



ACTIVIDAD FÍSICA Y TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UN CASO PRÁCTICO PHYSICAL ACTIVITY AND AUTISM SPECTRUM DISORDER: A CASE STUDY

Elena Jiménez Martínez¹, Alicia Santana Rodríguez¹

¹Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España. E-mail: elena.jimenez105@alu.ulpgc.es.

RESUMEN

La actividad física influye de forma positiva en la calidad de vida de las personas, lo que hace suponer que su práctica y sus beneficios pueden ser esenciales en los individuos con Trastorno del Espectro Autista. La intervención buscó optimizar la práctica de actividad física de un grupo de jóvenes con autismo, utilizar la misma como instrumento para trabajar su competencia social y autonomía personal y reducir algunas estereotipias propias del trastorno. Para recabar la información se utiliza un método de observación estructurada. Los destinatarios eran escolares de entre 8 y 17 años diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista. Los usuarios muestran progresos evidentes, aunque desiguales, debido a sus grandes diferencias cognitivas; no todos alcanzan avances a nivel social. El ejercicio físico parece favorecer en los sujetos la mejora de sus destrezas corporales y sociales, si bien habría que corroborarlo en estudios con más usuarios y más tiempo de seguimiento.

PALABRAS CLAVE: Trastorno del Espectro Autista, estereotipias, cognición, actividad física.

ABSTRACT

Physical activity has a positive influence on the quality of life, which means that its practice and benefits on individuals with Autism Spectrum Disorder may be essential. The aim of the intervention was to optimize the physical activity in a group of young individuals with autism, in order to use it as a tool to work its social competence and personal autonomy and to reduce some of the typical repetitive behaviours of this disorder. In order to obtain information, a method of structured observation is used. The individuals were school children aged 8 to 17 years old diagnosed with Autism Spectrum Disorder. The users show evident physical progress, but unequal due to the big cognitive differences; not all of them reach social advances. Physical exercise seems to improve the individual's body and social skills, although this conclusion should be confirmed with researches with a higher number of individuals and a longer follow-up.

KEYWORDS: Autism Spectrum Disorder (ASD), cognition, physical activity, repetitive behaviours.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, y a lo largo de las últimas décadas, la discapacidad ha adquirido un lugar relevante en los escenarios social, sanitario y educativo. Es un concepto que resulta familiar, tanto por los avances médicos y legislativos, que poco a poco incrementan la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, como por la evolución de los servicios dirigidos a este colectivo. Estas prestaciones han dejado de centrarse en sus necesidades más elementales, para abrirles un mundo de posibilidades en el terreno del ocio y el deporte para personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA en adelante). Muchos de los destinatarios acuden a un modelo de escolarización que no contempla la Educación Física como asignatura de peso en su programación, por lo que se consideró conveniente crear una propuesta que supla esta carencia.

Se consideró que una de las finalidades de la actividad física (AF en adelante) es el desarrollo integral de la persona a través de su competencia motriz, por lo que se planteó alcanzar no solo progreso a nivel físico, sino que se utilice como medio para trabajar competencia social y de autonomía personal. Para ello se elaboró una propuesta de intervención con actividades que se ejecutaron a lo largo del primer trimestre del curso escolar 2015/2016.

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta intervención se apoya en la relevancia de realización de actividad física en jóvenes con TEA. La actividad física es uno de los pilares fundamentales para un estilo de vida saludable y por ello debe tener en cuenta las particularidades de cada individuo.

Para comprender adecuadamente la esencia de esta intervención es necesario ahondar en los conceptos de Trastorno del Espectro Autista, actividad física, actividad física adaptada.

Trastorno del Espectro Autista

La Asociación Americana de Psiquiatría define el Trastorno del Espectro Autista (TEA en adelante) como un trastorno del desarrollo que puede causar problemas con el

pensamiento, los sentimientos, el lenguaje y la capacidad de relación con otras personas¹.

