lo tanto, un voluntario que pasara tiempo con ella tenía que ser muy paciente. No era muy creativa. Las reacciones de sus compañeros, que en ocasiones se burlaban de sus limitaciones, la hacían extremadamente reservada. No iniciaba ninguna relación. Tiene una familia biológica feliz que la apoya plenamente.

La participante de catorce años del programa de intervención asistida por iguales (PMI) tenía talento artístico y musical. En este caso concreto, estas habilidades no se consideran un islote de capacidad, ya que están determinadas principalmente por la paciencia y la perseverancia de la niña.

2. Tipo de trastorno:

TEA - Trastorno del espectro autista

3. Contexto/tipo de terapia:

Método aplicado: PMI (Compañeros voluntarios "Mary y Max")

Se trata de un programa de acompañamiento basado en manuales para adolescentes voluntarios (a partir de 12 años) y adultos con TEA (a los que nos referimos como "participantes"). El enfoque del programa es facilitar la relación uno a uno entre un participante y un voluntario, basada en sus intereses comunes y en actividades de ocio conjuntas. El objetivo es proporcionar a la persona con TEA una experiencia positiva y de apoyo asociada a un compañero, mejorar su competencia interpersonal autopercibida y aumentar la participación social, disminuyendo así la sensación de soledad y aislamiento.

El núcleo del programa consiste en encuentros semanales individuales entre un participante y un voluntario que incluyen diversas actividades compartidas, planificadas y elegidas por ambas partes. El programa supone encuentros regulares entre las parejas durante un periodo mínimo de 8 meses.

Acciones realizadas

La pareja (la chica de catorce años y el voluntario) organizó sus encuentros regulares en entornos extraescolares como: el jardín botánico, el zoo, un restaurante o un cine. También jugaban juntos a los bolos o al billar. También paseaban mucho. Durante estas reuniones debatían sobre cualquier tema que les interesara a ambos. Los participantes socializaban con sus compañeros, no sólo durante los encuentros individuales, sino también durante las reuniones de grupo, por ejemplo, jugando a juegos de mesa. Además, se organizaron talleres separados para los participantes y los voluntarios.

4. Resultados:

Se alcanzaron todos los objetivos previamente definidos. El cambio general en la niña con autismo fue espectacular. La niña mejoró la comunicación, la interacción con los demás, la concentración y la motivación para realizar tareas. Desarrolló enormemente sus habilidades sociales. Superó su timidez y empezó a iniciar relaciones por sí misma. Todas estas habilidades que la niña mejoró pueden utilizarse tanto en la escuela como en el entorno no escolar. También pueden trasladarse a otros ámbitos de la vida de la niña. La socialización en el grupo fue importante para ella. Le ayudó a comprender una especie de "alteridad" o rareza/peculiaridad de los niños y jóvenes con TEA. Estaba dispuesta a continuar este experimento y siguió saliendo con sus compañeros después de que el programa terminara.

Estudio de caso no. 7

País: España

1. Perfil:

Arnau es un niño de cinco años que va a la escuela normal y cuya pasión son los coches. Es tímido y poco hablador. Muestra falta de interés y de capacidad para interactuar, así como una capacidad de comunicación limitada. Tampoco es capaz de decodificar el lenguaje corporal y las expresiones faciales ni de reconocer la importancia del espacio personal.

Arnau es un niño con un coeficiente intelectual inferior al de su edad. Tiene importantes dificultades para relacionarse con la gente y entender las convenciones sociales.

Se siente incómodo en situaciones nuevas, reacciona ante cualquier cambio en el entorno y desarrolla problemas afectivos, sin saber hacer y mantener amigos, e incluso ha sido acosado en el pasado.

Arnau también tiene dificultades para aprender en la escuela, porque tiene una forma especial de procesar la información. Además, no adapta los métodos didácticos a sus necesidades y características.

2. Tipo de trastorno:

Trastorno del Espectro Autista (TEA) - uno de los Trastornos Generalizados del Desarrollo

Este trastorno incluye problemas de desarrollo y alteraciones del funcionamiento. Existen diferentes niveles de gravedad. Los síntomas del autismo son:

- Déficit de interacción social. No responden a los gestos y miradas de las personas que les rodean. Tampoco buscan el contacto con otras personas. Prefieren jugar solos.
- Problemas con el lenguaje verbal y físico. A menudo no tienen un lenguaje inteligible o repiten las palabras que escuchan. También confunden el orden de las palabras o las utilizan con un significado determinado.
- Comportamientos repetitivos o estereotipados. Se interesan por una sola cosa de forma exagerada e inflexible. Por ejemplo: los neumáticos de los coches, los libros rojos...
- También muestran movimientos corporales estereotipados, como agitar las manos.

El autismo es el resultado de una alteración del desarrollo normal del cerebro en una fase temprana del desarrollo fetal. La causa son posibles defectos en los genes que controlan el crecimiento del cerebro y regulan la comunicación entre las neuronas.

3. Contexto/tipo de terapia:

Con el TEA es necesario aplicar un tratamiento cognitivo-conductual como la psicoterapia.

Para facilitar este proceso, es importante conocer al niño en detalle, analizar los comportamientos, creencias y pensamientos que puedan ser disfuncionales y hablar con los padres para conocer el comportamiento del niño en casa. A continuación, hay que poner en práctica las nuevas habilidades cognitivas y sociales. Se puede conseguir a través de pictogramas.

