

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

El tratamiento cognitivo-conductual aplicado a un caso de autismo.

Autor: Victoria Ricciuti.

Tutora: Nora Gelassen.

ÍNDICE

2.1. Objetivo general.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3.2. Modelos explicativos sobre el autismo.....	5
3.2.1. Teorías cognitivo-conductuales.....	6
Teoría de Hobson: La teoría de Hobson (1993) (citado por Barlett, 1988) postula la teoría del déficit afectivo-social en el autismo, ya que según esta perspectiva la persona autista tiene dificultades en la interacción emocional, en relación a la incapacidad de dar respuesta a las emociones de los demás (empatía no inferencial), que implica, a su vez, la nula capacidad para llevar adelante el juego simbólico e inferir el pensamiento de los otros.....	7
Teoría de Huges-Russell: La perspectiva de Huges-Russell (1993) (citado en Happe, 2007) pone el foco en la no capacidad del niño autista para desprenderse de un objeto y en la inhibición de la respuesta que están emitiendo ante una nueva exigencia del contexto inmediato.....	7
Teoría de la coherencia central: La teoría de la coherencia central expuesta por Frith (1989) (citado por Happe, 2007) plantea que los niños autistas experimentan un reducido nivel de rendimiento en las actividades que necesitan de la toma en consideración del sentido global de la coyuntura, a partir de la suma de los detalles, modificando así la particularidad universal del procesamiento de la información expuesta por Barlett (1988), en cuanto los individuos no pueden recordar los hechos en gran cantidad de pequeños detalles sino que tienen una visión macro del contexto.....	7
3.2.2. Teorías neurofisiológicas y emocionales:.....	7
Las teorías neurofisiológicas y emocionales llevan a visualizar dos ideas centrales (Barlett, 1988):.....	7
3.2.3. Teoría psicoanalítica.....	7
El entendimiento del autismo desde esta perspectiva se asocia con el concepto de psicosis. De acuerdo con Lacan (1981), la psicosis encuentra su origen en el mecanismo de forclusión, el cual refiere al rechazo o negación: se reemplaza lo simbólico con lo imaginario.....	7
3.3. Tratamientos actuales del autismo.....	8
3.3.1. Terapias cognitivo-conductuales.....	8

3.4. Esbozo de un diseño de programa	11
--	----

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación V se realizó en una entidad civil y de bien público sin fines de lucro. Brinda atención psiquiátrica y neurológica, y asistencia psicológica con orientación cognitiva conductual a personas que presentan diferentes trastornos generalizados del desarrollo (TGD). El tratamiento se desarrolla de forma interdisciplinaria entre profesionales del ámbito de la salud y de la educación.

Las primeras semanas se asistió a algunas supervisiones de casos de TGD con un grupo de psicólogas. En las semanas siguientes se concurrió a un tratamiento a domicilio de un paciente de 4 años diagnosticado con autismo. El tratamiento está a cargo de una coordinadora y dos terapeutas. Se realizaron observaciones del tratamiento y posteriormente se comenzaron a hacer algunas intervenciones con el paciente. Se observó el uso de técnicas cognitivo conductuales y bibliografía de las mismas.

De la asistencia al tratamiento a domicilio del paciente es que surgió la elección del tema que se tratará en la tesina.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo será describir el tratamiento cognitivo conductual aplicado a un paciente de 4 años con diagnóstico de autismo.

2.2. Objetivos específicos

Describir las técnicas conductuales, aplicadas a un caso de autismo.

Describir el plan de tratamiento utilizado en el caso del paciente.

Realizar una descripción de las características del trastorno autista encontradas en el caso del paciente.

3. PERSPECTIVA TEÓRICA

3.1. Definición del autismo

Si se rastrea la etimología de la palabra autismo, de origen griego, se encuentra que la misma remite a la idea de “estar encerrado en uno mismo” (Cuxart, 2000, p. 11).

A partir de ello se puede pensar su significado como una vuelta en sí mismo que presenta, entre otras particularidades, una dificultad de la persona para hacer lazo con otros. Al respecto, Rivière (2001) conceptualiza el autismo según:

“(…) es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas (...); aquella persona que vive como ausente- mentalmente ausentes- a las personas presentes, y que por todo ello se siente incompetente para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación” (p. 16).

Rivière utiliza el concepto de espectro autista, comprendido como características que pueden vislumbrarse no solo en el autismo, sino también mediante relaciones con otras alteraciones. Dicho concepto de espectro autista, para una mejor comprensión, refiere a personas que en el proceso de su desarrollo presentan síntomas autistas, a rasgos situados en continuos o dimensiones (Fejerman, 1994; Wing y Gould, 1979). Una de las ideas principales que el abordaje de Rivière (1997a, 2001) muestra es la de comprender el autismo no como una enfermedad sino como sistemas de síntomas definidos por la conducta.

Desde una perspectiva neuropsicológica, el autismo (o los trastornos del espectro autista –TEA) se clasifica dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD). Al respecto, la clasificación definida por el DSM-IV incluye el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico), el trastorno de Rett y el trastorno desintegrativo infantil. No obstante estas clarificaciones, no son pocos los especialistas que engloban los tres primeros trastornos mencionados dentro de la categoría de los TEA, caracterizándolos como diferentes manifestaciones patológicas y grados de severidad de una misma condición, y siendo el trastorno autista el cuadro más grave de la misma (Severgnini, 2006).

En primer lugar, vale aclarar que el objetivo del DSM-IV es que el criterio de diagnóstico no se utilice como una lista de comprobación, sino como una guía para el diagnóstico de, en este caso, los TGD (Boyle, 1995). Todos los TGD son cuadros neuropsicológicos y, por lo general, se hacen evidentes a muy temprana edad.

Estos niños tienen dificultades para hablar, jugar con otros niños y para relacionarse con otros, incluidos sus familiares. El DSM-IV señala que el trastorno se caracteriza por una dificultad profunda y generalizada en varias áreas del desarrollo:

Habilidades de interacción social.

Habilidades de comunicación.

Comportamiento, intereses y actividades estereotipadas.

El National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (2010) adopta la clasificación de TEA mencionada anteriormente, indicando que los mismos se caracterizan por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación y conductas estereotipadas, limitadas y repetitivas. Específicamente respecto del trastorno autista, indica que es la variante más grave de los TEA.

El trastorno autista (autismo infantil o autismo infantil precoz) es 4 veces más común en niños que en niñas. Los niños con trastorno autista tienen problemas de comunicación, socialización y comportamiento, que están en el margen de moderado a severo. Muchos niños con autismo también padecen retraso mental (Kientz y Dunn, 1997; Severgnini, 2006). El criterio del DSM-IV-TR (2002) para el diagnóstico del trastorno autista es el siguiente:

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada por al menos 2 de los siguientes:

-notable deterioro en múltiples comportamientos no verbales, como contacto visual, expresión facial, postura corporal y gestos que regulan la interacción social.

-falta de búsqueda espontánea para compartir disfrutes, intereses o logros con otras personas.

-falta de reciprocidad social o emocional.

-incapacidad para desarrollar relaciones con pares apropiadas para el nivel de desarrollo.

B. Alteración cualitativa en la comunicación, que puede manifestarse de las siguientes maneras:

- Ausencia del lenguaje oral o retraso en el mismo.
- Dificultad para mantener o iniciar conversaciones (en individuos que poseen lenguaje adecuado).
- Lenguaje repetitivo y estereotipado, o ideosincrásico.
- Ausencia del juego real espontáneo o imitativo social.

C. Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conductas, intereses y actividades, manifestados por al menos 1 de los siguientes:

- preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restringidos de interés que son anormales por su intensidad o su contenido.
- adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales no funcionales.
- manierismos motores estereotipados y repetitivos
- preocupación persistente por partes de objetos.

D. La alteración produce deterioro clínicamente significativo del área social, laboral y de otras importantes áreas de funcionamiento.

E. El problema no se define mejor por un trastorno de Rett o por un trastorno desintegrativo de la niñez.

3.2. Modelos explicativos sobre el autismo

La conceptualización del autismo ha sufrido serias transformaciones a lo largo del tiempo, sobre todo en lo que respecta a sus indicios fisiopatológicos, ello en función de los constantes y hasta ahora continuos avances investigativos en la materia (Davidson y Neale, 1991; Felici, 2005; Martos y Rivière, 2001).

Rivière (1997a) estableció tres etapas a través de las cuales las teorías explicativas sobre el autismo se han desplegado desde que en 1943 el doctor Kanner hiciera su estudio de campo con niños y diera como resultado el empleo del término trastorno autista para referirse a ellos. La posición de Kanner estableció una ruptura epistemológica radical con lo que hasta ese momento se formulaba teóricamente en la materia (Lasa Zulueta, 1998). Se realizó la separación del autismo de las esquizofrenias infantiles, pues en su época era tomado como el inicio prodrómico ya que se creía que, conforme el niño iba pasando a otras etapas del desarrollo, su patología se iría modificando en una esquizofrenia de adulto.