Hasta hace unas pocas décadas se utilizaba simplemente el término “autismo” acuñado por primera vez en la década de los 40. Se enumeró entonces una serie de características que hacían referencia a los niños y niñas diagnosticados que tenían ciertos comportamientos comunes, entre otros “*un deseo excesivo por mantener todo igual, dificultades comunicativas y un potencial cognoscitivo muy alto*”².

El TEA se plantea como una de las distorsiones más severas del desarrollo humano, que influye cualitativamente en el crecimiento normal del niño³. El autismo se definió como “*un trastorno importante de la capacidad para establecer un sistema de relaciones y de comunicación, así como una carencia profunda del desarrollo de la imaginación y la empatía*”⁴.

A pesar de que el trastorno comprende un amplio abanico de características que varían según el individuo, es verdad que se pueden enumerar algunas que comparten, en mayor o menor grado, y es que todas las personas que se encuentran dentro del espectro poseen dificultades especificadas en la triada de habilidades de Wing que afectan al área social, de comunicación y de imaginación⁵.

Aunque el concepto es joven, su evolución ha sido fugaz y su transformación continua., por ello, contemporáneos de nuestro siglo ya comienzan a definirlo como un Trastorno Generalizado del Desarrollo (término actualmente sustituido por el de TEA), que tiene como síntoma principal un comportamiento inusual en los niños caracterizado sobre todo por alteraciones en la comunicación social y en el desarrollo cognitivo⁶.

Es importante puntualizar que el concepto de TEA debe ser entendido como un “continuo” no como una enfermedad definida y cerrada, sino como un término maleable según las particularidades de cada individuo. Se puede decir que el trastorno

¹ ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). A.P.A., 2013.

² KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943, V. 2, págs. 217 – 250.

³ RIVIERE, A., MARTOS, J. *Autismo: comprensión y explicación actual*. IMSERSO, 2001.

⁴ WING, L. *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. PAIDÓS, 1998.

⁵ WING, L. *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. PAIDÓS, 1998.

⁶ ALONSO, J.R. *Autismo y Síndrome de Asperger. Guía para familiares, amigos y profesionales*. Amarú, 2004.

tiene dos extremos, desde la alteración más leve, el Síndrome de Asperger, hasta la más grave, considerada ésta como el autismo clásico⁷.

Actividad Física Adaptada

El ejercicio físico es fundamental para cualquier persona, pero cuando se habla de niños y jóvenes con discapacidad (independientemente del tipo), ésta adquiere aún más relevancia. Existen tres categorías para clasificar los beneficios de la actividad física, nos centraremos en uno que nos interesa especialmente: “el aspecto conductual del hábito de la práctica de la actividad física saludable que se mantiene hasta la vida adulta”⁸.

Para conseguir eliminar las barreras que impiden la participación de la persona en determinadas actividades físicas es necesario poner el acento en las modificaciones que habría que introducir en el material, recursos personales o recursos de infraestructuras. De esta manera se entiende la actividad física adaptada como una praxis que busca solucionar las diferencias individuales que existen entre las personas con discapacidad y que impiden o dificultan la ejecución de actividad física.

Los deportistas con discapacidad obtienen puntuaciones más elevadas que las personas sin discapacidad en los factores de integración social y afectividad social, como motivo de su práctica deportiva⁹. La importancia de lo terapéutico de la actividad física es el papel fundamental en el bienestar físico, psicológico y social de las personas con discapacidad.

3. OBJETIVOS

Se formularon tres objetivos generales:

1. Optimizar la práctica de actividad física del grupo regular de jóvenes con TEA
2. Utilizar la Actividad Física como instrumento para trabajar su competencia social y autonomía personal

⁷ HORTAL, C.; BRAVO, A., MITJÀ, S., SOLER, J.M. *Alumnado con trastorno del espectro autista*. Graó, 2011.

⁸ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía de Actividad Física y Salud en la Infancia y Adolescencia, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia 2006).

⁹ GUTIÉRREZ SANMARTÍN, M. El valor del deporte en la educación integral del ser humano. *Revista de Educación*, 2004, V. 335, 105 – 126.