Los pictogramas son ayudas gráficas y material de adaptación. Son herramientas recomendadas para personas con DI, trastorno del espectro autista y trastorno específico del lenguaje. Esto se debe a que es un sistema de comunicación Alternativa y Aumentativa, que proporciona diferentes formas de expresión para hablar, facilita la comunicación y la accesibilidad cognitiva de todas las personas y facilita la inclusión de las personas con discapacidad en los ámbitos del autismo, la DI, el desconocimiento del lenguaje, también las personas mayores, etc.

Todas las actividades y situaciones se adaptan a sus necesidades con la ayuda de apoyos visuales. Esto facilita las estrategias y los recursos de la práctica. Por ello, los pictogramas son adecuados y apropiados para las personas con autismo, porque ayudan a mejorar las habilidades sociales o la expresión de sentimientos. Los pictogramas también pueden apoyar el proceso de comunicación. Esto mejora las dificultades en las habilidades sociales y las dificultades de aprendizaje en la escuela.

4. Resultados:

La psicoterapia es una herramienta esencial para trabajar con los trastornos del espectro autista. Es un proceso complicado de desarrollar y por ello, los inicios fueron complicados, pero con el tiempo Arnau se ha adaptado a este método. Esto fue posible gracias a la función de los pictogramas. Los pictogramas ayudaron a que la terapia tuviera éxito. A los niños con autismo les gusta mucho utilizar los pictogramas, porque les ayudan a organizar sus pensamientos y a comunicarse.

En el caso de las discapacidades leves, es difícil ver muchos cambios en poco tiempo. Es un proceso largo que requiere dedicación y trabajo duro. Los métodos y recursos proporcionados están mejorando su control emocional, sus habilidades sociales y su comunicación. Esto lleva a una mejora de su rendimiento académico. Así, está aprendiendo diferentes formas de desarrollar la comunicación, de mejorar la interacción con los demás, de resolver los problemas afectivos y las dificultades en el aprendizaje escolar, de comprender las convenciones sociales.

Estudio de caso no. 8

País: Spain

1. Perfil:

María nació por cesárea el 7 de mayo de 2002 y ahora tiene once años. Es la menor de sus tres hermanos. Tiene una hermana de 19 años y otra de 24 años. Su madre tiene 50 años y su padre 54.

A María le diagnosticaron el síndrome de Down, con una discapacidad del 52%. Tiene rasgos físicos típicos de su síndrome, pero no demasiado pronunciados. Además de su discapacidad, tiene enfermedades concomitantes como un defecto cardíaco congénito, miopía y problemas ortopédicos.

Va a un colegio normal y su capacidad de relacionarse es buena. No tiene dificultades para relacionarse con sus compañeros ni con los adultos. En cuanto a su personalidad, es bastante testaruda cuando quiere conseguir algo. Sin embargo, es cariñosa y siempre está dispuesta a ayudar.

María tiene dificultades para expresarse lingüísticamente, debido a sus rasgos faciales.

2. Tipo de trastorno:

El síndrome de Down es una alteración genética causada por la presencia de un cromosoma extra en el par cromosómico 21. En el síndrome de Down hay 47 cromosomas en las células en lugar de los 46 habituales. Este defecto congénito se produce de forma natural y se forma espontáneamente sin que haya que hacer nada al respecto. En estos casos, hay una alta incidencia de defectos cardíacos congénitos de diversa índole. Así como frecuentes infecciones de las vías respiratorias.

Las personas con síndrome de Down muestran rasgos estereotipados de personalidad y comportamiento. Son obedientes, sonrientes, de buen carácter y fáciles de manejar. Además, a veces tienden a ser tercos y voluntariosos. Sin embargo, estas características son generalizadas porque no hay dos personas iguales.

Los niños con síndrome de Down aprenden a sentarse, a caminar y a decir sus primeras palabras más tarde que otras personas sin esta discapacidad. El lenguaje hablado suele seguir patrones similares a los de otros niños sin discapacidad. Sin embargo, el inicio y el desarrollo son más lentos. Tienen un gran potencial educativo, que desarrollarán según sus posibilidades y capacidades. Sin embargo, este proceso es lento y necesitan educadores especiales que complementen la labor de los profesores en el aula.

3. Contexto/tipo de terapia:

Logopeda:

Debido a sus dificultades con la articulación del habla, le hemos recomendado un logopeda.

María asiste a dos sesiones individuales de una hora con el logopeda cada semana. Allí aprende a desarrollar su habla mediante actividades y juegos. De este modo, mejora su atención, imitación, respiración, discriminación aditiva, movilidad bucal, etc.

Además, la logopeda es una oportunidad para estimular la intención comunicativa. Le proporciona herramientas y recursos para expresar sentimientos y emociones. También realiza ejercicios destinados a mejorar la articulación de los sonidos del habla y su expresión en palabras y frases.

Fisioterapia:

Este método tiene como objetivo fortalecer los músculos para evitar los pies planos y las rodillas en valgo, fortalecer el abdomen y desarrollar ejercicios de higiene postural.

Los ejercicios consisten en trabajar la postura correcta al sentarse, acostarse, jugar e incluso llevar una mochila. Asimismo, los ejercicios tienen como objetivo mejorar la respiración y la flexibilidad de la columna vertebral, hacer ejercicios abdominales y fortalecer sus músculos. De este modo, se consiguen patrones de movimiento anormales y problemas ortopédicos.

Además, hay otros ejercicios que no son típicos de la fisioterapia pero que son necesarios. Por ejemplo, María ha aprendido que cuando termina de usar un material, debe volver a colocarlo en su sitio, comportarse adecuadamente, ser paciente, etc.