Brevemente, las etapas evolutivas sobre la explicación del autismo pueden describirse secuencialmente según se presenta en la siguiente tabla.

Tabla: Breve evolución explicativa del autismo.

Contextualización temporal 1943-1960

Conceptualización 1. Relación entre las conductas del niño autista y el vínculo afectivo con los padres, estos últimos siendo poco afectivos.

2. Ineficacia de los tratamientos psicoanalíticos.

3. Refutación de tal posición a partir de estudios comparativos entre padres de niños sin autismo y aquellos con autismo.

1960-1980

1. Incursión etiopatogénica de lo orgánico en el autismo, dada la presencia de síntomas epilépticos en adolescentes con autismo en edades precoces.

2. Surgimiento de corrientes psicológicas orientadas a aplicar tratamientos basados en la modificación de la conducta (refuerzo-castigo), aunque con inconvenientes ante los intentos de generalización.

Contextualización temporal 1980-Actualidad

Conceptualización

-Se reconoce la incidencia medioambiental en el autismo.

-Relación entre lo anterior y condiciones orgánicas como el aumento de serotonina.

-Complementariedad entre la finalidad de la psicología cognitiva hacia el mejoramiento de la habilidad social y cognitiva, y los tratamientos farmacológicos (control de ciertas conductas). Todo ello se orientó a la materialización de un abordaje integral educativo y terapéutico.

-Reconocimiento de factores genéticos: riesgo genético (pares de gemelos monocigóticos; hermanos de niños autistas), asociaciones con trastornos cromosómicos específicos (síndrome X-Frágil y la esclerosis tuberosa) y marcadores genéticos (HRAS, 5 HTT, HLA).

Fuente: Felici, M. S. (2005). Intervenciones psicoeducativas en el espectro autista. Tesis de maestría, Universidad Internacional de Andalucía, Andalucía, España; Kientz, M. A. y Dunn, W. (1997). A comparison of the performance of children with and without autism on the sensory profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 530-537.

En este sentido, en la primera de estas etapas tuvieron preponderancia las explicaciones de tipo psicodinámicas. El trastorno autista era visto como una respuesta de inhibición, incluso de rechazo emocional, que se daba en un niño ante la presencia de un entorno emocionalmente frío, distante, hostil, etc. Las intervenciones terapéuticas, que tenían desarrollo en clínicas y hospitales, tenían el objetivo de tratar de resolver dichos conflictos emocionales, a menudo quitando al niño de ese

entorno. En este período el autismo era por lo general interpretado como una psicosis de la infancia (Felici, 2005).

Luego de esa etapa empezaron a ser preponderantes las teorías basadas en la psicología experimental, es decir, las teorías conductivistas. Se llevaron adelante estudios de campo que pusieron en evidencia la falta de base de las hipótesis psicodinámicas, de modo especial aquellas que proyectaban la culpa del trastorno sobre el entorno familiar. Aunque también en esta segunda etapa se consideraba al autismo como una psicosis, empieza a tener un mayor desarrollo la idea del autismo como algo distinto a las psicosis; empieza a ser abordada como un trastorno en el desarrollo normal del niño. Las propuestas terapéuticas, al inicio de la etapa principalmente clínica, pasan a ser cada vez más educacionales (Rivière, 1997a). La segunda etapa tiene fin con el postulado de la nueva definición del autismo, que refiere un TGD. La tercera etapa, que inicia con este quiebre, es conocida como cognitivista- interaccionista (Rivière, 1997a). Se investigaron los procesos mentales desarrollados en la infancia que sufría la alteración que tenía como consecuencia el trastorno autista. Las hipótesis tienen sus postulados en identificar las consecuencias de la causa del trastorno autista en causas biológicas, frente a las psicológicas y ambientales de las etapas anteriores. Happé (2007) señala que la mejor forma de abordaje es aquella donde el trastorno autista se considera desde tres dimensiones: la comportamental, la biológica y de los procesos mentales, y que solo de esa manera se puede realizar una comprensión más precisa del trastorno.

Si bien anteriormente se ha esbozado algunos aportes, resulta importante formalizar conceptualmente los aportes de las teorías más importantes, con énfasis sobre la cognitivo-conductual, de especial interés para el desarrollo del presente estudio. Según se desarrolla en los siguientes subapartados, se pueden citar: las teorías cognitivo-conductuales, las teorías neurofisiológicas y emocionales, y la teoría psicoanalítica.

3.2.1. Teorías cognitivo-conductuales

De acuerdo con Finney, Wilbourne y Moos (2007) y Dowd (1997), las terapias cognitivo-conductuales integran principios de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva, cada una de las cuales se caracterizarán brevemente a continuación.

El conductismo (corriente psicológica fundada por el psicólogo norteamericano Watson), se fundamenta en el análisis de la conducta externa, observable, del sujeto. Si bien lo interno al individuo, la conciencia y los procesos mentales en general, se consideraban existentes, su no inclusión hacia la determinación de las conductas se justificaba desde dos aspectos: por un lado, al ser aspectos inobservables, los mismos no podían estudiarse; por otro, se afirma que el sujeto se limita a reacciones frente a estímulos externos, como si los internos no existieran. Así, la conducta estaría determinada sólo por el contexto y en tanto la suma de aprendizajes anteriores más simples (Berger, 2004).

Básicamente se estipula que el desarrollo del sujeto es mecánico, determinista, en tanto se establecen líneas causales rígidas entre un determinado estímulo ambiental y una determinada respuesta aprendida anteriormente; es decir, que esta última se repite bajo iguales condiciones iniciales. En este sentido, el proceso de aprendizaje tiene lugar principalmente desde la repetición de aquellos dos factores de la relación causal, podemos hablar de dos tipos de aprendizaje (Kazdin, 2000; Pérez Castelló, 2006; Ribes, 1972, 1979, 2002):

-Condicionamiento o aprendizaje clásico. Corresponde a un tipo de aprendizaje básico, presente por lo general desde lo inconsciente, en tanto se fundamenta en los reflejos fisiológicos del organismo. El proceso en sí se caracteriza según: existencia inicial de un estímulo incondicionado que produce un reflejo o respuesta incondicionada; presentación de dicho estímulo en forma asociada con otro estímulo, neutro, que produce igualmente el reflejo o respuesta incondicionada; y producción de la anterior respuesta sólo en presencia del estímulo neutro, luego de presentaciones sucesivas y conjuntas de los estímulos neutro e incondicional, por lo que el estímulo neutro se denomina estímulo condicionado y la respuesta incondicionada original, respuesta condicionada.

-Condicionamiento o aprendizaje operante. Se corresponde, según los conductistas, con el desarrollo de conductas complejas, en tanto comprende un proceso más completo, donde el sujeto cumple un papel más activo ya que debe realizar cierta acción para que tenga lugar el aprendizaje en sí. El proceso en sí se caracteriza por la operación del sujeto sobre un aspecto ambiental que le devuelve una respuesta determinada, y ante la cual se produce una asociación valorativa positiva o negativa, en tanto la asociación de la acción y su resultado. De esta manera, pueden tener lugar dos tipos de resultados: refuerzo positivo o negativo de una conducta, en tanto el incremento de la probabilidad de su repetición, respectivamente en relación a la obtención de un premio y la evitación de algo no deseado; y castigo, en tanto la reducción de la probabilidad de repetición de una conducta, al conllevar la prohibición de una respuesta positiva.

Respecto de la teoría del aprendizaje social, siendo su mayor exponente Bandura (Peñacoba Puente, Álvarez Loro y Lázaro Arnal, 2006), este modelo es muy próximo al del conductismo, pero aplicable al caso de conductas sociales de elevada complejidad.

Por ello, la principal diferencia respecto del conductismo radica en la consideración de lo cognoscitivo, conjuntamente con los procesos de aprendizaje (sobre todo de aprendizaje social), para explicar el desarrollo del sujeto: son similares en tanto lo cognoscitivo no explica por sí solo el anterior desarrollo.

Esta relación entre lo cognoscitivo y los aprendizajes se traduce en la valoración y obtención de conclusiones desde los sujetos sobre lo que sucede en el entorno y así poder actuar apropiadamente: el desarrollo humano está dado por las interrelaciones entre los ejes de la conducta personal, las características internas (cognitivas) del individuo y el medio ambiente.