3. Reducir algunas conductas estereotipadas propias del trastorno presentes en los usuarios.

4. MÉTODO

Procedimiento y muestra

La intervención se centró en un grupo regular de 6 usuarios con TEA de entre 8 y 17 años ligados a la Asociación Canaria de Personas con Trastornos Generalizados del Desarrollo (ACTRADE) .Todos ellos tienen objetivos y competencias básicas de los niveles de Educación Primaria, aunque todos presentaban distintas necesidades y estrategias de intervención que sean flexibles de uno a otro. Todos ellos asistieron, como mínimo, una vez por semana a la actividad programada.

Aquí se muestra la ejecución de la primera fase desde octubre hasta diciembre durante sesiones de entre dos y cuatro horas de duración. El grupo está formado por una chica y cinco chicos, cuyas características relevantes se exponen a continuación:

<i>Usuaría 1</i>	Edad: 13 años
	Escolarización: Centro Específico
	Autonomía: Esfínteres controlados
	Capacidad motriz: Normal
	Sistema de comunicación: Se están trabajando los pictogramas
	Conductas a tener en cuenta: Autolesiones, no acata órdenes a la primera. Respuesta: Refuerzo positivo
	Refuerzo: Pelotas y actividades acuáticas

<i>Usuario 2</i>	Edad: 17 años
	Escolarización: Centro ordinario, aula enclave
	Autonomía: Totalmente autónomo, lenguaje oral
	Capacidad motriz: Normal
	Conductas a tener en cuenta: Rigidez a los cambios, repeticiones continuas de diálogos de películas
	Refuerzo: Prestar atención a sus conversaciones

<i>Usuario 3</i>	Edad: 13 años
	Escolarización: Centro específico
	Autonomía: Control de esfínteres, puntualmente se orina encima
	Capacidad motriz: Normal
	Sistema de comunicación: sonidos o signos (dependiendo del receptor)
	Conductas a tener en cuenta: Autolesiones, miedos, problemas gástricos, auto estimulación
	Refuerzo: Comida, ver fotos, caricias

<i>Usuario 4</i>	Edad: 8 años
	Escolarización: Centro Específico
	Autonomía: No controla esfínteres, ayuda en tareas diarias, aprendiendo a nadar.
	Capacidad motriz: Normal
	Sistema de comunicación: Ninguno
	Conductas a tener en cuenta: Rascarse los ojos de forma compulsiva, frustración por falta de recursos comunicativos, asustadizo ante algunos estímulos
	Refuerzo: Usar el móvil, mimos, cogerlo en brazos

<i>Usuario 5</i>	Edad: 11 años
	Escolarización: Centro Específico
	Autonomía: No controla esfínteres, come y se viste solo
	Capacidad motriz: Normal
	Sistema de comunicación: Alguna palabra o signo suelto
	Conductas a tener en cuenta: conductas de llamadas de atención, juego constante
	Refuerzo: cosquillas, juegos acuáticos, pinturas

<i>Usuario 6</i>	Edad: 13 años
	Escolarización: Centro Específico
	Autonomía: Totalmente autónomo
	Capacidad motriz: Normal, aunque con hipotonía general

	Sistema de comunicación: Lenguaje oral funcional
	Conductas a tener en cuenta: Es muy dado a ayudar, Epilepsia
	Refuerzo: Leer, refuerzo verbal, parque

Se utiliza fundamentalmente un registro de observación basado tablas de registro con determinados objetivos por sesión. Cada tabla es individualizada y personalizada, es decir, cada usuario tiene sus propios objetivos a conseguir dentro de esa misma sesión. Hay unos objetivos comunes para todos que deberían ser adquiridos al finalizar el trimestre (en el mes de diciembre) y otros objetivos individuales. Esa ficha, además tiene un apartado de incidencias, en el que se anotaron comportamientos anómalos o algún retroceso/regresión a hábitos o rituales ya eliminados, etc.