Taller de juegos:

Las actividades de este taller tienen como objetivo mejorar su comunicación, socialización e integración. Esto es posible a través de juegos simbólicos y basados en reglas. También se fomenta la cooperación mediante el desarrollo de actitudes y habilidades para el trabajo en equipo y la resolución pacífica de conflictos.

Los participantes deben ser evaluados en función de sus habilidades personales, de los objetivos fijados y del nivel de aprendizaje alcanzado.

4. Resultados:

Era importante trabajar con herramientas y ayudas que ayudaran a María a desarrollar su autonomía personal, a entrenar sus habilidades sociales y emocionales y a mejorar su comunicación, su interacción con los demás y su autonomía. De este modo, se fomentará su independencia. A partir de estas necesidades, es necesario que las escuelas adapten el currículo para satisfacer las necesidades específicas de este tipo de alumnos.

Debemos estar siempre atentos a sus necesidades y adaptarnos a ellas. Por lo tanto, tenemos que ser conscientes de que María tiene que repetir la misma actividad varias veces. Esta forma de adquirir el concepto y no pedirle que haga más de lo que puede hacer. Sin embargo, tampoco hay que pedirle que haga menos.

Este caso concreto nos muestra lo importante que es empezar las sesiones desde el nacimiento para evitar posibles problemas y malos hábitos difíciles.

Estudio de caso no. 9

País: Italia

1. Perfil:

Stefan es un niño de 9 años y su familia está formada por ambos padres y dos hermanas, una mayor y otra menor.

Su competencia lingüística y comunicativa está deteriorada ya que tiene un vocabulario pobre y su discurso no es fluido.

También hay problemas familiares que hacen más complicado el trabajo sobre sus dificultades.

2. Tipo de trastorno:

Stefan tiene un implante coclear, ya que padece una sordera severa, y se le detectaron otros dos problemas durante el crecimiento: una DI leve y un trastorno del comportamiento de oposición. Su discapacidad, también le lleva a tener dificultades para leer y escribir. Todas estas características dificultan la comunicación de Stefan con los demás.

3. Contexto/tipo de terapia:

Dentro y fuera de la clase, el educador propone ejercicios y actividades a realizar con el uso del PC. Esta decisión se tomó porque el enfoque lúdico de un ejercicio de enseñanza con el PC resultó ser exitoso en cuanto a la consecución de los objetivos fijados.

Por lo general, el ejercicio se basa en la adquisición y puesta en práctica de la lectura global utilizando CAA (comunicación alternativa y aumentativa). Las imágenes de CAA pueden ser las ya existentes o pueden ser creadas en el momento.

Por ejemplo, para representar un estado emocional como el enfado, el educador propone a Stefan que ponga cara de enfado, le hace una foto, ambos la miran para decidir si está bien y luego la suben al PC. De esta manera la comunicación que se crea es directa, visual y Stefan puede identificarse con ella.

Esta herramienta es esencial para que Stefan entienda cómo interactuar con otros compañeros y poner en práctica una comunicación funcional.

4. Resultados:

La intervención educativa tenía como objetivo poner en práctica las habilidades lingüísticas y comunicativas de Stefan. Este objetivo se decidió para permitir una mayor integración e inclusión de Stefan dentro de su clase. Al poder interactuar con sus compañeros, Stefan puede ganar más autoestima sobre sus capacidades y estar más estimulado para mejorar sus habilidades.

En la base de cualquier intervención terapéutica/educativa debe estar la autodeterminación de la persona con discapacidad, sólo así se pueden definir objetivos comunes y estructurar una intervención personalizada.

Con la adopción de un enfoque lúdico con el uso de la tecnología (pc, tablet, teléfono, etc.), el educador dio a Stefan la posibilidad de elegir la actividad entre las propuestas. El educador tomó esta decisión con el fin de desencadenar el razonamiento en Stefan sobre la conciencia y la forma en que puede elegir por sí mismo.

Después de este trabajo, el educador pudo observar una mejora en el aprendizaje de Stefan, en su capacidad para realizar tareas de forma independiente.

Estudio de caso no. 10

País: Italia

1. Perfil:

A. es un niño de 9 años que es hijo único con ambos padres presentes. El diagnóstico se recibió tarde y aún no ha sido aceptado plenamente por la familia.

Es un niño muy tímido y a veces no está claro si sus dificultades de comunicación se deben a la falta de comprensión de la petición o a su miedo a exponerse.

También tiene dificultades para escribir, sobre todo para sujetar correctamente el bolígrafo o el lápiz, pero aún no se ha establecido si también existe un problema de disgrafía.

2. Tipo de trastorno:

A. tiene una forma leve de autismo con un ligero retraso cognitivo.

A. no es capaz de crear frases personalizadas de forma espontánea. Utiliza frases estándar y sencillas en diferentes contextos sociales según las peticiones, repitiéndolas a partir de frases escuchadas por otras personas, como en la televisión o en la familia.

3. Contexto/tipo de terapia:

La actividad se desarrolla en el contexto escolar, principalmente durante las tardes extraescolares, y el educador tiene la función de apoyar con las tareas. A. puede realizar algunas tareas de forma autónoma, pero a menudo requiere la intervención del adulto como forma de confirmación.

En general, se trabaja en la motivación de A. y en la técnica del refuerzo: por cada tarea realizada correctamente por él mismo, el educador le da a A. un refuerzo, decidido conjuntamente de antemano. Por ejemplo, el reloj de arena era un instrumento de refuerzo. Al ver el paso del tiempo, A. fue capaz de autogestionarse sin la intervención de un adulto externo.