En cuanto al aprendizaje social, el que da lugar a las competencias sociales, el mismo surge de la observación de los demás, pudiendo sacar conclusiones al respecto, y permitiendo explicar las conductas consecuentes a modelos que luego el sujeto imita.

Por su parte, el paradigma de la psicología cognitiva, así como de las terapias asociadas, se fundamenta en el principio de la mediación cognitiva; esto es: la reacción, respuesta emocional o conducta consecuente con cierto estímulo se encuentra mediada por un proceso de significación o evaluación en tanto los objetivos, metas o deseos de cada persona (Bruning, Schraw, Norby y Ronning, 2005).

Este proceso de mediación se sustenta en el concepto de estructuras cognitivas, o esquemas, que dan lugar a las evaluaciones o significaciones y a las respuestas. Estas estructuras obran a modo de propiedad emergente de un sistema conformado por las predisposiciones genéticas y el aprendizaje a partir de experiencias en el sujeto. En este sentido, la terapia asociada se orienta a la modificación de las estructuras cognitivas, hacia la producción de variaciones en las respuestas emotivas y/o conductuales. En otras palabras, se trata de un proceso de cambio fundamentado en el reaprendizaje (Martínez Gutiérrez, 2005; Varela García, Thompson y Rosch, 2005).

Diversas son las teorías que se categorizan dentro del modelo cognitivo- conductual. En relación al autismo, los principios comunes a ellas son, básicamente (Diez-Cuervo, et al, 2005; Fuentes-Biggi, et al, 2006; Gillberg, 1992; Jiménez Pascual, et al, 2011):

El autismo no es una enfermedad mental.

El autismo es un trastorno del desarrollo.

El autismo requiere de atención psicoafectiva en un ambiente estructurado.

El tratamiento del autismo debe orientarse a reducir el déficit e incrementar las competencias sociales que le sean útiles al sujeto (sobre todo, comunicacionales, sociales, motivacionales).

Dentro de las teorías cognitivo-conductuales podemos nombrar las siguientes:

☐ Teoría de la mente: Con origen en las investigaciones de la Premack y Woodruff (1978), esta teoría se asocia con la atribución de estados mentales a otros, en la realización de inferencias y en la anticipación.

Asociado a ello, Wimmer y Perner (1983) indicaron que a los cuatro años y medio el niño predice la acción equivocada del sujeto, En este sentido, en los niños autistas se hace referencia a un no desarrollo de o una insuficiente capacidad para atribuir estados mentales a otros, hacer inferencias y anticipar conductas; en otras palabras, los autistas presentan dificultades para distinguir entre las representaciones propias y las ajenas, esto investigado a través del test de la falsa creencia y otras pruebas como la de ordenamiento de historietas (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1986; Frith, 1989; Frith y Happé, 1999).

Asimismo, desde esta teoría se indica que los autistas poseen dificultades en el juego simbólico, en la ejecución de los comportamientos protodeclarativos, en la metarrepresentación (Ojea Rúa, 2004), en la intersubjetividad primaria y secundaria (Trevarthen y Hubley, 1978).

-Teoría de Hobson: La teoría de Hobson (1993) (citado por Barlett, 1988) postula la teoría del déficit afectivo-social en el autismo, ya que según esta perspectiva la persona autista tiene dificultades en la interacción emocional, en relación a la incapacidad de dar respuesta a las emociones de los demás (empatía no inferencial), que implica, a su vez, la nula capacidad para llevar adelante el juego simbólico e inferir el pensamiento de los otros.

-Teoría de las funciones ejecutivas: La teoría del déficit de las funciones ejecutivas refiere a la modificación de situación o tarea, mantenimiento en la situación o tarea, control de las interferencias, inhibición, integración a través del espacio y del tiempo, planificación y memoria de trabajo. Pennington y Ozonoff (1996) (citado en Barlett, 1988) postulan una explicación de esta teoría en cuanto presentan dos elementos particulares:

La selección de la acción necesaria para una coyuntura determinada, sobre todo cuando la persona tiene ante sí distintas opciones de respuesta.

-Promoción al máximo de la multiplicidad integrativa de las diferentes funciones psicológicas: percepción, memoria, afecto, motivación, etc.

En otras palabras, los autistas presentan deficiencias sobre la capacidad para resolver problemas hacia la consecución de un objetivo determinado.

-Teoría de Huges-Russell: La perspectiva de Huges-Russell (1993) (citado en Happe, 2007) pone el foco en la no capacidad del niño autista para desprenderse de un objeto y en la inhibición de la respuesta que están emitiendo ante una nueva exigencia del contexto inmediato.

-Teoría de la coherencia central: La teoría de la coherencia central expuesta por Frith (1989) (citado por Happe, 2007) plantea que los niños autistas experimentan un reducido nivel de rendimiento en las actividades que necesitan de la toma en consideración del sentido global de la coyuntura, a partir de la suma de los detalles, modificando así la particularidad universal del procesamiento de la información expuesta por Barlett (1988), en cuanto los individuos no pueden recordar los hechos en gran cantidad de pequeños detalles sino que tienen una visión macro del contexto.

3.2.2. Teorías neurofisiológicas y emocionales:

Las teorías neurofisiológicas y emocionales llevan a visualizar dos ideas centrales (Barlett, 1988):

-La conducta emocional podría ser considerada como un sistema integrado por distintas funciones que se organizan de modo jerárquico: análisis de las emociones, manifestación de las emociones.

-La distinción entre dos canales por medio de los cuales los datos de orden sensorial toman un sentido emocional: un primer canal cortical (cuando la persona evalúa la entrada sensorial o

percepción) y un segundo canal subcortical que brinda los andamiajes emocionales básicos de la realidad.

3.2.3. Teoría psicoanalítica.

El entendimiento del autismo desde esta perspectiva se asocia con el concepto de psicosis. De acuerdo con Lacan (1981), la psicosis encuentra su origen en el mecanismo de forclusión, el cual refiere al rechazo o negación: se reemplaza lo simbólico con lo imaginario.

De acuerdo con Bettelheim (1967), el autista se enfrenta a un mundo frustrante, siendo inhallable un adecuado mundo si éste no se presenta entre los 6-9 meses de vida y así hallando potenciales factores etiológicos en la relación con la madre. En asociación con ello, también se hace alusión al deseo de los padres de que el niño no exista.

Por su parte, Tustin (1984, 1996) plantea el autismo infantil precoz como un fracaso en el desarrollo (los procesos autísticos manteniéndose ante conductas como la falta de amamantamiento o la dificultad en la asimilación), diferenciando un autismo normal (necesario para la construcción del sujeto) y un autismo patológico (intento de defensa del no-yo). También hace diferencia entre los siguientes tipos de autismo:

-Autismo secundario: defensa de la depresión psicótica.

-Autismo primario normal: abarca los procesos nutricios y determinan la calidad de la relación niño-madre.

-Autismo primario anormal: refiere a la continuidad del anterior proceso, con deficiencias de la figura nutricia o del bebé, derivando en déficits totales o parciales de estímulos sensoriales.

-Autismo secundario con caparazón: negación de los cuidados nutricios mediante la protección contra los terrores del no-yo.

-Autismo secundario regresivo: se relaciona con la personalidad autística y las atenciones nutricias.

3.3. Tratamientos actuales del autismo

El tratamiento actual del autismo abarca medidas multifactoriales que permiten abordar el problema desde las distintas perspectivas potencialmente etiopatogénicas (diversidad sintomatológica). La decisión sobre la complementariedad o preponderancia de una de las alternativas terapéuticas debe ajustarse a las necesidades, capacidades y requerimientos de cada paciente, en función a los continuos estudios clínicos. Así, se incluyen, básicamente (Fuentes-Biggi, et al, 2006; Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista, Instituto de Investigación de Enfermedades Raras- Instituto de Salud Carlos III, 2004; Howlin, 2000; Howlin, Magiati y Charman, 2009; Ruggieri, 2011; Rogers, 1998; Warren, et al, 2011):

-Medicamentos: principalmente se utilizan antipsicóticos (por ejemplo, risperidona, aripiprazol), inhibidores de la recaptación de serotonina (SRI) (por ejemplo, fluoxetina, citalopram), estimulantes y otros medicamentos para tratar la hiperactividad (por ejemplo, metilfenidato, anfetamina y dextroanfetamina, guanfacina), secretina (tratamiento de problemas de la digestión y de los TEA), quelación (eliminación de metales pesados del cuerpo).

-Programas de conducta y desarrollo: destrezas, sociales, atención, sueño, juego, ansiedad, interacción con los padres, conductas difíciles y otras actividades. Correspondiéndose esta alternativa con las terapias cognitivo- conductuales, las mismas se desarrollarán en detalle más adelante.

