

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN MENORES CON AUTISMO MEDIANTE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

RESEARCH PROJECT ON MINORS WITH AUTISM THROUGH THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP



Alba Reche Martínez *

Integrante del equipo del Centro de Desarrollo Infantil Sentits en Ibi, Alicante.
Número de colegiada: N°CV 623
Terapeuta Ocupacional por la Universidad de Burgos, Castilla y León, España.

e-mail de albarechem1999@gmail.com

contacto:

*autora para la correspondencia

Objetivos: plantear una propuesta de investigación que evidencie la importancia de la relación terapéutica en el tratamiento con menores con trastorno del espectro del autismo desde la terapia ocupacional. **Método:** el estudio es prospectivo y longitudinal en el que se recogen los datos mediante una entrevista, la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2, la Lista de Verificación del modelo Denver de Atención Temprana y el cuestionario del Modelo Intencional de Relaciones de Renee Taylor. El periodo de evaluación, intervención y reevaluación tendrá una duración de nueve meses. **Discusión:** al ser un proyecto de investigación no se lleva a cabo, pero una vez se aplique se espera obtener mejores resultados en el grupo experimental que en el control interviniendo desde una relación terapéutica de calidad para aumentar la independencia y la autonomía, y mejorar el pronóstico.

Objective To set out a research proposal that evidences the importance of the therapeutic relationship in the treatment of minors with autism spectrum disorder from occupational therapy. **Method** The study is prospective and longitudinal in which the data are collected through an interview, the Observation Scale for the Diagnosis of Autism - 2, the Denver Model of Early Care Checklist and the Renee Taylor Intentional Relationship Model questionnaire. The evaluation, intervention and reevaluation period will last for nine months. **Discussion** As it is a research project, it is not carried out, but once it is applied, better results are expected in the experimental group than in the control group, intervening from a quality therapeutic relationship to increase independence and autonomy, and improve prognosis.

DeCS Terapia ocupacional **MeSH** Occupational therapy **Palabras clave** Relación terapéutica; Autismo; Afectación social y Juego. **Key words** Therapeutic relationship; Autism; Social affectation and Game.

Texto recibido: 30/08/2021 Texto aceptado: 30/11/2021 Texto publicado: 30/11/2021

Derechos de autor



INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se han desarrollado diferentes teorías sobre el autismo, uno de sus pioneros fue Ángel Rivière, quien dedicó su carrera a comprender el autismo "desde dentro" analizando la experiencia interna, el pensamiento futuro y el mundo emocional de estas personas. Actualmente, estas teorías han tomado fuerza debido a las innovaciones científicas que afirman la dimensionalidad del trastorno⁽¹⁾.

En el ámbito internacional se ha tasado que la prevalencia ha incrementado en los últimos años. Oscilan entre 2 y 6.7 por cada 1.000 habitantes. Estas cifras afirman que es uno de los trastornos graves más frecuentes que afectan al desarrollo desde edades tempranas⁽²⁾.

El trastorno del espectro del autismo se define por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), como un trastorno que provoca deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social, manifestado por un déficit en la reciprocidad socioemocional, en conductas comunicativas, y en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. Estos síntomas, causan un deterioro significativo en ámbitos sociales⁽³⁾. A día de hoy no se ha establecido una causa única y concreta, aunque sí se han observado alteraciones neurobiológicas y genéticas asociadas⁽⁴⁾.

El concepto de relación terapéutica deriva de las teorías psicoanalíticas, se define como el vínculo que se genera entre profesional y usuario, y que evoluciona durante el proceso de intervención⁽⁵⁾. El interés en la importancia de la relación terapéutica para el proceso psicoterapéutico ha aumentado, ya que ésta puede ayudar al/a terapeuta con los objetivos, la elección y el momento de intervenir. También, es importante considerar los cambios dentro del contexto de una relación, porque proporciona información para guiar el proceso de tratamiento⁽⁶⁾.

Todo lo explicado recae en la importancia de lo que el vínculo terapéutico aporta al tratamiento. La relación entre usuario y terapeuta ha sido un componente esencial reconocido desde el inicio de la psicoterapia. El autor Greenson, estableció el término "alianza de trabajo" con el fin de describir los componentes de la relación que contribuyen al progreso de la terapia⁽⁷⁾.