La educadora basa su intervención en el Análisis Aplicado del Comportamiento (ABA). El ABA es un enfoque científico que se utiliza a menudo en las intervenciones educativas para personas con autismo.

4. Resultados:

Junto con la familia de A., el educador ha establecido objetivos comunes para que el niño sea más autosuficiente y autodeterminado en el contexto del aula y para mejorar su rendimiento escolar, como la autonomía en la realización de tareas y la formulación de preguntas correctamente, la comprensión y decodificación de textos, ir más allá de la comprensión literal, aprender a conversar espontáneamente y limitar la repetición de frases estándar, desarrollar la destreza fina en las tareas de escritura.

El uso de diferentes refuerzos, según el contexto, ayudó a alcanzar los objetivos fijados. En el caso de A., el educador utiliza el método ABA para mejorar su comportamiento social y, en general, para implementar su competencia comunicativa.

Gracias al uso de la técnica de refuerzo y del método ABA, el educador pudo observar cómo A. completaba una tarea que ni siquiera quería empezar. Esto sólo fue posible al proporcionarle un modelo al que referirse.

Otro de los logros de A. fue entender cuándo tiene que responder a una pregunta en lugar de imitar una respuesta modelo. Con respecto a esto último, el equipo profesional y la familia discutieron posteriormente otras estrategias funcionales de conversación.

Estudio de caso no. 11

País: Grecia

1. Perfil:

F. nació el 24/12/10 y ha sido diagnosticado con DI con un porcentaje basado en el test de evaluación WISC del 42% de índice de inteligencia. Se observó que el niño tenía un vocabulario expresivo y perceptivo muy pobre y le costaba hacer una estructura de frases adecuada en su discurso espontáneo. Además, le resultaba difícil planificar sus articulaciones, por lo que tenía problemas articulares, así como disfunciones bucales. F. no era capaz de describir a una persona o una situación y de contar una historia corta. También tenía grandes dificultades de aprendizaje en la escuela.

2. Tipo de trastorno:

La inteligencia es la capacidad mental general que implica el razonamiento, la planificación, la resolución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, el aprendizaje eficiente y el aprendizaje a partir de la experiencia (The National Academies of Sciences, 2015) (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities /AAIDD/, 2010).

Dos sistemas diferentes para clasificar la DI utilizados en Estados Unidos son el de la AAIDD y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Ambos sistemas clasifican la gravedad de la DI en función de los niveles de apoyo necesarios para lograr el funcionamiento personal óptimo del individuo.

El 85% de la población diagnosticada con DI se clasifica con DI leve. Los individuos con DI leve son más lentos en todas las áreas del desarrollo conceptual y de las habilidades sociales y de la vida diaria. Estos individuos pueden aprender habilidades prácticas para la vida, lo que les permite funcionar en la vida ordinaria con niveles mínimos de apoyo.

Las discapacidades intelectuales suelen deberse a un entorno pobre en estímulos o pueden ser el resultado tanto de un entorno pobre en estímulos como de causas genéticas. En la mayoría de los casos, las familias con un bajo nivel educativo y socioeconómico se consideran un factor agravante de la DI leve (Papachronopoulou, 2004).

3. Contexto/tipo de terapia:

Se implementó el método MAKATON para crear una estructura de frases correcta y un uso adecuado de los nexos.

El método SIMATA se aplicó para la mejora de las articulaciones y la dispraxia oral con muchos ejercicios orales.

Otros métodos aplicados:

- Tocar y decir;
- Poemas con rima;
- Canciones.

4. Resultados:

El objetivo del enfoque terapéutico era la comunicación más eficaz y funcional del niño, su precisión articuladora y su comprensibilidad. El objetivo de los tratamientos era mejorar la secuenciación, el control preciso de la producción del habla y la pronunciación correcta de las combinaciones de los fonemas para la emisión de palabras y frases. El objetivo del programa de tratamiento era la programación de las articulaciones con el método SIMATA y la dispraxia oral con muchos ejercicios orales.

F. tuvo una intervención terapéutica temprana y desde el 05-09-17, está teniendo sesiones de logopedia personalizadas. Este factor le permite familiarizarse con el proceso y dar más energía y resultados. Cuando se adquirió la relación terapéutica, entró en el espacio con gran placer y logró

formar una frase correcta y hacer un uso adecuado de los tiempos. Ahora utiliza correctamente palabras multisilábicas con clusters en el habla espontánea y es entendido en un 80% por quienes le rodean. Narra y describe correctamente cosas y situaciones.

Estudio de caso no. 12

País: Grecia

1. Perfil:

L., nacido el 27/02/2013, ha sido diagnosticado con autismo a la edad de 2 años y medio. Ha repetido P2 y ahora asiste al tercer curso de una escuela primaria ordinaria obteniendo el apoyo constante de profesor de educación especial. Hace 4 años se incorporó a un programa personalizado de logopedia y terapia ocupacional. Era bastante introvertido, tenía arrebatos intensos y lloraba sin motivo. No era verbal y no indicaba con qué juego quería jugar. Su juego era bastante inmaduro en base a los hitos de su edad y no podía adaptarse al terapeuta. No tenía ideas y no tomaba iniciativas.

2. Tipo de trastorno:

TEA - Trastorno del espectro autista

3. Contexto/tipo de terapia:

Utilizando el método de MAKATON, L. ha empezado a formar una estructura de propuestas más amplia y a tomar iniciativas. Se creó un programa diario con imágenes TEACCH para sentirse más seguro en su rutina.