-Programas de educación y aprendizaje: se ofrecen en escuelas u otros centros de enseñanza, abarcando destrezas de aprendizaje y razonamiento y en enfoques globales sobre el desempeño. Muchos de estos programas se basan en el método Treatment and Education of Autistic and Communicationrelated handicapped CHildren (Tratamiento y educación de niños autistas y con discapacidades relativas a la comunicación; TEACCH), que utiliza apoyo visual y organiza el ámbito intraáulico de tal manera que facilite el desempeño del autista.

-Otros tratamientos y terapias: se incluyen, entre otros, terapia del habla y el lenguaje, terapia musical, terapia ocupacional, acupuntura, vitaminas y suplementos minerales, terapia con masajes, sistema de comunicación con intercambio de imágenes, enseñanza prelingüística receptiva en ambiente natural.

Comentadas estas alternativas básicas para el tratamiento de los TEA, su efectividad se asocia directamente con la precocidad del diagnóstico. Legido (2011) afirma que las terapias cognitivo conductual y farmacológica son las que muestran una mayor eficacia actual.

3.3.1. Terapias cognitivo-conductuales

La terapia cognitivo-conductual posee actualmente gran reconocimiento clínico y utilización en el campo psicoterapéutico para el abordaje de diversos trastornos (por ejemplo, depresión, adicciones, fobia social). Las terapias cognitivo-conductuales suponen el enfoque más comprensivo para, intentando desarrollar estrategias para incrementar el control de sí mismo en la persona. A continuación se listan las características, propiedades y ventajas generales de estas terapias (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008; Secades Villa y Fernández Hermida, 2006; Varela García, Thompson y Rosch, 2005):

-Son terapias breves, comparadas con otros abordajes.

-Se centran en el abordaje de problemas actuales.

-Establecen objetivos realistas y consensuadas por el paciente.

-Se orientan a la consecución de resultados rápidos cuando los problemas son urgentes.

-Utilizan técnicas orientadas al incremento de las capacidades de los pacientes para controlar sus propios problemas, permitiendo a los mismos generar su cambio de comportamientos.

-Se desempeña un estilo de cooperación en la relación paciente-terapeuta.

-Son flexibles, en tanto la gran adaptabilidad a las necesidades de los pacientes.

-Poseen un gran nivel de apego, a causa del elevado nivel de implicación

-Poseen una gran conexión con la teoría psicológica establecida.

-Derivan del conocimiento científico y poseen aplicabilidad en la práctica del paciente en la determinación de los objetivos y en la planificación del tratamiento clínica. Al respecto, también vale mencionar que la filosofía de intervención subyacente considera al paciente como un científico, en tanto mediante el mismo método se incurre en la contrastación empírica de sus ideas o creencias.

-Poseen un importante grado de estructuración, ello favoreciendo las instancias de evaluación de resultados.

-Su efectividad se fundamenta en la evidencia científica.

-Poseen un carácter preventivo, caracterizando un enfoque didáctico.

Algunas de las ideas originales se han modificado o se han descartado, pero el enfoque conductista/ambiental para tratar los problemas de conducta es todavía el más eficaz entre los disponibles (Wing, 1996).

Las técnicas para modificar o implementar conductas son procedimientos que deben ser aplicados de acuerdo a la conducta blanco o deseada. Existen dos tipos de técnicas (Kozloff, 1980; Ribes, 1972; Rivière, 1997b; Sindy, 1990; Ulrich, 1976):

-Técnicas para incrementar conductas deseadas (habilidades).

-Técnicas para decrementar conductas inadecuadas.

Estas técnicas se aplican a la persona en relación a sus necesidades y al tipo de conducta. Ninguna técnica es superior a otra; el tema depende de que funcione con y sea acorde a esa persona. Por lo general, se busca aplicar las técnicas más suaves dejando las más aversivas como recurso extra cuando no se logran los resultados (Kozloff, 1980).

Las técnicas para reducir una conducta inadecuada deben introducirse en el preciso momento en que surge la conducta que se desea eliminar. Las nueve técnicas más usadas para decrementar una conducta son (Kozloff, 1980; Ribes, 1972; Rivière, 1997b; Sindy, 1990; Ulrich, 1976):

-Corrección verbal. Radica en repetir al niño la instrucción que se le dicta con un “¡No!” que lo precede. El mismo puede ser de tono suave o fuerte, dependiendo de cómo haya sido

programado. El “NO” suave se introduce bajando el tono de voz media octava del tono normal de voz del terapeuta; mientras que el “NO” fuerte se aplica exhalando en volumen alto y apoyando el estómago, casi como un grito pero sin llegar a este nivel (Kozlof, 1980).

Ejemplo: “Párate”... “¡No, párate!”

Otra forma de aplicar esta técnica es eliminar la palabra “¡No!” poniendo un mayor énfasis en la instrucción y aplicar un tono distinto de voz (más grave) y enfatizando las sílabas. Ambas formas son correctas y su introducción depende de la apreciación que tengan los padres del niño y los profesionales que lo atienden (Kozlof, 1980).

Ejemplo: “Párate”... “¡PÁ-RA-TE!”

-Corrección física. Esta modalidad consiste en llevar al niño a que ejecute la habilidad esperada, en lo que refiere al plano físico de realización de conducta, y debe de ir acompañado con cierta fuerza que comunique desagrado, siempre teniendo especial cuidado en no provocar dolor ni lastimar al niño (Sindey, 1990).

Ejemplo: “Párate”... “¡No, párate!”... “¡No, párate!” – de forma simultánea poniendo las manos en los antebrazos del niño, se le levanta de la silla con cierta fuerza, sin dañar al niño.

-Interrupción de respuesta. Esta técnica de modificación de conducta radica en cortar la presentación de la conducta inadecuada de un modo inmediato a su surgimiento, mediante un instructivo y acompañado en circunstancias de una corrección física. La misma debe ser llevada adelante teniendo en consideración los elementos con los que haya sido elaborada, así como ejecutarse con constancia (Sindey, 1990).

Ejemplo: El niño comienza a agitar sus manos y se le ordena: “Pon tus manos quietas”, pudiendo también si es necesario retenerle sus manos.

Ejemplo: El niño hace sonidos bocales, entonces con las yemas de los dedos se le retienen de un modo suave sus labios para juntarlos, y se le comunica, que mantenga cerrada la boca.

-Extinción. Esta técnica consiste en la erradicación completa del reforzador de una conducta inadecuada que antes había sido reforzada. Se debe ignorar total y consistentemente la conducta inadecuada. Esta técnica se suele usar cuando el niño tiene intención de manipular con caprichos (como cuando por ejemplo el niño se pone a gritar o se tira al piso), incluso con auto agresión (Galindo, 1995).

Ejemplo: El niño comienza a llorar y gritar sin ninguna razón que amerite tal escena. Se procede entonces a ignorarlo y actuar como que no nos hemos dado cuenta con la intención de evitar de esa forma cualquier contacto visual o de palabra con el niño.

-Tiempo fuera. Esta técnica radica en quitar al niño del ambiente reforzante para introducirlo en otro que no constituya tal característica, por un período de tiempo limitado y específico. El

concepto de este plan es quitar al niño todo estímulo para tratar de eliminar así la conducta inadecuada (Galindo, 1995).

- Saciedad o sobrecorrección. Esta técnica es la aplicación continua y con aumento de la conducta inadecuada; se basa en obligar al niño a que ejecute la conducta en repetidas ocasiones seguidas con el fin de que la misma se torne desagradable o cause cansancio en el niño (Ulrich, 1976).

Ejemplo: si el niño tira objetos, se le obliga a recogerlos y tirarlo un n número de veces (Ulrich, 1976).

Las reglas de esta técnica que deben tenerse en cuenta son:

-Aplicar de modo inmediato a la presencia de la conducta blanco.

-Se debe establecer el número de repeticiones y completarse siempre.

-Se debe describir la forma detallada en la que se aplicará la sobre- corrección.

-Reforzamiento de conductas incompatibles. Esta técnica radica en reforzar una conducta que sea opuesta a la conducta inadecuada y que tiene el fin de evitar que acontezca. Es el reforzamiento de una conducta que sea contraria a la conducta que se desea eliminar. Este método es muy efectivo y poco aversivo, por lo que se recomienda probarlo antes que los demás (Stumphauzer, 1992)

Ejemplo: el niño está imposibilitado de saltar en la cama si se lo mantiene sentado o acostado. Al introducir esta técnica se debe tomar en cuenta que (Stumphauzer,1992):

-La conducta incompatible se debe reforzar de modo inmediato, es decir, la conducta que deseamos y que evita la inadecuada.

-Las dos conductas incompatibles deben ser detalladas previamente.