La relación terapéutica está implicada en todo el proceso de terapia, desde las ocupaciones, las características del cliente, las destrezas y patrones de ejecución, los contextos y entornos, hasta las demandas de la actividad. Además, este vínculo evoluciona durante cada fase del proceso, se establece en la evaluación inicial y se mantiene durante el tratamiento y los resultados⁽⁸⁾.

Llevando a cabo intervenciones que sigan esta línea de tratamiento se podría esclarecer una nueva forma de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas con autismo.

Hipótesis

El uso de la relación terapéutica de calidad mejora el ámbito social y de juego simbólico en menores con autismo.

Objetivos

Generales

Evidenciar la importancia de la relación terapéutica en el tratamiento con menores con autismo desde la terapia ocupacional.

Específicos

- Reducir la afectación social.
- Mejorar las habilidades sociales.
- Mejorar la comunicación expresiva.
- Aumentar el desarrollo de la imitación.
- Disminuir los comportamientos restringidos y repetitivos.
- Potenciar la comunicación receptiva.
- Fomentar el juego simbólico.

MÉTODOS

El estudio será de carácter prospectivo y longitudinal. Estará formado por menores diagnosticados/as de autismo mediante la evaluación CIE 11, con un rango de edad comprendido entre 2 y 6 años, puesto que estudios recientes afirman que los tres primeros años de vida son fundamentales para el aprendizaje y el pronóstico⁽⁹⁾.

Actualmente, no se sabe con certeza el número de casos diagnosticados de autismo en España puesto que no existen ni estudios poblacionales ni censos oficiales. Sí se puede confirmar gracias al estudio sociodemográfico desarrollado por Autismo España, que en los últimos años se ha producido un aumento considerable de casos. En este estudio han participado 34 de las entidades socias de la Confederación repartidas en 16 Comunidades Autónomas. Para seleccionar la muestra, centraremos la investigación en las seis comunidades que más casos registran, Castilla y León, el País Vasco, la Comunidad de Madrid, Andalucía, Galicia y Cataluña⁽¹⁰⁾. Después de eliminar los casos que no cumplen con la edad exigida y tras aplicar la fracción muestral de Rodríguez, obtendremos una muestra total de 200.

Cada centro trabajará con un total aproximado de 32 menores. La investigación se dividirá en dos grupos que realizan diferentes intervenciones para determinar si en una de ellas se obtienen mejores resultados. El grupo que llevará a cabo la intervención propuesta es el grupo experimental, compuesto por 16 participantes. Por otro lado, el grupo control será sometido a las mismas evaluaciones que el experimental, pero mantendrá las

intervenciones que realizan en el centro, este grupo lo forman otros 16 menores. Son dos terapeutas por comunidad los encargados/as de llevar a cabo las intervenciones, a las que independientemente del tipo que sean se le aplicarán las estrategias y las recomendaciones sólo en el grupo experimental. Un/a terapeuta evaluará e intervendrá en el experimental que le pertenezca y otro/a terapeuta en el control. Se procederá de la misma manera en todas las comunidades.

Las variables para el estudio son:

- Variable independiente: es el tipo de grupo, formada por el experimental y el control.
- Variables dependientes: son el nivel de afectación social, de comportamiento restringido y repetitivo, de comunicación expresiva y receptiva, de habilidades sociales, de imitación y de juego.

La evaluación se realizará en ambos grupos, con la entrevista inicial y con los instrumentos de valoración. La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2 es una evaluación estandarizada y semiestructurada compuesta por cinco módulos con actividades que muestran comportamientos relacionados con el autismo⁽¹¹⁾. Presenta actividades específicas que permiten identificar conductas notables y características de este trastorno⁽¹²⁾. El/a terapeuta observa las conductas del niño/a hacia el propio/a terapeuta y hacia los materiales que hay en la sala. Además de la Lista de Verificación del modelo Denver de Atención Temprana, que se utiliza para diseñar los objetivos didácticos de la

Tabla 1. Organización del proyecto de intervención

FASES	G.E y G.C (2021/2022)											
	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Diseño de intervención	X	X										
Consentimiento informado			X									
Evaluación inicial				X	X	X	X	X	X	X		
Sesiones				X	X	X	X	X	X	X		
Evaluación final											X	
Análisis de datos												X

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 2. Evolución de las estrategias según la fase de intervención.