4. Resultados:

L. parecía un niño solitario y asustado, incapaz de expresarse e interactuar. Los intensos arrebatos, a menudo interrumpían el progreso de las sesiones al principio. Había que dedicar el tiempo y el esfuerzo adecuados para que se estableciera la confianza entre L y su terapeuta y por eso se aplicó el método de interacción intensa, antes que cualquier otro método.

Los objetivos de las primeras sesiones eran que el niño se sintiera seguro y confiara en el terapeuta. Se aplicó el método de interacción intensa para lograr su interés y tener un mejor contacto visual. L. comenzó a interactuar, a emitir sonidos, palabras y luego frases.

Tras un arduo trabajo, L. aprendió el funcionamiento de los objetos a través del juego y de los juegos de rol. Empezó a leer y a escribir palabras, frases y luego párrafos enteros. Aunque todavía tiene una gran dificultad de comprensión y no se da cuenta de los conceptos abstractos, es capaz de responder correctamente a preguntas cerradas utilizando una palabra y con mucha más facilidad cuando se combinan con gestos. Por último, se relaciona mucho mejor con las personas y los niños en la escuela, aunque siempre guiado por un especialista, un padre o un cuidador.

7. Conclusiones

El trastorno del espectro autista (TEA) es una discapacidad del desarrollo causada por diferencias en el cerebro. Algunas personas con TEA tienen una diferencia conocida, como una condición genética. Otras causas aún no se conocen. Los científicos creen que hay múltiples causas de TEA que actúan conjuntamente para cambiar las formas más comunes de desarrollo de las personas.

La DI es un término que se utiliza cuando una persona tiene ciertas limitaciones en el funcionamiento y las habilidades cognitivas, incluidas las habilidades de comunicación, sociales y de autocuidado. Puede estar causada por una lesión, una enfermedad o un problema en el cerebro. Estas limitaciones pueden hacer que un niño se desarrolle y aprenda de forma más lenta o diferente que un niño de desarrollo típico.

Aunque las causas de la DI pueden explicarse en la mayoría de los casos (condiciones genéticas, complicaciones durante el embarazo, problemas durante el parto, enfermedades o exposición a tóxicos), aún nos queda mucho por aprender sobre las causas y cómo afectan a estas personas.

Las personas con TEA pueden comportarse, comunicarse, interactuar y aprender de forma diferente a la mayoría de las personas. Las capacidades de las personas con TEA o DI pueden variar considerablemente. Algunas personas con TEA pueden tener habilidades de conversación avanzadas mientras que otras pueden ser no verbales. Los niños con DI pueden aprender a hacer muchas cosas. Simplemente pueden necesitar más tiempo o aprender de forma diferente a otros niños. Independientemente del tipo de discapacidad, algunos necesitan mucha ayuda en su vida diaria; otros pueden trabajar y vivir con poco o ningún apoyo.

Los servicios de terapia pueden ser de gran valor para los niños con TEA o DI, ya que el tratamiento de recuperación ayuda a reducir el estrés, la frustración o la depresión, a gestionar los problemas sensoriales y de sobreestimulación, a desarrollar nuevos métodos de afrontamiento y a mejorar las habilidades sociales e interactivas.

Existe una gran variedad de terapias alternativas como: la psicoterapia, la musicoterapia y la terapia ocupacional, la terapia con el apoyo de diversos robots sociales o incluso un enfoque lúdico que incorpora las nuevas tecnologías. En la mayoría de los casos, es necesario combinar varios métodos para que la terapia tenga éxito, ya que no existe un medio único para lograr el resultado deseado. Sea cual sea la terapia que se elija y se adapte a las necesidades individuales de un niño determinado, debe continuarse con entusiasmo en el entorno del hogar con un apoyo significativo de los padres o de los representantes legales. La presencia de los padres como agentes de la terapia, es decir, como medio y apoyo para el proceso terapéutico, es uno de los parámetros paradójicos del trabajo con los niños: numerosas pruebas indican que la calidad del apego entre padres e hijos está relacionada con los resultados posteriores en materia de salud socioemocional y física. Un aspecto muy importante es establecer una buena relación entre el terapeuta, el niño y su(s) padre(s), creando así el triángulo terapéutico padre-hijo-terapeuta (análogo a la conceptualización de Britton del vínculo padres-padres-hijo). Si todos estos factores actúan conjuntamente, seguramente contribuirán al éxito de la terapia emprendida.

Testimonios

”El juego favorece el crecimiento cognitivo, amplía las competencias lingüísticas y activa los primeros impulsos de aprendizaje. Jugando en grupo, también se aprende que, en la vida, como en el juego, hay reglas sociales, intercambios con otras personas y, sobre todo, respeto por el propio turno, durante el juego, como durante una conversación. En el ámbito de los trastornos específicos del aprendizaje y del TDAH, el juego se revela como una herramienta indispensable para el descubrimiento y el posterior entrenamiento/promoción de los puntos fuertes de la persona. Al descubrir automáticamente estas habilidades, se puede crear un método de estudio adaptado al alumno.”

Florian Gallo

Psicólogo

Máster en Psicología del Desarrollo Educativo

Tutor de Aprendizaje

Máster en Trastornos del aprendizaje y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad



”En nuestra intervención, la observación se utiliza para comprender si las estrategias aplicadas funcionan. Observamos a la persona, su funcionamiento, su rendimiento y, sobre todo, el contexto. Para ello es fundamental la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), que tiene la función de describir el funcionamiento de las personas en relación con su entorno. La CIF utiliza el enfoque biopsicosocial, del que se deduce que la discapacidad es el resultado de las barreras ambientales, sociales y culturales. Por tanto, es tarea del educador trabajar sobre el contexto y adaptarlo a las necesidades de la persona con discapacidad”.