-Al seleccionar la conducta incompatible a la conducta inadecuada, ésta debe ser totalmente contraria y que haga imposible se desencadene la segunda.

-Desensibilización. Esta técnica radica en un desarrollo de la disminución sistemática de determinados impulsos como miedo, desagrado o negación total hacia algo, mediante un reforzamiento de las aproximaciones. Pueden incluirse (Swartz, 1996):

-Técnica de desensibilización sistémica en la imaginación: es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y eliminar las conductas motoras de evitación. El punto de partida consiste en que la aparición de determinados estímulos produce de forma automática respuestas de ansiedad. Razonar sobre lo adecuado o no de estas respuestas no parece un procedimiento útil. Más bien se intenta provocar, también de manera automática, la aparición de respuestas incompatibles con la ansiedad.

-Técnica de desensibilización sistémica cognitiva: consiste en que la persona se exponga al estímulo temido sin que produzca las conductas de evitación, huida o lucha. Cuando se lleva a cabo

así, de forma sistemática, se da la habituación, junto con la extinción de las conductas de evitación, entonces la ansiedad disminuye y se afrontan las situaciones con tranquilidad creciente.

Ejemplo: estamos antes la situación hipotética de que un niño le tiene miedo al mar. Se procede entonces a acercarlo y primero que solo se moje los pies, luego un poco más adentro y así de a poco hasta que pueda ir venciendo el temor (Swartz, 1996).

-Costo de respuesta. Es la pérdida gradual de un reforzador sin posibilidad de recuperarse y presentado al niño en forma evidente. El aversivo consiste en que el niño pierde el premio o eso que le agrada sin opción a ganárselo posteriormente. Se utiliza frecuentemente cuando el niño presenta conductas inadecuadas y los aversivos parecen no funcionar (Galindo, 1995).

Ejemplo: el niño efectúa un ensayo correcto y al momento de recibir el premio, aletea las manos, por lo que el terapeuta se come el dulce al tiempo que dice “te lo pierdes”.

Por su parte, las técnicas para la adquisición de conducta son los medios por los cuales un niño adquiere una habilidad. Las mismas se desarrollan en relación a las necesidades específicas del niño y las habilidades que se pretende enseñar (Galindo, 1995).

Las principales técnicas para incrementar conductas son (Kozloff, 1980; Ribes, 1972; Rivière, 1997b; Sindy, 1990; Ulrich, 1976):

-Imitación. Esta técnica de aprendizaje radica en que el niño por medio de la observación reproduzca una conducta modelada por el terapeuta. Su atributo principal es servir de ejemplo o patrón para que sea copiado por el niño.

Ejemplo: cuando se le dice al niño de hacer algo o cuando al niño se le pide que repita las palabras que nosotros decimos (Bandura y Walters, 1974, citado en Galindo, 1995).

-Moldeamiento.

Esta técnica radica en el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones constantes a la conducta blanco, hasta que ésta se internalice. Esta técnica se emplea cuando se transmiten habilidades más complejas o que constan de varios pasos, como sería el cepillado de dientes, vestirse, abrocharse los zapatos, etc. Es necesario que el terapeuta distinga todas y cada uno de los pasos de manera detallada sin dar nada por sentado para poder enseñar la actividad (por Auto observación: implicó enseñar al paciente a realizar operatividad de sus problemas, para después obtener datos acerca de las características topográficas y las relaciones funcionales de los mismos.

-Contrato de contingencias. Esta técnica consiste en utilizar un reforzador de alto nivel de aceptación para el niño con el propósito de incrementar una conducta de bajo nivel de ocurrencia (enseñar una nueva habilidad). Esta técnica es básicamente la que se aplica por primera vez a un niño y es dar un premio por cada vez que obedece una instrucción.

Ejemplo, se le ordena al niño pararse (se puede dar apoyo físico) y si obedece, se gana su premio (Ribes, 1976).

3.4. Esbozo de un diseño de programa

En el trabajo de niños con autismo, surgen preguntas tales como:

-¿Qué es lo que necesitan aprender?

-¿Por dónde empezar?

-¿Qué es lo primero que se les debe enseñar?

Blackman y Silberman (1973) postularon criterios que no debieran soslayarse a la hora de modificar cambios en una conducta. Citamos:

1. La conducta por cambiar debe presentarse con cierta frecuencia.
2. Si la conducta afecta al niño y su entorno.
3. La conducta impide una evolución saludable (p. 15).

Por otro lado, si las conductas aparecen en intervalos espaciales, o si estas desaparecen con el tiempo, no son objetos de intervención, ya que constituyen parte del desarrollo normal de los niños (Blackman y Silberman, 1973).

Las conductas, para ser intervenidas, no deben elegirse en forma arbitraria, porque eso solo dificultaría el proceso (Blackman y Silberman, 1973).

Se debe tener en consideración que unas conductas son prerrequisito de otras, para que sobre ellas se estructure el aprendizaje.

Se hace necesario antes de aplicar cualquier intervención (a fin de una posterior comparación cuando se apliquen la/s técnica/s de modificación de conducta) elaborar un inventario de observación (Martin y Pear, 2007), que radique en ir anotando todas las actividades que el niño hace teniendo en cuenta las siguientes variables:

Topografía.

Cantidad: Frecuencia, duración.

Intensidad.

Control de los estímulos.

Latencia.

Calidad/habilidad de la acción.

Este trabajo permite tener una visión global del comportamiento del niño en un ambiente determinado, de modo tal que pueda delimitarse, con anticipación, las condiciones en las que se harán las observaciones y su control.

A partir de las características que se han desarrollado del autismo, de los modelos explicativos, y de los tratamientos cognitivo conductuales aplicados al caso de TGD, se desarrollarán los objetivos planteados en el TFI.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo de caso único.

4.2. Participante

A partir del mes de septiembre se empezó con la observación del niño de 4 años, T. El nombre no es el real, se toma este nombre ficticio por decisión personal, y por pedido también de su familia. El niño es un paciente diagnosticado con Autismo.

4.3. Instrumentos

La herramienta utilizada para este caso fueron las observaciones, donde se llevó un registro de las mismas para evaluar y describir la evolución del paciente. También se participó en algunas intervenciones aplicadas al caso.

4.4. Procedimiento

Se asistió al domicilio del paciente de lunes a viernes, 3 horas por día durante 5 meses. El tratamiento estuvo a cargo de una coordinadora de equipo, una supervisora y dos terapeutas, quienes se encargaron de desarrollar un programa con distintos objetivos para abordar el tratamiento.

5. ANÁLISIS DEL CASO

5.1. Caso clínico

El paciente vive con su madre, su padre, y su hermana menor de 2 años, A. El padre es abogado, trabaja todo el día fuera de la casa. La madre del paciente es ama de casa por lo que está la mayoría del tiempo con sus hijos. La familia cuenta con la ayuda de M, quien trabaja y vive con ellos durante la semana. T concurre al colegio por la tarde, con una psicopedagoga que lo acompaña. Anteriormente T no realizó ningún tratamiento, fue diagnosticado con Trastorno de Autismo 5 meses antes.

5.1.2. Motivo de Consulta

Los padres de T asisten para una entrevista ya que notaban en T conductas anormales para un niño de su edad. Se le administra a la madre del paciente una escala de madurez de Vineland. Esta escala permite un plan de diversas acciones con respecto a las cuales la persona muestra una capacidad progresiva de independencia o participación de actividades que en el futuro le permitirá ser independiente. De acuerdo a los resultados, T posee un nivel de adaptación social por debajo de su edad coronológica.

5.1.3 Tratamiento Psicológico

La psicoterapia realizada por los terapeutas con el paciente fue TCC (tratamiento cognitivo-conductual).

El tratamiento domiciliario inicia con:

- Entrevista de orientación, en la cual se pone en conocimiento de los padres en qué consistirá el tratamiento a realizar.

- Evaluación de entrada, en la que se elabora el plan de tratamiento del cual se va a partir.

- Tratamiento domiciliario: Se desarrolla el plan de tratamiento elaborando programas de las diferentes áreas que han de trabajarse.

- Elaboración de informes, los cuales pueden ser internos (entre coordinador de equipo y supervisor, de supervisor a supervisor, de supervisor a directores de diferentes áreas), y externos (de la institución a otros profesionales o instituciones).

Se diseñó un plan de tratamiento con objetivos a lograr durante la terapia. Se tomó nota de lo trabajado con T en las distintas sesiones.

5.1.4. Observaciones

Se realizaron observaciones en el domicilio del paciente. La sesión de terapia se realizó de lunes a viernes de 9 a 12hs. El equipo de trabajo estaba formado por una coordinadora, quien supervisaba el trabajo de los terapeutas.