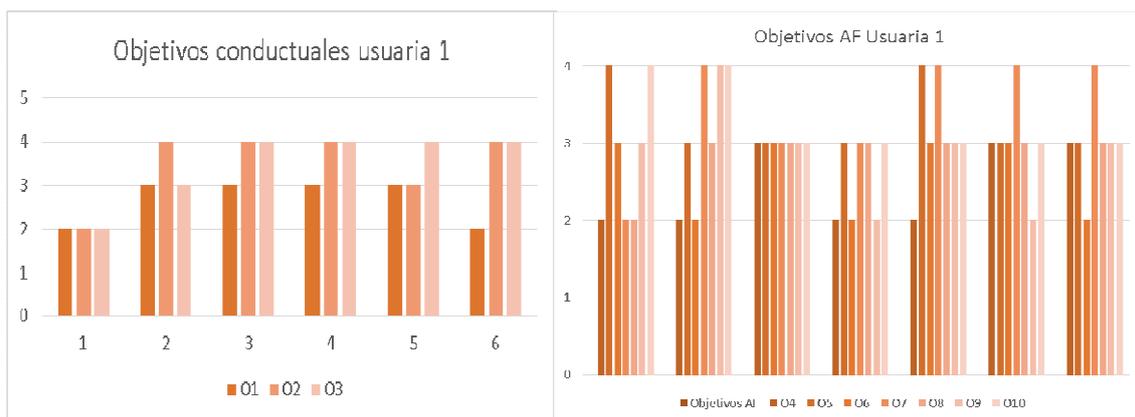
Debido a la poca homogeneidad que caracteriza a este grupo se creó un conjunto de actividades que atendiera a las necesidades de cada individuo en concreto de forma que la intervención fuera ya inclusiva y apta para todos; por lo que dentro de este diseño no había cabida para una segunda adaptación personalizada.

5. RESULTADOS

Debido a las características tan heterogéneas de los sujetos de esta intervención los resultados están organizados por usuario, de manera que se obtienen seis descripciones/ resultados diferentes.

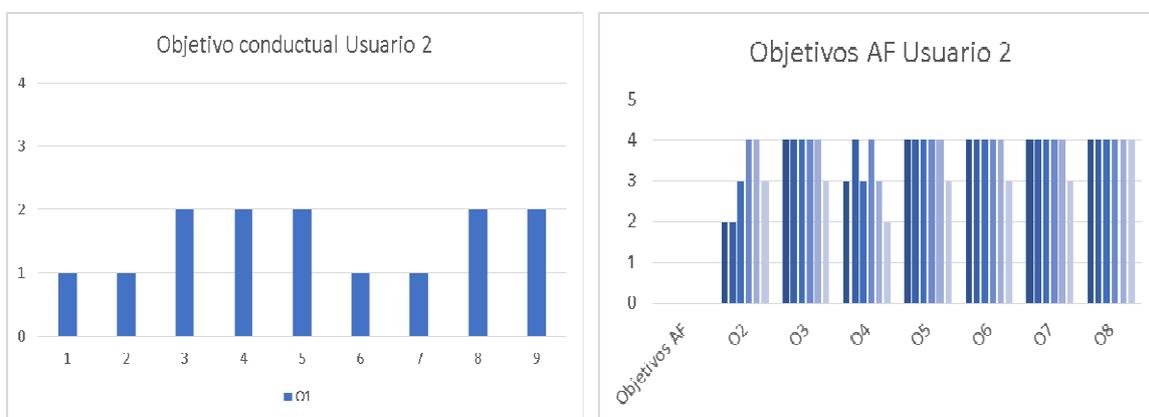
Usuaría 1

Esta usuaria obtuvo unos resultados bastante positivos con respecto a la optimización y mejora de la práctica de actividad física. En todos los bloques de actividades consigue varias veces la puntuación máxima en algún objetivo relacionado con la ejecución de ejercicios físicos. No existen problemas de conducta graves. Se consigue reducir el uso de la pelota fuera de la actividad deportiva. Entre el senderismo y las sesiones de actividades pre – deportivas entendió que la pelota en este espacio es un refuerzo. La interacción con sus iguales ni con los monitores no mejora en ninguna de las sesiones.