Luisa Accardo

Pedagoga

Subdirectora del área de gestión y directora de los servicios educativos de la Fondazione Istituto dei Sordi di Torino Onlus

Profesora contratada en cursos de especialización para profesores de apoyo por cuenta de la Universidad de Turín

Asistente de comunicación



”Al utilizar el método MAKATON y trabajar a través de imágenes, los alumnos aprenden más fácilmente.

En cuanto al fomento de la capacidad de organización de los alumnos, como por ejemplo completar una actividad y pasar a la siguiente, nuestro Centro utiliza el método TEACCH, así como el juego simbólico y los cuentos sociales.

Las sesiones son individualizadas, a no ser que la fijación de objetivos implique la interacción social, en cuyo caso trabajamos en pequeños grupos de dos o tres niños, según los casos”.

Dora Kamateri, B.A., M.A

Profesora de personas con NEE

Directora Científica de los Centros de Terapias Especiales "Centros de Dislexia - Método Pavlidis" en Charilaou - Tesalónica, Grecia

Experiencia laboral en educación secundaria ordinaria apoyando a estudiantes con discapacidad en clases de inclusión.



”Las primeras palabras que me vienen a la cabeza cuando me piden que describa a los alumnos con NEE son reto, amor, fuerza y lucha”.

Irini Kladou

Profesora de música y religión para alumnos con necesidades educativas especiales

Presidente de la Asociación de Padres

Tutores y amigos de personas con autismo en Rethymnon, Grecia

Directora Científica del Centro Recreativo para niños con TEA, Rethymnon, Creta, Grecia

Muchos años de experiencia en educación para la inclusión y educación especial.





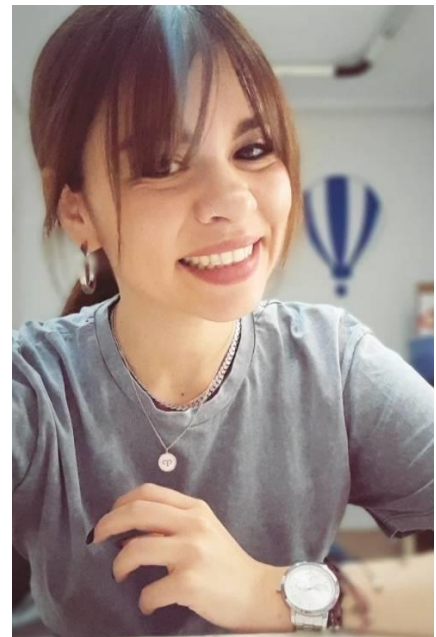
”Los alumnos con NEE necesitan ante todo aceptación, comprensión y amor. La creación de un entorno educativo agradable y seguro les dará la oportunidad de expresarse y prosperar. No obstante, la educación hacia la inclusión en una escuela ordinaria para alumnos con NEE puede prepararlos mejor para los retos de la vida real.”

Eirini Vourou

Logopeda

*Logopeda de los Centros de Terapias Especiales
"Centros de Dislexia - Método Pavlidis" en Toumba-
Thessaloniki, Grecia*

*Larga experiencia laboral con alumnos con TEA,
dificultades de aprendizaje, dislexia, discapacidad
intelectual, TDAH, etc.*



”La relación con el niño es lo primero. No importa de qué entorno vengan. Si no tengo un vínculo con ellos, no podré conseguir nada”. La calidad de la colaboración con los padres varía, depende de la etapa psicológica en la que se encuentren. Sobre todo, depende del nivel de aceptación de la discapacidad de su hijo. Sabemos que los niños proceden de entornos diferentes. Nosotros, como profesores, trabajamos con el niño. Si no tenemos una buena relación con ellos, a pesar de tener una magnífica relación con la familia, no podremos hacer nada. El niño es lo primero.

Hay que educar a los padres, pero deben ser conscientes de que es un proceso a largo plazo”.

Monika

Profesora

Lleva 18 años trabajando con alumnos con autismo y personas con discapacidad, y 5 años en un colegio de educación especial. Anteriormente ha trabajado durante 13 años como terapeuta.



”Es importante que los padres se den cuenta de que la escuela o los profesores están aquí y ahora, sólo por un tiempo. Son ellos los que pasan toda la vida con su hijo. Si no siguen los métodos propuestos por la escuela, no superarán ciertos problemas”.

Aneta Rosiak

Profesora

Lleva unos 11 o 12 años trabajando en una escuela especial y unos 5 años con niños con autismo con discapacidades moderadas y graves.





”El mayor reto para nosotros son los propios niños. Hay niños que tienen comportamientos extremadamente invasivos y difíciles. Tenemos que averiguar cómo tratarlos y qué decisiones educativas debemos tomar para seguir la dirección más adecuada.”

Katarzyna Wojciech

Profesora

Tiene 24 años de experiencia laboral y, de hecho, estuvo trabajando en una escuela especial todo el tiempo. Desde hace 3 años trabaja con niños con autismo en las clases.



”Creo que ninguno comprende los esfuerzos que están haciendo los educadores de personas con necesidades especiales, para lograr la inclusividad en todos los sectores”.

Maria Psilolichnou

Fisioterapeuta/educador de personas con necesidades especiales

Trabajando en Agios Spyridona desde hace 1 año.