Cada mes se realizaron reuniones de equipo para tratar los puntos a mejorar en la terapia, planificar nuevas actividades y modificar las que no estaban dando resultados.

Se realizó una alteración de numeración de los objetivos, con el fin de que el desarrollo quede más claro, empezando primero con las características del trastorno autista encontradas en el caso, luego haciendo la descripción del plan utilizado en el caso, y por último describiendo las técnicas empleadas en el tratamiento.

5.2. Características del trastorno Autista en T

El conjunto de las deficiencias de la interacción social, la comunicación y la imaginación, con el consiguiente patrón repetitivo de conducta, representa el hilo común que relaciona entre sí a todos los trastornos autistas, cualesquiera que sean los otros estados presentes (Wing, 1996).

Con relación a las deficiencias en la interacción social de acuerdo con el DSM IV –TR (2002), se encontró:

-Dificultad en el uso de múltiples comportamientos no verbales; entre ellos: contacto ocular, expresión facial, posturas del cuerpo y gestos para regular la acción social: Tomás tiene mucha dificultad en mirar a los ojos de la persona que le está hablando o haciendo algún gesto, mira hacia otro lado. Los gestos que utiliza no tienen relación con lo que se le está diciendo, sus posturas corporales parecen ser desinteresadas.

-Incapacidad para establecer relaciones con sus pares, incapacidad para relacionarse con los demás, ausencia de la búsqueda espontánea para compartir intereses o logros con otras personas, ausencia de reciprocidad social o emocional: T no comparte con otras personas, parecen no importarle, no disfruta compartir con el otro, no comprende las emociones suyas ni las de las demás personas. Demuestra incomodidad, desagrado al ver que otras personas quieran ingresar a su cuarto. No le gusta que invadan su lugar, ni tomen sus cosas. Conocer nuevas personas lo pone incomodo y agresivo.

Con relación a las dificultades cualitativas en la comunicación (DSM IV-TR, 2002):

-Retrasos o ausencia del lenguaje oral: T no tiene desarrollado el lenguaje, solo emite sonidos esporádicamente, los que acompaña con algún gesto y gritos en situaciones de agresión.

En cuanto a patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados: T tiene un interés restringido y repetitivo con los autos de juguete, tiene una colección con todo tipo de modelos y colores. Solo los utiliza él, ya que no le gusta compartir sus cosas, ni entiende el significado de juego con el otro.

T presenta retrasos en:

Interacción social: Hay mucha dificultad en la interacción de T con los demás. Cuesta mucho que preste atención, que sostenga la mirada, que se quede quieto.

El establecimiento de relaciones con iguales suele ser uno de los objetivos más difíciles de alcanzar en los contextos educativos. Además, las relaciones de muchas personas autistas son extremadamente dependientes de contextos muy restringidos y dejan de producirse cuando varían las situaciones mínimamente. O son muy poco frecuentes y dependen siempre de la iniciativa de los adultos que rodean al niño, que no tiende a establecer, por propia iniciativa, ninguna clase de relaciones con las personas.

Algunos autistas sólo se relacionan para obtener gratificaciones físicas como comida, salidas a la calle, mimos, etc (Riviére, 1997).

-Uso del lenguaje en la comunicación social: T no hace casi uso del lenguaje oral, se trabaja en que aprenda a utilizar lenguaje no verbal para interactuar con el otro, para que pueda expresar necesidades y entender lo que el otro quiere transmitirle. El retraso y las anomalías en el desarrollo del habla son muy normales en el autismo. Algunos niños, aproximadamente uno de cada cuatro o cinco entre todos los que tienen trastornos del espectro autista, no hablan nunca, y permanecen mudos toda su vida. Algunos de ellos son capaces de emitir repeticiones fieles de sonidos mecánicos o de animales, pero no van más allá (Wing, 1996).

-Juego simbólico o imaginativo: T no comprende el significado de juego, no entiende las reglas, no sigue pautas. Los niños con trastornos autistas no desarrollan los juegos imitativos sociales y las actividades imaginativas del mismo modo que los demás niños (Wing, 1996, p.54).

5.3. Descripción de los principales temas abordados en el plan de tratamiento de T.

En este apartado se hará referencia a los temas que se abordaron en el tratamiento propuesto para T. Estos temas plantean objetivos a conseguir a largo plazo.

-Comunicación y lenguaje:

La mayor parte de la interacción social se basa en la conversación, la cual consiste por un lado, en una mezcla de solución de problemas y transmisión de la información, y por otro, en el mantenimiento de las relaciones sociales y el disfrute de la interacción con los demás. La regulación de señales verbales y no verbales se encuentra dentro de la conversación, siendo las claves no verbales las que regulan el intercambio verbal. Antes de hablar, las personas indicarán su atención ubicándose a una distancia razonable, dirigiendo sus cabezas o cuerpos la una hacia la otra e intercambiando miradas de vez en cuando, debido a que requieren de retroalimentación no verbal para hablar (mirada relativamente fija y ciertas pautas de comportamiento, de asentimientos con la cabeza, reacciones faciales adecuadas y algunos murmullos de aprobación como “mm-hm” y “sí”); de esta forma cada persona hablará durante su turno, produciéndose pocas interrupciones o silencios incómodos prolongados. La conversación comenzará a terminarse si estas características no aparecen (Caballo, 2000).

Se trabaja para enseñar a T un sistema alternativo y aumentativo de comunicación, que pueda fomentar sus iniciativas comunicativas, mejorar sus habilidades de comprensión del lenguaje.

Se utilizan cronogramas con imágenes de interés, para que pueda adquirir una conducta sígnica. El objetivo es que aprenda a señalar intereses, necesidades, emociones, que pueda elegir entre dos opciones, diferenciar.

Se utilizan órdenes para mejorar las habilidades de comprensión del lenguaje.

Por ejemplo: “Cepillate los dientes”, “parate”, “sentate”.

-Relaciones sociales y socialización

Wing (2006) sostiene que el niño con autismo se comporta como si los demás no existieran. En la infancia, la deficiencia social es especialmente notoria en contraste con otros niños de la misma edad. En el desarrollo normal, el interés por otros niños es evidente desde muy pronto, mucho antes de la edad escolar. Los niños pequeños con trastornos autistas del grupo aislado son diferentes hacia sus compañeros de juego de grupo o de la escuela, o se alarman ante ellos. Incluso si aceptan a sus hermanos, no se relacionan con niños que estén fuera de la familia. Muchos niños autistas sólo establecen relaciones con adultos a los que están vinculados, e ignoran por completo a los niños de su edad (Riviére, 1997).

Se trabaja con T para que pueda mejorar sus habilidades de acción y atención conjunta, que pueda fomentar la relación con pares. Enseñarle habilidades de juego funcional y juego reglado, y más que nada que pueda mejorar sus habilidades de autovalimiento.

Se interviene para que aprenda a establecer contacto con la persona que interactúa mediante órdenes (por ejemplo "mirame"), señalización con los dedos y/o ruidos para provocar su atención.

En el juego se utiliza la imitación. El objetivo es que Tomás observe y luego imite, entienda las reglas del juego, a esperar su turno, a quedarse quieto en su lugar y el uso funcional de los juguetes.

En relación a su independencia personal, se intenta que empiece a mejorar sus habilidades de autovalimiento, que aprenda a realizar actividades de la vida diaria, como por ejemplo: ir al baño solo, lavarse los dientes, cambiarse.

-Procesos psicológicos para que pueda mejorar su atención sostenida,

Se realizan intervenciones mejorar su flexibilidad y anticipación.

Se utiliza un cronograma de trabajo, con las distintas tareas a realizar, representadas por imágenes. La idea es que él pueda anticiparse a la próxima tarea a realizar, señalando la imagen.

Se usa la imitación no verbal con objetos y la imitación no verbal sin objetos. El objetivo es que el niño aprenda a copiar actividades motoras.

Para mejorar su atención sostenida se le dan rompecabezas, para que aprenda a formar una figura completa a partir de sus partes. Dado que los rompecabezas son una de las pocas cosas que entusiasman a T, se utilizan también para redireccionar su atención cuando está muy distraído.

-Conducta

Se trabaja en el análisis funcional de la conducta, estableciendo conductas disruptivas del niño para eliminarlas a través de técnicas de modificación de conducta.

Con relación a este punto se hará énfasis en el siguiente apartado, dado que la conducta resulta de vital importancia en el tratamiento de T, para poder lograr otros objetivos es importante lograr un control en la conducta del paciente.

5.4. Descripción de las técnicas de modificación de conducta aplicadas al tratamiento de T

Uno de los temas principales que se abordaron en la terapia fue trabajar sobre la conducta de T. Para poder trabajar en el programa propuesto fue necesario hacer hincapié en modificar, extinguir y aprender conductas nuevas, para lograr alcanzar los objetivos propuestos.