Sesión	Objetivo	Estrategia
Fase 1: Sesiones 1-8	Establecer la relación terapéutica.	- Espera atenta, observación y acompañamiento. - Seguimiento e imitación de la actividad. - Búsqueda de relación. - Yo auxiliar.
Fase 2: Sesiones 9 – 17	Fomentar y mejorar la calidad de la relación terapéutica.	- Introducción de una nueva actividad. - Oferta de relación directa. - Búsqueda de relación.
Fase 3: Sesiones 17 – 25	Mantener la relación terapéutica.	- Alejamiento, oposición y descanso. - Oferta de relación directa. - Introducción de una nueva actividad.

(Fuente: elaboración propia)

intervención, ya que proporciona las secuencias de adquisición de habilidades en diversos ámbitos del desarrollo. Se realiza a través de la observación directa y se complementa con la información de los padres y de otros profesionales.

En este caso sólo se utilizarán los dominios de la Comunicación Receptiva y Expresiva, las Habilidades sociales, la Imitación y el Juego simbólico⁽¹³⁾. Los/as terapeutas que se encarguen de los grupos experimentales, también realizarán el cuestionario sobre la relación terapéutica de Renee Taylor⁽¹⁴⁾, para tener en cuenta los resultados en la intervención. para *Windows*.

Un/a tercer terapeuta se encargará de valorar los resultados de estos cuestionarios. Al finalizar, se reevalúa a los participantes y se analizarán los datos mediante el programa de análisis estadístico *SPSS* versión 25

Criterios de inclusión

- Estar en un rango de edad entre 2 y 6 años.
- Estar diagnosticados del trastorno por la CIE11.
- Tener afectación en al menos tres actividades básicas de la vida diaria como la higiene y arreglo personal, vestirse y comer, por ejemplo.
- Los tutores firman el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Menores diagnosticados/as funcionales, sin afectación en las actividades de la vida diaria.
- Menores con trastornos sensoriales graves (ceguera, sordera...).
- Tutores que no cumplimenten las preguntas de la entrevista inicial y final.

El plan de intervención se divide en tres fases centradas en la relación terapéutica. El total de las sesiones son 25, una por semana, con una duración de 45 minutos. La sesión tipo queda reflejada en el Anexo 5. En la tabla 1 se representa el cronograma del proyecto.

Son seis las estrategias de intervención⁽⁹⁾:

- Oferta de relación directa: es una situación de contacto directo y mirada dirigida hacia el niño/a. Pueden no tolerarla debido a su afectación social. Con el tiempo, puede aparecer de manera espontánea en el menor, lo que indicará que el/a terapeuta ha conseguido el interés y la atención que buscaba.
- Espera atenta, observación y acompañamiento: está dirigida a conocer el estado del niño/a y a acompañarle sin intervenir en su juego, pero desde una posición activa. Se observa y se aprende sobre los intereses y los gustos del niño/a, haciéndole sentir protagonista.
- Oferta de relación en paralelo: es una alternativa cuando la posición cara a cara no funciona. Consiste en acercarse en paralelo, jugando a un juego similar a su lado o introduciendo materiales a su juego, como por ejemplo añadir material a la construcción que está creando.
- Búsqueda de relación: Sin forzar o imponer se ha de animar a que participe, proponga ideas o que modifique el juego. Es una posición de ensayo y error.
- Yo auxiliar o apoyo: su objetivo es dar soporte, facilitar y animar no sólo al menor sino también a su familia. Este tipo de apoyos implica por parte del/a terapeuta saber o intuir qué le falta, qué necesita, conocer bien sus capacidades y sus dificultades, sus deseos y sus miedos, pero sobre todo cuál es su necesidad del niño/a en ese momento.
- Alejamiento, oposición y descanso: se utiliza para evitar la dependencia emocional hacia el profesional y de "apoyo" en momentos disruptivos o de frustración durante la intervención.

A estas estrategias se le suman las recomendaciones del programa de Denver que el profesional utilizará basándose en su razonamiento clínico⁽¹³⁾:

- Para la motivación: utilizar objetos que creen efectos físicos o sensoriales como, burbujas o globos.
- Para la atención: ocupar el centro de la sala o posicionarse cara a cara con el niño/a.
- Para la inclusión del/a terapeuta en el juego: imitarle integrando materiales a su juego, como añadir bloques de construcción a los que ya tiene.
- Para pasar a la participación total en el juego: jugar por turnos.

Las sesiones evolucionan con el proceso de madurez de la relación como se refleja en la tabla 2.