Realizó varias especializaciones para niños con autismo.

Colabora principalmente con niños de 3 a 21 años.



”Estas personas, en concreto los niños con autismo, necesitan cambios bruscos y rápidos para captar su atención. Si se aburren, los pierdes”.

Maria Georgiou

Psicóloga sanitaria/ Gerente de Iliaktida Zois

Se ha interesado por los trastornos del espectro autista desde el principio de sus estudios.

Trabaja en Iliktiada Zois, que es una escuela de educación especial, desde hace dos años.



”La mayor ventaja de trabajar en un colegio inclusivo, es que todo el personal que trabaja allí son profesionales especializados para niños con autismo”.

Christos Pilakoutas

Logopeda

Trabajó en el sector privado durante 3 años.

Cambió al sector público y trabaja en Ayios Spyridonas desde hace 2 años.

Colabora con niños de 3 a 21 años.





”Los factores esenciales para el éxito de la terapia son, en primer lugar, dice Alejandro, que hay que tener un amplio conocimiento de la historia del niño. En segundo lugar, hay que crear un vínculo entre el terapeuta y el paciente, lo que permitirá una mayor adherencia al tratamiento. Las evaluaciones periódicas ayudarán a saber si están aplicando las estrategias más adecuadas. Además, establecer una comunicación fluida”.

Alejandro Ponce Gómez

Psicólogo





”Todos están de acuerdo en que las ratios en las escuelas deben disminuir para recibir una educación de calidad. En una clase en la que hay tres o cuatro alumnos con diferentes necesidades y un solo profesor, es muy difícil concentrarse y que los alumnos adquieran los contenidos necesarios para cumplir los objetivos. Este es el temor generalizado cuando se habla de los aspectos que se ven afectados al trabajar con personas con necesidades educativas especiales. Les preocupa la atención y la concentración de los alumnos a la hora de aprender”.

”El objetivo de todos los profesionales de la educación es conseguir que todos los alumnos alcancen un progreso personal y académico adecuado a sus características y capacidades en un clima de convivencia y respeto mutuo. Por eso es necesaria la coordinación entre los profesores o profesionales externos y el alumno.”

Del grupo de discusión en Open Europe





Referencias

- *aaidd.* (2010). Retrieved from American Assosiation on Intellectual and Developmental disabilities: <https://www.aaid.org/news-policy/news/releases/2010/09/01/the-aaid-definition-of-intellectual-disability-is-cited-in-ssa-s-proposed-revision-of-medical-criteria-for-evaluating-mental-disorders>;
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* (5th edn.). Arlington VA: American Psychiatric Association;
- Anon., 2022. *Progetto Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio dei Disturbi dello Spettro Autistico* [Online] Available at: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5613_0_file.pdf [Accessed 27 June 2022];
- Autism Spectrum Australia (Aspect). (2012). *We belong: Investigating the experiences, aspirations and needs of adults with Asperger's disorder and high functioning autism.* Sydney: Autism Spectrum Australia;
- Autyzm Baza Wiedzy: objawy, przyczyny, terapia, diagnoza | Polski Autyzm (<https://polskiautyzm.pl/>);
- Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*;
- Bradley, R. (2016). "Why single me out?" Peer mentoring, autism and inclusion in mainstream secondary schools. *British Journal of Special Education*;
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*;
- Caballero, D. S., Pablo Gutiérrez de Álamo FollowonTwitter!function(d, s, & Aldana, C. (2020, March 5). "Todos los Alumnos Deben Estar en Centros Ordinarios, Con Los Recursos Necesarios". El Diario de la Educación. Retrieved from [https://eldiariodelaeducacion.com/2020/03/05/todos-los-alumnos-deben-estar-en-centros-ordinarios-con-los-recursos-necesarios/#:~:text=Carme%20Fern%C3%A1ndez%2C%20directora%20de%20la%20Fundaci%C3%B3n%20Gerard%20es,no%20vulnera%20los%20derechos%20humanos%20de%20ning%C3%BAn%20caval%20BB](https://eldiariodelaeducacion.com/2020/03/05/todos-los-alumnos-deben-estar-en-centros-ordinarios-con-los-recursos-necesarios/#:~:text=Carme%20Fern%C3%A1ndez%2C%20directora%20de%20la%20Fundaci%C3%B3n%20Gerard%20es,no%20vulnera%20los%20derechos%20humanos%20de%20ning%C3%BAn%20caval%20BB;);
- Chan, J. M., Lang, R., Rispoli, M., O'Reilly, M., Sigafos, J., & Cole, H. (2009). Use of peer-mediated interventions in the treatment of autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*;
- Chang, Y. C., & Locke, J. (2016). A systematic review of peer-mediated interventions for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*;