Existen dos tipos de técnicas (Kozlof, 1980; Ribes, 1972; Riviere, 1997; Sindey, 1990; Ulrich, 1976):

-Técnicas para incrementar conductas deseadas:

Una de las técnicas utilizadas es la imitación, para que el paciente, por medio de la observación, reproduzca una conducta deseada. El terapeuta sirve de ejemplo para ser copiado por el niño: el terapeuta aplaude, luego le da a T la indicación para que lo imite y aplauda también.

El moldeamiento, otra de las técnicas utilizadas, se utiliza para transmitir al paciente habilidades más complejas que pueden constar de varios pasos. El terapeuta debe distinguir cada uno de los pasos para realizar la actividad. Por ejemplo: se le enseña a T a ir al baño solo, se empieza mostrándole que el primer paso es dirigirse al baño, luego prender la luz, cerrar la puerta, levantar la tapa del inodoro, bajarse los pantalones, ponerse frente al inodoro, hacer pis dentro del mismo, luego limpiarse, subirse los pantalones, bajar la tapa, tirar la cadena, abrir la puerta y apagar la luz para salir. Esta es una simple habilidad para una persona de su edad que no está diagnosticada con autismo, pero para T requiere mucho esfuerzo, ya que se le debe enseñar paso a paso mostrándole cómo lograrlo. Cuando se trata de adquirir una nueva habilidad, se pueden utilizar reforzadores de alto nivel de aceptación para el niño (Ribes, 1976), en el caso de T se utilizan vainillas y chocolates como premios cuando obedece.

-Técnicas para decrementar conductas inadecuadas:

Una de las técnicas utilizadas es la corrección física. En el caso del juego, T tiene dificultades para jugar con otra persona, entender las reglas del juego. Ejemplo: en el bowling, la primer reacción de T es tirar todo con la mano. Se le enseña por medio de la imitación y moldeamiento (técnicas que nombramos anteriormente utilizadas para incrementar conductas deseadas), las reglas del juego. Dos terapeutas le muestran como se juega, primero tirando la bola, y esperando el turno del otro. Otro terapeuta agarra a T para que no tire las cosas y observe, luego moldea sus movimientos para que aprenda a tirar la bola y esperar su turno. Mediante la corrección física, se impide que Tomás tire las cosas y espere su turno para jugar. En este caso también se trabaja en la interrupción de respuesta, cortando la conducta inadecuada mediante una corrección física, utilizándose también en ocasiones una corrección verbal: "quedate quieto", "esperá".

Una de las conductas inadecuadas más establecidas en T, es tirar cosas todo el tiempo. Se trabaja en extinguir esa conducta, utilizando la saciedad o sobrecorrección, que consiste en obligar al niño a que ejecute esa conducta inadecuada en repetidas ocasiones con el fin de que la misma se torne desagradable o cause cansancio (Ulrich, 1976). La mayoría de las veces, al entrar en la habitación de T para comenzar la terapia, se encontró la habitación desordenada con cosas en el piso tiradas por el paciente. El terapeuta interviene entonces haciendo que T recoja todo y lo vuelva a tirar, y lo obliga a que realice esta actividad reiteradas veces, hasta que el niño se cansa y deja de tirar las cosas.

Otra técnica que se utiliza para extinguir una conducta inadecuada es el costo de respuesta. Consiste en la pérdida gradual de un reforzador (Galindo, 1995). El terapeuta antes de empezar la terapia busca una vainilla (utilizada como reforzador), si T no responde a las órdenes del terapeuta o si comienza con conductas agresivas, se le muestra la vainilla y el terapeuta la come, mostrándole así que no se le dará el premio (la vainilla). Una de las situaciones más comunes en T es que comience a gritar, en ese caso se utiliza la extinción de la conducta ignorándolo y evitando contacto ocular para que deje de hacerlo.

Otra de las técnicas utilizadas es la de "Tiempo fuera": se quita al niño del ambiente reforzante para introducirlo en otro (Galindo, 1995). Cuando T no logra centrar su atención en la terapia, se le da un rompecabezas que es la actividad que más le gusta, lográndose así redireccionar su atención para continuar con las actividades propuestas en el tratamiento.

6. CONCLUSIONES

A través del trabajo final integrador, se pudo observar de cerca y participar en un tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con autismo.

En base a la observación del tratamiento aplicado por terapeutas, se pudo llevar elementos del marco teórico a la práctica, viendo que el tipo de terapia aplicada a casos de trastornos generales del desarrollo se diferencia bastante con los tipos de terapias convencionales.

A diferencia de otras terapias, en el trastorno autista, se hace hincapié en el psicólogo como un individuo que enseña, como un profesor, no un sujeto pasivo que escucha, sino un sujeto activo, que utiliza el habla y el cuerpo para poder trabajar. A través de la imitación, de órdenes, de juegos, se intenta que el sujeto diagnosticado con autismo logre aprender y avanzar en su tratamiento. Los objetivos en cada tratamiento van variando de acuerdo a las necesidades de cada individuo, pero hay que tener en cuenta que el conjunto de las deficiencias de la interacción social, la comunicación y la imaginación, con el consiguiente patrón repetitivo de conducta, representa el hilo común que relaciona entre sí a todos los trastornos autistas, cualesquiera que sean los otros estados presentes (Wing, 1996).

Los tratamientos para casos de autismo son de lento progreso, los avances suelen darse de a poco y gradualmente y es posible que en muchos casos no se logren los resultados esperados.

En Argentina existen actualmente múltiples enfoques de intervención, sin embargo las terapias actuales son las cognitivo-conductuales. Si bien los enfoques varían, existe consenso sobre el comienzo temprano e intensivo de toda intervención educativa en pacientes diagnosticados con autismo. Los objetivos principales de tratamiento se basan en el desarrollo de la comunicación funcional y desarrollo de habilidades sociales y adaptativas que permitan la independencia del niño.

Los fármacos suelen estar incluidos en el tratamiento para autismo, utilizados para controlar los trastornos de comportamiento. Principalmente síntomas principales del autismo. Es necesario potenciar al máximo el tratamiento, para lograr que el niño pueda desarrollar su independencia. Para ello es fundamental trabajar de forma dedicada en el tratamiento, siendo la familia del paciente y la escuela uno de los pilares más importantes para lograrlo. El terapeuta es el mediador esencial entre el niño autista y su familia, por una parte, y el sistema educativo, por otra. Es quien tiene que convertir las impresiones cotidianas o clínicas más o menos imprecisas en valoraciones funcionales rigurosas, que permitan una inserción adecuada del niño y una actividad educativa eficiente. Todo ello exige una actitud muy comprometida con el caso (Riviére, 1997)

En el transcurso de la práctica en el centro, se pudo observar las dificultades que se presentan en el tratamiento para personas con TGD. Dada las características de los trastornos, se hace muy difícil

la comunicación con los individuos diagnosticados, por lo tanto las respuestas suelen ser bastante pobres, y esto dificulta mucho alcanzar los objetivos que se plantean. Como sostiene Wing (1996), normalmente las personas se comunican unas con otras de muchas formas, además del habla. Utilizan gestos, expresiones faciales y movimientos corporales para acompañar la conversación. Las personas sordas leen los labios, utilizan un lenguaje de signos manuales o escriben lo que quieren decir. Los niños que tienen un trastorno de lenguaje pero que no son autistas, se comunican por gestos, expresiones faciales y mímica. Los niños y los risperidona y aripiprazol. El uso de estos fármacos son parte del tratamiento, pero no tratan los adultos con autismo son incapaces de utilizar incluso estos métodos alternativos de comunicación.

E, terapeuta de T, comentó que los avances que se logran en personas con autismo son muy pocos, llevan mucho tiempo alcanzarlos, y muchas veces se avanza y luego se retrocede. La conducta inadecuada es muy frecuente en personas con autismo y es uno de los mayores impedimentos que se pudo observar que dificultan el trabajo del terapeuta. Como explica Wing (1996), las causas incluyen la confusión y el miedo a situaciones no conocidas, la interferencia con rutinas repetitivas, la incapacidad de comprender las convenciones sociales, intentos inadecuados de controlar los acontecimientos, la hipersensibilidad a los estímulos sensoriales de los sonidos fuertes. En el hogar los niños pueden ser muy inquietos, destructivos, agresivos.