Consideraciones éticas

Antes de comenzar la intervención se envía la propuesta de estudio al Comité ético de cada centro, una vez hayan dado su conformidad, se explicará a los tutores de los/as menores que van a participar, la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de protección de datos personales y la garantía de los derechos digitales. Los/as tutores/as firmarán el consentimiento informado facilitado al inicio del proyecto y los profesionales seguirán en todo momento el código Deontológico de Terapia Ocupacional.

DISCUSIÓN

Con esta propuesta se pretende resaltar la relación terapéutica ya que no se ha dado la voz suficiente a su importancia ni a su correcta aplicación, es cierto que el modelo de Relación Intencional de Taylor sí es concreto y específico, pero a día de hoy no está traducido en España ni validado⁽¹⁵⁾. El concepto de relación terapéutica es abstracto y subjetivo a pesar de las definiciones más recientes, cada profesional puede percibir la relación de una manera distinta a otro. Pero ello no le resta importancia dentro del proceso de intervención en autismo. Debido a sus limitaciones sociales, estos niños/as tienen importantes déficits a la hora de relacionarse. Por

tanto, es un error dar por hecho que la relación terapéutica está presente y es de calidad, ya que es necesaria una mínima conexión para poder influir en la mejora del menor. Debido a que no existe una línea de actuación clara en cuanto a la relación terapéutica, este estudio puede contribuir a las investigaciones y hacer aportaciones sobre este tema.

Limitaciones del estudio

La mayor limitación a la hora de realizar el estudio ha sido la búsqueda bibliográfica, lo cual también supondrá una limitación en la práctica. No obstante, se podría ampliar la bibliografía con autores que analicen esta relación y conseguir una idea unificada ante la intervención. Sí es importante recalcar que, no existen herramientas validadas que valoren específicamente la relación. En futuras líneas de investigación sería interesante mantener las grabaciones de las sesiones para revisar las conductas y poder evaluar la relación de manera más objetiva.

AGRADECIMIENTOS

En el presente estudio no existen conflictos de intereses ni financiación.

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA

ARM presenta la autoría en referencia a la elaboración, redacción y diseño de este proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdez D, Martos J, Llorente M, Solcoff K. Autism in the first person. The challenges of Ángel Rivière (Autismo en primera persona. Los desafíos de Ángel Rivière). J Study Educ Deveopment [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 21];43:4:808–23. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=riya20>
2. onzález-Moreno CX. Play intervention strategies for a child with autism. Rev Fac Med [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2020 Dec 6];66(3):365–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.62355>
3. Arlington V. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Am Psychiatr Assoc [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 25];28–9. Available from: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-quia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. Fernanda Bonilla M, Roberto Chaskel M. Trastorno del espectro autista [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 20]. Available from: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/2.-Trastorno-espectro.pdf>
5. Yang Y. Therapeutic Alliance. In: Encyclopedia of Psychology and Religion [Internet]. Springer International Publishing; 2020 [cited 2021 Feb 25]. p. 2355–60. Available from: https://link-springer-com.ubues.idm.oclc.org/referenceworkentry/10.1007/978-3-030-24348-7_9376
6. Arnd-Caddigan M. The therapeutic alliance: Implications for therapeutic process and therapeutic goals. J Contemp Psychother [Internet]. 2012 May 27 [cited 2021 Feb 25];42(2):77–85. Available from: <https://link-springer-com.ubues.idm.oclc.org/article/10.1007/s10879-011-9183-3>
7. Godwin E. Therapist–Patient Relationship. In: Encyclopedia of Clinical Neuropsychology [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2011 [cited 2021 Feb 25]. p. 2511–2. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-79948-3_2057
8. Kjellberg A, Kåhlin I, Haglund L, Taylor RR. The myth of participation in occupational therapy: Reconceptualizing a client-centred approach. Scand J Occup Ther [Internet]. 2012 Sep [cited 2021 Mar 9];19(5):421–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22040319/>
9. Cruz D, Villanueva R. Importancia del trato en la escuela como factor terapéutico en casos TEA. Temas de Psicoanálisis [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 14];19:1–30. Available from: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2020/02/D.-Cruz-y-R.-Villanueva.-Importancia-del-trato-en-la-escuela-como-factor-terapéutico-en-casos-de-TEA.-plantilla-para-edición-web-2.pdf>
10. Confederación Autismo España. El estudio sociodemográfico desarrollado por Autismo España cuenta ya con 2.116 registros de personas con TEA [Internet]. Investigación y conocimiento sobre el TEA. 2019 [cited 2021 Mar 14]. p. 1–4. Available from: <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/el-estudio-sociodemografico-desarrollado-por-autismo-espana-cuenta-ya-con-2116>
11. Luque T. Adaptación española del ADOS-2. Escala para la Observación del Autismo-2 [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/290315491>
12. Carpio J, Antonio C, Clínico P, De Evaluación P, Elaboración De Plan Y. Proceso de evaluación y elaboración de plan terapéutico para niño con trastorno del espectro autista [Internet]. Machala; 2019 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14544/1/ECFCS-2019-PSC-DE00024.pdf>