- Christina S. Lappa & Constantinos N. Mantzikos. (2021). ARE GREEK SPECIAL EDUCATION TEACHERS IN FAVOUR OF THE INCLUSION OF PUPILS WITH INTELLECTUAL DISABILITY? AN ONLINE SURVEY. *European Journal of Special Education Research*;
- Confederación Autismo España. (2022, May 23). Retrieved from <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/el-alumnado-con-autismo-continua-aumentando-por-decimo-ano-consecutivo>;
- Istat, 2020. *L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ* [Online] Available at: <https://www.istat.it/it/archivio/238308> [Accessed 27 June 2022];
- Istat, 2021. *L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ - ANNO SCOLASTICO 2020-2021* [Online] Available at: <https://www.istat.it/it/files/2022/01/REPORT-ALUNNI-CON-DISABILITA.pdf> [Accessed 27 June 2022];
- Istat, 2021. *L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ - ANNO SCOLASTICO 2020-2021* [Online] Available at: <https://www.istat.it/it/archivio/265364> [Accessed 27 June 2022];
- Koumoula, A., Tsironi, V., Stamouli, V., Bardani, I., Siapati, S., Graham, A., ... von Aster, M. (2004). An epidemiological study of number processing and mental calculation in Greek schoolchildren. *Journal of Learning Disabilities*, 37(5), 377–388;
- Laurie, C (2022). Ten simple sensory strategies for autistic children (<https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/professional-practice/sensory-strategies>);
- Medicialia, 2013. *Psicologia- ADHD: una questione di numeri. Epidemiologia del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività* [Online] Available at: <https://www.medicialia.it/minforma/psicologia/1670-adhd-una-questione-di-numeri-epidemiologia-del-disturbo-da-deficit-dell-attenzione-e-iperattivita.html> [Accessed 27 June 2022];
- Ministero della Salute, 2022. *Home / Autismo* [Online] Available at: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=vuoto> [Accessed 27 June 2022];
- Ministero dell'Istruzione, 2019. *I principali dati relativi agli alunni con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) - Anno Scolastico 2017/2018*. [Online] Available at: <https://miur.gov.it/documents/20182/0/Gli+alunni+con+DSA+-;>
- NGSa-Associazione Nazionale Genitori perSone con Autismo, n.d. *I numeri* [Online] Available at: <http://angsa.it/autismo/numeri/#:~:text=In%20Italia%2C%20tenendo%20conto%20di,famiglie%20interessate%20direttamente%20dall'autismo> [Accessed 27 June 2022];
- Orsmond, G. I., Krauss, M. W., & Seltzer, M. M. (2004). Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*;
- Papachronopoulou, S. (2004). *Kids and teenagers with special needs and abilities*. Athens: Atrapos;
- Płatos, M., Goćłowska, K., Wojaczek, K., Woźniak-Rekucka, P., Zawisny, A., & Pisula, E. (2016). Sytuacja młodzieży i dorosłych z autyzmem w świetle sondażu ogólnopolskiego. In M. Płatos

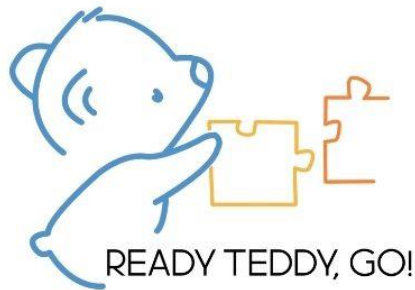


(Ed.), *Ogólnopolski Spis Autyzmu. Sytuacja młodzieży i dorosłych z autyzmem w Polsce* (pp. 64–66). Warszawa: Stowarzyszenie Innowacji Społecznych 'May i Max';

- Seretopoulos K., Lamnisis D., Giannakou K., *The epidemiology of autism spectrum disorder*, Department of Health Sciences, School of Sciences, European University Cyprus, Nicosia, Cyprus, *Archives of Hellenic Medicine* 2020, 37(2): 169–180;
- The National Academies of Sciences, E. a. (2015). *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children*. Washington (DC).

Recursos de Internet:

- <https://AutismSpeaks.org/Family-Services/Tool-Kits/100-Day-Kit>;
- <https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis>;
- <https://AutismSpeaks.org/Family-Services/Tool-Kits>;
- <https://AutismSpeaksWalk.org>;
- <https://childmind.org/article/sharing-an-autism-diagnosis-with-family-and-friends/>;
- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/autismo>;
- <https://www.edf-feph.org/education-policy/>;
- <https://www.equipadn.com/es/casos-reales/arnau-tea/>;
- <https://en.famagusta.news/news/2-17/>;
- https://www.gvsu.edu/cms4/asset/7E70FBB5-0BBC-EF4C-A56CBB9121AECA7F/7_things_about_ozobots.pdf;
- <https://www.inclusion-europe.eu/education/>;
- <https://ijim.org/>;
- <https://niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=78>;
- http://www.ponceleon.org/logopedia/index.php?option=com_content&view=article&id=110;
- https://www.roboticsbusinessreview.com/rbr/podcast_robots_revolutionizing_autism_therapy/;
- https://www.roboticsbusinessreview.com/rbr/how_buddy_is_helping_autistic_children/;
- <https://www.sindromedown.net/sindrome-down/>;
- <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/4679/TFG-L264.pdf;jsessionid=E34A477765F6212F107F2ED590A643A6?sequence=1>;
- <https://www.webmd.com/brain/autism/therapies-to-help-with-autism>;
- <https://wolontariatkolezenski.pl/badania/>;
- <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/autism-rates-by-country>;
- <http://www.verticespsicologos.com/metodologias-terapeuticas/lasroz-as-majadahonda-pozuelo-torrelodones-boadilla-galapagar-villalba-escorial-madrid>;
- <https://www.youtube.com/watch?v=7USd8plnPE>.



PROJECT INFORMATION

PROJECT ACRONYM:	RTG
PROJECT TITLE:	READY, TEDDY, GO!
PROJECT NUMBER:	2021-1-PL01-KA220-SCH-000027809
SUB-PROGRAM OR KA:	SCHOOL EDUCATION
WEBSITE:	https://www.readyteddygo.eu



Lodz University
of Technology



ISTITUTO DEI SORDI
DI TORINO



Emphasys
CENTRE

VILNIAUS VILTIS
Sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija



Associació Programes Educatius
OPEN EUROPE