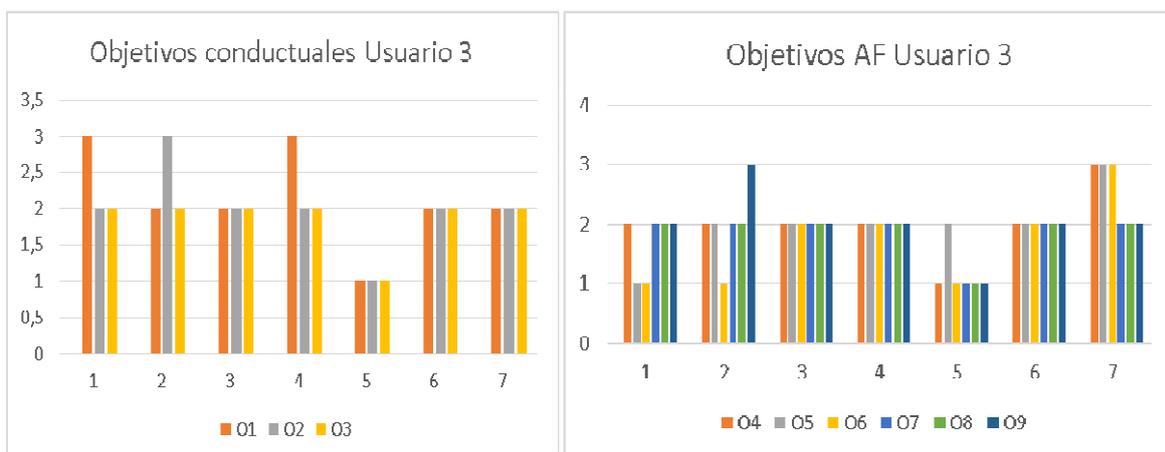
Usuario 2

El usuario 2 se ausentó durante dos sesiones de actividades pre deportivas y no asiste a ninguno de los senderismos, por lo que los objetivos en las sesión de actividades de baloncesto no es comparable con un antes y un después. Sin embargo se aprecian buenos resultados en los objetivos físicos de piragüismo y en escalada Pese a ello, no existe ninguna mejora en la interacción social, durante todas las sesiones continúa con su ecolalia y sus conversaciones casi siempre descontextualizadas No tiene ningún tipo de conducta negativa ni disruptiva.



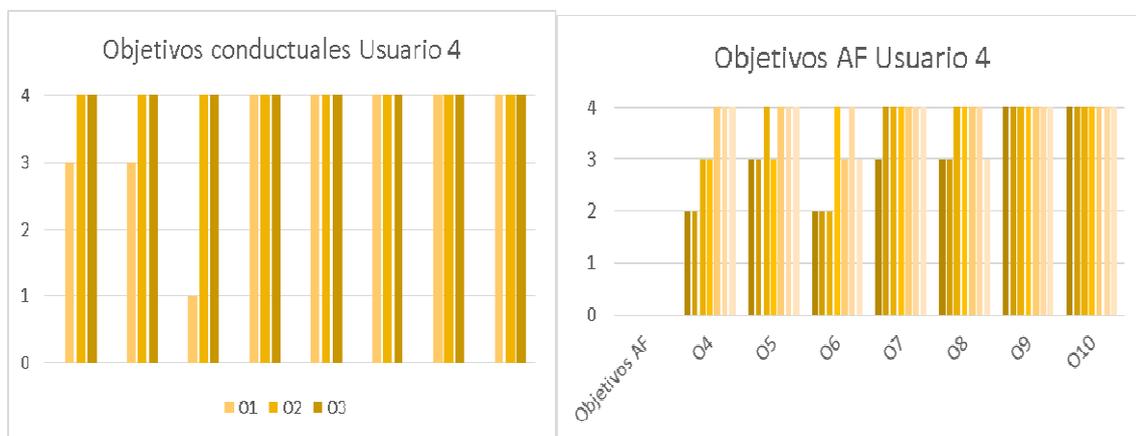
Usuario 3

Este usuario tiene trabas con la ejecución de instrucciones directas. No progresa de forma adecuada ni en los objetivos físicos ni en los relacionados con la mejora social. Sus resultados, aunque con algún vértice puntual, se mantienen constantes. Tiene claros sus intereses, y la práctica de deporte dirigido no entra en ellos; esto se aprecia en que en los senderismos, sesiones en las que si pone voluntad, ganas y disfruta con muy buena actitud, porque pasear es algo que le apasiona. Hubo una sesión de piragüismo en la que no se obtienen resultados, ya que fue interrumpida por conducta disruptiva.