13. Rogers SJ, Dawson G. Modelo Denver de Atención Temprana Para Niños Pequeños con Autismo: Estimulación del lenguaje, aprendizaje y la motivación social. 2a ed. 2015. 5–520 p.
14. Aroca B, Hermida N. Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional [Internet]. Salamanca; 2016 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://psicologia.usal.es/wp-content/uploads/2016/05/Relación-terapéutica-en-TO-Apuntes-taller-Educaterapia-5-marzo-USAL5.pdf>
15. Taylor RR, Lee SW, Kielhofner G, Ketkar M. Therapeutic use of self: A nationwide survey of Practitioners' attitudes and experiences. Am J Occup Ther [Internet]. 2009 [cited 2021 Mar 9];63(2):198–207. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19432058/>
16. Taylor RR, S. PE. Caregiver Clinical Assessment of Modes – Observer, Version 2.0. [Internet]. Intentional Relationship Model Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL. 2019 [cited 2021 May 20]. p. 2–6. Available from: <http://irm.ahslabs.uic.edu/assessments/>

ANEXOS

Anexo 1 Entrevista inicial tipo para los padres o cuidadores. Fuente: elaboración propia.

Del 1 AL 10 indique cómo cree que su hijo/a actúa en estas situaciones:

- ¿En qué medida su hijo/a se relaciona de forma positiva con sus compañeros de clase o con los profesionales a los que acude?
- ¿En qué medida su hijo/a se relaciona con su círculo familiar?
- Cuando su hijo/a sale de la sesión ¿en qué medida diría que se encuentra animado o motivado después de acudir a terapia?
- Cuando su hijo/a tiene que prepararse para acudir a terapia ¿en qué medida se prepara contento y con ganas de acudir? Indique algún ejemplo.
- Cuando su hijo/a tiene que prepararse para acudir a terapia ¿en qué medida diría que le cuesta acudir o no tiene ganas? Indique algún ejemplo.
- En los días en que no tiene cita, ¿cree que tiene ganas de venir a pesar de saber que no es el día de terapia?
- ¿En qué medida nombra al/a terapeuta en casa? Si el niño/a no tiene lenguaje funcional, ¿cuándo juega en casa señala el pictograma del/a terapeuta? Indique algún ejemplo.
- ¿Cree que su hijo/a está satisfecho con el servicio que presta la terapia ocupacional?
- ¿Han observado una mejoría de habilidades en la comunicación social de su hijo/a? Indique algún ejemplo.

Anexo 2 Módulo T de la evaluación ADOS2. Fuente: Tamara Luque ⁽¹¹⁾.

AFECTACIÓN SOCIAL (AS)

Comunicación	Con pocas palabras o ninguna	Con algunas palabras
Frecuencia de la vocalización espontánea dirigida a otros		-
Señalar	-	
Gestos		-
<i>Interacción social recíproca</i>		
Contacto visual inusual		
Expresiones faciales dirigidas a otros		
Integración de la mirada y otras conductas durante las iniciaciones sociales		
Disfrute compartido durante la interacción		-
Respuesta al nombre	-	
Ignorar	-	
Pedir	-	
Mostrar		-
Iniciación espontánea de la atención conjunta		
Respuesta a la atención conjunta		-
Cantidad de las iniciaciones sociales/familiares o cuidador		
Características de las iniciaciones sociales	-	
Calidad general de la relación	-	

COMPORTAMIENTO RESTRINGIDO Y REPETITIVO (CRR)

Comportamiento restringido y repetitivo

Entonación de las vocalizaciones o verbalizaciones		-
Interés sensorial inusual en los materiales o juego o en las personas		
Movimientos de manos y dedos /postura		
Intereses sensoriales inusuales		

Puntuación total global (AS + CRR)

Anexo 3. Nivel 4 de la evaluación del ESDM. Fuente: J. Sally Rogers & Geraldine Dawson ⁽¹³⁾.

	Comunicación receptiva	OBSV.	CÓDIGO
1	Comprende diversos conceptos descriptivos de relaciones físicas		
2	Encuentra 10 – 15 objetos utilizando dos o tres pistas (por ejemplo, tamaño, cantidad, color, nombre del objeto)		
3	Comprende los pronombres de género		
4	Comprende los comparativos: mayor, menor, menos, más, pocos, muchos, etc.		
5	Comprende las relaciones espaciales relacionadas con objetos, así como las preposiciones "atrás", "detrás de", "delante de"		



- 6 Comprende los atributos negativos (por ejemplo: la caja que no tiene pelotas, el niño/a que no está sentado)
- 7 Comprende los posesivos y las relaciones de la parte y el todo
- 8 Demuestra atención por las historias cortas y comprensión de partes de la historia, cuando se le hacen preguntas sencillas de "quien" y "que"
- 9 Responde adecuadamente a preguntas de sí/no relativas a la realidad
- 10 Responde a preguntas acerca de estados físicos
- 11 Responde a preguntas sobre información personal
- 12 Comprende "igual" y "diferente"
- 13 Comprende conceptos de cantidad
- 14 Identifica características de los objetos
- 15 Responde a preguntas relativas a qué categoría pertenecen objetos/imágenes
- 16 Comprende los tiempos pasado y futuro
- 17 Comprende la voz pasiva
- 18 Comprende las relaciones temporales
- 19 Sigue instrucciones verbales en tres partes, no relacionadas

Comunicación expresiva

- 1 Responde a preguntas complejas (por qué y cómo)
- 2 Describe las funciones de los objetos en respuesta a una pregunta (por ejemplo: "¿qué haces con una cuchara?")
- 3 Habla de forma habitual con discursos de tres o cuatro palabras
- 4 Utiliza diversas expresiones nominales
- 5 Utiliza expresiones con preposiciones (por ejemplo: debajo, al lado de, detrás de, delante de)
- 6 Utiliza diversas expresiones con verbos: por ejemplo: (él) llora, a ella le gusta, (él) se ha caído, (ella) estaba contenta, (él) está contento, uso de "podía", uso del condicional (Debía, haría)
- 7 Demuestra una vocalización precisa de al menos el 80% de las consonantes y grupos de consonantes dentro de un discurso conexo
- 8 Describe su experiencia reciente utilizando frases de tres o cuatro palabras
- 9 Pide permiso para realizar una actividad
- 10 Utiliza el plural
- 11 Utiliza posesivos complejos (su de él/ella, el gorro de mamá)
- 12 Utiliza las formas de pasado regulares (Cantaba, escuchó, sabía, escribía)
- 13 Utiliza artículos como un, una, el, los
- 14 Utiliza comparativos y superlativos
- 15 Utiliza la negación con verbos auxiliares
- 16 Utiliza formas verbales que combinan ser/estar con un gerundio (Estoy comiendo)
- 17 Utiliza palabras para describir estados físicos
- 18 Responde a preguntas acerca de estados físicos: ¿qué haces cuando estás...?
- 19 Utiliza nombres de categorías para objetos familiares
- 20 Describe las características de los objetos
- 21 Utiliza los pronombres reflexivos
- 22 Contesta el teléfono adecuadamente y avisa a la persona por la que preguntan
- 23 Participa en una conversación iniciada por un adulto en dos o tres turnos consecutivos y que conlleva diversas funciones (por ejemplo, comentario recíproco, responder y solicitar información)
- 24 Inicia y mantiene con un adulto una conversación sobre un tema de conversación que espontáneamente elige
- 25 Describe una secuencia de actividades que consta de dos a tres acciones (por ejemplo, ir a visitar a la abuela)
- 26 Expresa "no lo sé" y lo acompaña con gestos
- 27 Pide aclaración si no entiende lo que se le dice
- 28 Participa en distintos temas durante la conversación
- 29 Rectifica su propia comunicación cuando el oyente no comprende
- 30 Responde preguntas acerca de sí mismo y de otros