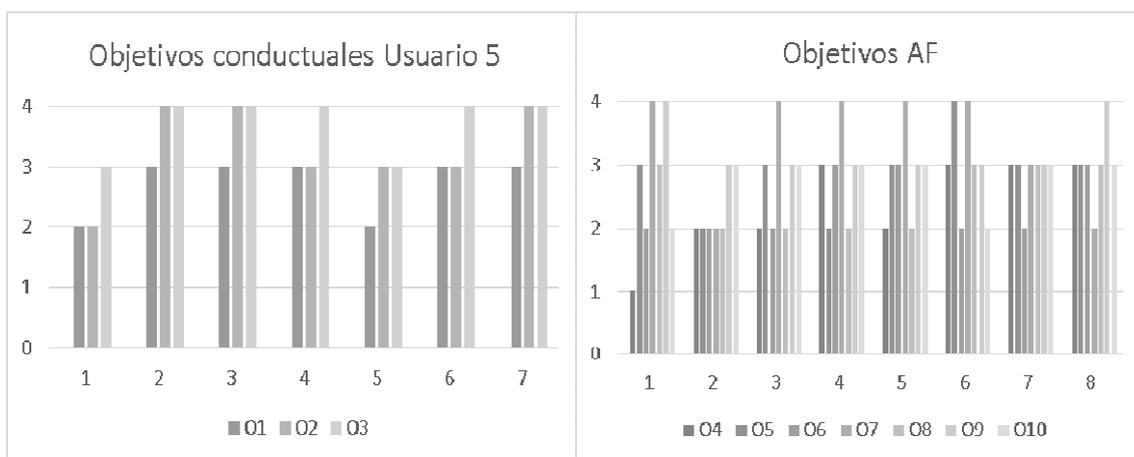
Usuario 4

El usuario 4 obtiene muy buenos resultados, con una evolución exponencialmente positiva a lo largo de estos dos meses. En los objetivos relacionados con la actividad física se observan claros adelantos y avances en todas las sesiones. Además en la parte social también manifiesta mejorías, tanto con la interacción con los monitores como con sus iguales. Se aprecia habilidades físicas superiores a las del resto de los usuarios.



Usuario 5

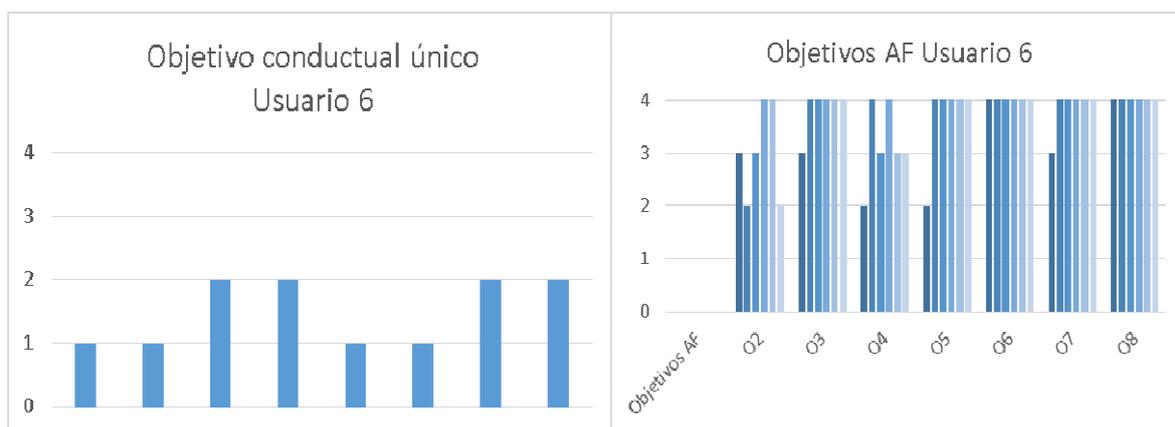
Los resultados de este usuario no son demasiado concluyentes, y es que tiene aumentos y disminuciones constantes en la consecución de los objetivos. En una de la sesión de piragüismo obtuvo unos resultados muy bajos porque le afectó la conducta de su compañero, a quien estuvo observando e imitando el rato que estuvieron juntos. Tiene buena capacidad física que hay que potenciar. Las sesiones que más disfruta son las de escalada y eso se ve reflejado en los resultados de los objetivos comunes.