Habilidades sociales: adultos y compañeros

- 1 Invita a otros compañeros a jugar
- 2 Utiliza fórmulas de cortesía como "perdón" o "lo siento"
- 3 Busca a otros para sentirse cómodo en una situación grupal
- 4 Expresa adecuadamente sus propios sentimientos
- 5 Juega por turnos y de forma independiente en un juego informal
- 6 Describe a otro niño/a un acontecimiento o una experiencia
- 7 Identifica o que le hace sentir alegría, tristeza, enfado o miedo
- 8 Identifica las emociones de los demás, basándose en factores de situación
- 9 Empieza a desarrollar estrategias para calmarse cuando siente incomodidad, enfado o miedo

Juego representativo

- 1 Cuando juega, hace que los muñecos hagan acciones
- 2 Durante el juego, utiliza elementos sustitutos para simbolizar accesorios
- 3 Durante el juego, nombra las acciones y los accesorios simulados
- 4 Enlaza espontáneamente tres o más conductas relacionadas en un tema de juego
- 5 Dirige a un compañero a jugar
- 6 Representa diversos eventos de la vida diaria (por ejemplo, fiesta de cumpleaños, ir al restaurante, ir al médico), utilizando guiones verbales
- 7 Durante el juego, representa varios temas de historias
- 8 Asume un personaje y lo representa

ANEXO 4: Valoración para el/a terapeuta ocupacional: CGCACM – O. Fuente: Taylor RR.⁽¹⁶⁾. Caregiver Clinical Assessment of Modes – Observer (CGCAM-O) Version 2.0

The purpose of this questionnaire is to assess the different ways that therapist communicate with caregivers during therapy. Please reference the CGCAM-O Training Version 2.0 for administration guidelines and examples.

Overall Impressions

- A. How effective was the therapist in communicating with the caregiver?
Not at all / Slightly / Somewhat / Very / Extremely
- B. How affective was the therapist in helping the caregiver work toward the caregiver’s goals?
Not at all / Slightly / Somewhat / Very / Extremely
- C. How often did you observe incongruent mode use?
Not at all / Slightly / Somewhat / Very / Extremely
- D. How often did you observe mixed mode use?
Not at all / Slightly / Somewhat / Very / Extremely
- E. How often did you observe mode mismatch between the therapist and the needs of the caregiver?
Not at all / Slightly / Somewhat / Very / Extremely
- F. Are there communication strategies the therapist could have implemented more effectively? (select all that apply)
 - Advocated for the caregiver by referring them to other people with similar experiences or informing them about resources in their community.
 - Collaborated with the caregiver by giving them more control, supporting the caregiver’s ability to make more choices, or facilitating the caregiver’s ability to decide what they wanted to do during the session.
 - Empathized with the caregiver by asking questions about their experience or listening to better understand the caregiver’s thoughts, feelings, or needs.
 - Encouraged the caregiver by focusing on positive outcomes, rewarding or reinforcing the caregiver’s decisions orations, or instilling hope.
 - Instructed the caregiver by creating structure, being more directive, or providing more information or feedback.
 - Problem-solved with the caregiver by outlining options, analyzing potential consequences of choices, or asking strategic questions that helped the caregiver think differently about the situation.
 - None of the above - I am satisfied with how the therapist communicated and interacted.

Therapeutic Mode Use

Advocating Mode

- 1. The therapist talked with the caregiver about how to get access to resources or people in the community where they live.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 2. The therapist and the caregiver talked about legal, educational, or social rights for people with disabilities
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 3. The therapist reminded the caregiver that other people in their situation share similar experiences, feelings, or thoughts
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 4. The therapist made the caregiver aware of individuals, social groups, or places in the community that were not a part of the hospital or clinic.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 5. The therapist helped the caregiver make contact with people who have a similar experience or disability
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable

Collaborating Mode

- 6. The therapist allowed the caregiver to choose what would happen next.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 7. The therapist made sure that the caregiver worked on what mattered most to the caregiver.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 8. The therapist improved or changed something when the caregiver pointed out that it was not helpful.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 9. The therapist said or did things that made the caregiver feel like an active participant and decision-maker in the therapy process.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 10. The therapist gave the caregiver control over what they accomplished.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable

Empathizing Mode

- 11. The therapist listened to the caregiver with true interest.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 12. The therapist asked the caregiver questions with a high level of sensitivity, such that the caregiver felt comfortable responding.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 13. The therapist tried to understand the caregiver’s thoughts and feelings, no matter what they were.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 14. The therapist shared their personal experience so that the caregiver did not feel alone.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 15. The therapist tried hard to understand the caregiver’s needs by listening, observing, or asking as many questions as necessary.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable

Encouring Mode

- 16. The therapist pointed out what the caregiver was good at doing.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 17. The therapist made the caregiver feel confident about what the caregiver was doing.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 18. The therapist’s positive attitude showed belief in the caregiver’s ability to do something the caregiver thought could not be done.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 19. The therapist said things that made the caregiver feel hopeful.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 20. The therapist gave the caregiver a compliment or otherwise rewarded the caregiver for something they did.



Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable

Instructing Mode

- 21. The therapist explained what was happening or told the caregiver what would happen next.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 22. The therapist told or demonstrated to the caregiver how to improve their performance or behavior.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 23. The therapist gave the caregiver clear directions.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 24. The therapist showed a sense of conviction when making a recommendation.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 25. The therapist taught the caregiver something.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable

Problem – Solving Mode

- 26. The therapist helped the caregiver think about a problem or activity in a different way.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 27. The therapist explained different alternatives when guiding the caregiver to make a decision or to complete an action.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 28. The therapist helped the caregiver think about a problem in a clear-headed, non-emotional way.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 29. The therapist helped the caregiver consider many different ways of doing things
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable
- 30. The therapist helped the caregiver look at a problem by breaking it down into smaller parts.
Never / Rarely / Occasionally / Frequently / Not Applicable

Score the assessment according to the following criteria:

Never = 0 / Rarely = 1 / Occasionally = 2 / Frequently = 3 / Not Applicable = 0

ANEXO 5 Sesión tipo. Fuente: elaboración propia.

Se establece una rutina de entrada o saludo, dónde se saluda al menor y se despide a los padres. Se le quitan los zapatos, se le pregunta cómo está y se introduce la primera estrategia de la sesión. Antes de la primera actividad y después de finalizar los juegos, siempre se muestra la tabla de pictogramas, en el caso de que sea necesario, para explicar el orden de la sesión.

En la primera actividad el menor hará juego libre, se le colocan los objetos de la sala de manera ordenada para que elija cual le llama más la atención para comenzar a jugar, el siguiente paso es que incluya al/a terapeuta en su juego y se utilizan las estrategias que correspondan según la fase en la que se encuentre.

La segunda actividad es elegida por el/a terapeuta, pero consensuada con el menor. Al ser la actividad que se encuentra en medio de la sesión, el niño/a aún no está cansado y se encuentra motivado por el juego anterior. Por lo tanto, se incluye la actividad que más trabajo cognitivo suponga, como el trabajo de inicio de escritura; la discriminación de colores, animales, partes del cuerpo y objetos cotidianos; el inicio de vocales y letras; fichas de funciones ejecutivas adaptadas a la edad y actividades que incorporan las AVD (vestido, higiene y arreglo personal, y deglutir/comer).

La siguiente actividad es la motriz que sirve para dar al niño/a un respiro de la actividad de trabajo anterior y para mantener la motivación. Dentro del juego siempre aparece uno de estos materiales como mínimo (si el menor no lo elige lo introduce el/a terapeuta), los columpios, el patinete, la licra, la pelota Bobath, la colchoneta la rampa o las espalderas. Con todo ello también se trabaja sobre los sistemas vestibular, propioceptivo y táctil, en la coordinación del niño/a, la integración bilateral, la planificación de la actividad, el esquema corporal, la cinestesia, etc. Nuevamente se busca que el menor incluya al/a terapeuta en el juego, pero la estrategia es diferente a las primeras ya que la sesión está a punto de finalizar y es importante que el niño/a se vaya con sensación de logro y de éxito, de manera que, quiera volver motivado para la siguiente sesión.

La tercera actividad con objetos es opcional, una vez finalizada la tarea anterior se cambia el ritmo de la sesión, de manera que esta última actividad se dirige a la regulación y la calma. Para ello se hace uso del sistema propioceptivo, de algún libro o de alguna actividad de relajación. Aquí se busca mayor acercamiento con el menor y se le comunica en todo momento lo bien que ha trabajado para que se vaya satisfecho. Finalmente, se recogen los materiales utilizados y se sale de la sala. En este último paso es importante mantener las estrategias para la relación terapéutica debido a que el niño/a se queda con gran parte del final de la sesión.

Derechos de autor