Usuario 6

A pesar de ser el único que tiene una dificultad motriz (hipotonía general y algo más perceptible en la pierna derecha) es un usuario que tiene unos resultados casi inmejorables.

Tiene una enorme capacidad de auto- superación y eso se refleja en su trabajo en todas las sesiones. Su progresión es buena tanto en los objetivos físicos como de carácter social. Tiene lenguaje oral contextualizado, lo que ha ayudado a conocer sus intereses y su agrado por las actividades que se realizan.



6. CONCLUSIONES

La ejecución de esta intervención ha supuesto una mejora importante en la optimización e incrementación de la práctica de actividad física para este grupo específico, y es que todos los destinatarios mejoran en mayor o menor medida (el nivel del éxito varía en cada usuario) en algún aspecto de sus destrezas corporales relacionadas con la motricidad gruesa de los brazos, las habilidades del equilibrio y la

coordinación. En determinados casos los objetivos se han planteado a la baja, infravalorando las capacidades de los sujetos, ya que dos de ellos consiguen en gran parte de las sesiones la puntuación máxima de los objetivos relacionados con las capacidades físicas.

Además se ha conseguido crear un clima cooperativo en el grupo, ya que uno de los chicos fue un apoyo natural del usuario de menor edad; se preocupaba por él, preguntaba por él si no ha llegado a la sesión...Especificar también que, en general, la mejora de la interacción social no ha sido eficaz. Teniendo en cuenta las características de los individuos con los que se trabaja se estima que los objetivos planteados en relación a esta cuestión han sido demasiado ambiciosos. Por lo que se planteará disminuir la exigencia de este conjunto de objetivos de habilidades sociales. También es muy valiosa la información que se ha recopilado en torno a la adquisición de costumbres exclusivas de la práctica de actividad física. Con la repetición continua de determinados hábitos se ha conseguido crear una rutina en torno a la actividad física.

Como conclusión final se considera que dos meses y medio es un periodo de tiempo escaso para ver beneficios notables, por lo que se propone la continuación de esta propuesta de intervención en una línea similar a la que se ha seguido hasta ahora, adecuando y planteando aún más sensiblemente los objetivos individuales de cada usuario.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, J.R. *Autismo y Síndrome de Asperger*. Guía para familiares, amigos y profesionales. Amarú, 2004.
- ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). A.P.A., 2013.
- ESPAÑA. *Currículo básico de la Educación Primaria*. Boletín Oficial del Estado, Sábado 1 de marzo de 2014, número 52.Pág 19349 I.
- GÓMEZ PUERTO J.R., et al. Estilos y calidad de vida. *Revista Digital*. 2005, V. 90.

- GUTIÉRREZ SANMARTÍN, M. El valor del deporte en la educación integral del ser humano. *Revista de Educación*, 2004, V. 335, 105 – 126.
- HORTAL, C.; BRAVO, A., MITJÀ, S., SOLER, J.M. *Alumnado con trastorno del espectro autista*. Graó, 2011.
- KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943, V. 2, págs. 217 – 250.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Guía de Actividad Física y Salud en la Infancia y Adolescencia*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia 2006).
- RIVIERE, A., MARTOS, J. *Autismo: comprensión y explicación actual*. IMSERSO, 2001.
- WING, L. *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. PAIDÓS, 1998.
- WING, L. *La educación del niño autista*. PAIDÓS, 1985.