En relación al tratamiento a domicilio, en los TGD resulta muy importante que el paciente aprenda a desarrollar habilidades de autovalimiento, y para esto resulta de mucha ayuda el trabajo dentro del ambiente del paciente a tratar. En el caso de T se trabajó en sesiones aparte con su familia, mostrándoles a los integrantes los objetivos propuestos en su tratamiento, enseñándoles a ellos las intervenciones utilizadas para que puedan aplicarlas también en el día a día. Se encontraron limitaciones para poder llevar lo adquirido en la terapia hacia otros ámbitos, por ejemplo la escuela. El factor principal fue el impedimento sobre el control conductual fuera del ambiente cotidiano de terapia, la casa. En cuanto a la familia de T, se logró algunos avances en la comunicación y ciertas modificaciones de patrones de conducta disruptivos, pero es necesario que se siga trabajando más en integrar lo enseñado en las sesiones de terapia individuales de T, a las sesiones con la familia. Es necesario que la familia participe más, y que se trabaje en la relación con la hermana, para evitar que aparezcan sentimiento de exclusión. Riviére (1997) sostiene que es importante además que se realice una observación cuidadosa de los nuevos hermanos de los niños autistas, y es esencial que se den apoyos a los hermanos mismos.

Con frecuencia, los hermanos de autistas tienen intensos sentimientos de celos, desamparo, pérdida de la propia estima y abandono, debido a la intensa atención requerida por el niño autista. Es importante hacer conscientes a los padres de la necesidad de "dar su sitio" a los hermanos, dedicar tiempo a ellos, y tener atenciones especiales. Wing (2006) sostiene que la unión dentro de la familia es un factor esencial para llevar adelante con éxito las fatigas de criar a un hijo con un trastorno autista. La vida social de la familia se ve muy restringida, ayudar a un niño con un trastorno autista a desarrollar habilidades y disfrutar de ciertas actividades es un trabajo difícil. Desde el punto de vista del equilibrio familiar, el autismo es un trastorno especialmente devastador. La ayuda profesional implica varios aspectos: en primer lugar, es necesario casi

siempre proporcionar a los padres apoyo terapéutico, y en ocasiones intervenir sobre el sistema familiar como un todo. En segundo lugar, es importante capacitar a los padres, dándoles información suficiente sobre el autismo, información realista y veraz, pero con un enfoque positivo. En tercer lugar, es muy útil contar con los padres como co-terapeutas, y hacerles intervenir activamente en los procesos de enseñanza-aprendizaje de sus hijos, ayudándoles a recuperar su sensación de dominio (Riviére, 1997).

Durante el tiempo que se asistió al tratamiento se lograron algunos avances, T adquirió nuevas habilidades como ser ir al baño solo y cepillarse los dientes. Sin embargo, las dificultades en las conductas no deseadas siguieron apareciendo, no lográndose extinguir o modificar la mayoría de ellas, por lo que se deberá seguir trabajando en este tema, ya que si no será muy difícil avanzar y lograr que el paciente adquiriera nuevas habilidades. Se pudo observar la diferencia de resultados entre los dos terapeutas. En las sesiones que eran dirigidas por el terapeuta hombre, existió una mayor conexión entre paciente y terapeuta, hubo un mayor entendimiento y control conductual sobre el paciente. Los avances logrados durante los meses que se asistió al domicilio del paciente, fueron más que nada logrados en las sesiones con E. En cuanto a la familia del paciente se encontraron ciertas limitaciones por parte de la misma en asistir a las sesiones que debían participar, en utilizar las herramientas aplicadas en el tratamiento, como ser sistemas alternativos de comunicación, y en dedicarle más tiempo a T para trabajar en adquirir más habilidades de autoalimentación.

Los problemas en la comunicación dificultaron también poder llegar a los objetivos planteados del tratamiento. Es necesario que se sigan publicando más libros sobre intervenciones en estos trastornos. El tratamiento no logró los resultados esperados, ya que los problemas de conducta en T dificultaron constantemente poder lograr la mayoría de los objetivos propuestos, por lo que se deberá seguir trabajando en nuevas técnicas y en reforzar las que ya se utilizan. Resulta muy difícil encontrar terapeutas calificados para estos tratamientos, y aunque es una terapia considerada de corto plazo, lleva mucho tiempo modificar el comportamiento, y más aún poder reemplazar una conducta disfuncional por una funcional. Esto puede llevar fácilmente a la frustración del terapeuta y de la familia del paciente.

Para finalizar, el trabajo con TGD exige mucha dedicación, como se mencionó anteriormente, muchas veces puede resultar frustrante para los profesionales, a veces los resultados y avances no resultan satisfactorios. Es necesario destacar que el profesional que se dedique a trabajar en el campo de discapacidad de salud mental, deberá contar con mucha preparación, y por sobre todas las cosas, deberá contar con gran vocación.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Barlett, F. C. (1988). Pensamiento: un estudio de psicología experimental y social. Madrid. Debate.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. y Frith, U. (1986). Mechanical, behavioral, and intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal Developmental Psychology*, 4, 113-125.
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (Coords.) (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia: Socidrogalcohol.
- Berger, K. S. (2004). Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. Madrid: Médica Panamericana.
- Bettelheim, B. (1967). La fortaleza vacía: autismo infantil y nacimiento del yo. Barcelona: Paidós.
- Blackman, G. y Silberman, A. (1973). Cómo modificar la conducta infantil. Buenos Aires: Kapelusz.
- Boyle, T. (1995). Diagnosing autism and other pervasive development disorders. In: N. J. Ewing (Ed.), *Autism: Basic information* (3a ed.) (pp. 6-7). Nueva Jersey: The New Jersey Center for Outreach & Services for the Autism Community, Inc. (COSAC).
- Bruning, R. H., Schraw, G. J., Norby, M. N. y Ronning, R. R. (2005). Psicología cognitiva de la instrucción (4a ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Caballo, V. (2000). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI de España.
- Cuxart, F. (2000). El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos. Málaga: Aljibe
- Davison, G. y Neale, J. (1991). Psicología de la conducta anormal. México: Limusa.
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J. A., Fuente-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal- Aletxa, M. A., Ferrari-Arroyo, M. J., et al. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2005; 41 (5): 299- 310
- Dowd, E. T. (1997). La evolución de las terapias cognitivas. En: I. C. Gabalda (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona/ Buenos Aires: Paidós.
- Fejerman, N. (1994). Autismo Infantil y otros trastornos del desarrollo. Buenos Aires: Paidós.
- Felici, M. S. (2005). Intervenciones psicoeducativas en el espectro autista. Tesis de maestría, Universidad Internacional de Andalucía, Andalucía, España.
- Finney, J. W., Wilbourne, P. L. y Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En: P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3ª ed., pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.

-Frith, U. (1989). Autism and "Theory of Mind". En: C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and Treatment of Autism* (pp. 33-52). Nueva York: Plenum Press.

-Frith, U. y Happé, F. (1999). Theory of mind and self consciousness: What is it like to be autistic? *Mind and Language*, 14, 1-22.

-Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., et al. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2006; 43: 425- 438.

-Galindo, E. (1995). *Modificación de Conducta en la Educación Especial*. México: Trillas.

-Happé, F. (2007). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza.

-Kazdin, A. E. (2000). *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

-Kientz, M. A. y Dunn, W. (1997). A comparison of the performance of children with and without autism on the sensory profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 530-537.

-Kozlof, M. A. (1980). *El aprendizaje y la conducta en la Infancia*. Barcelona: Fontanella.

-Lacan, J-A. M. (1981) *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las Psicosis 1955- 1956*. Barcelona: Paidós.

-Lasa Zulueta, A. (1998). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 5-81.

-Legido, A. (2011). *Tratamientos actuales del autismo de eficacia demostrada: terapia conductual y farmacológica*. Trabajo Presentado al IV Congreso Internacional Fundación Síndrome West, Nuevos Avances en Epilepsia Pediátrica y Autismo, realizado en Madrid del 24 al 25 de noviembre de 2011.

-López-Ibor, J. J. & Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

-Martin, G. y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid. Pearson.

-Martínez Gutiérrez, F. (2005). *Teorías de desarrollo cognitivo*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana

-Martos, J. y Rivière, A. (Comp.). (2001). *Autismo: comprensión y explicación actual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

-National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (2010a). *Autismo*. Recuperado

El 13 de mayo de 2012. Disponible en: <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/autismo.htm>

- Ojea Rúa, M. (2004). El espectro autista. Intervención psicoeducativa. Málaga: Aljibe
- Peñacoba Puente, C., Álvarez Loro, E. y Lázaro Arnal, L. (Coords.) (2006). Teoría y práctica de Psicología del desarrollo. Madrid: Universitaria Ramón Areces
- Pérez Castelló, J. A. (2006). La Psicología del desarrollo en la edad infantil. Introducción a sus principales conceptos y su definición. Recuperado el 22 de junio de 2012. Disponible en: <http://ocw.uib.es/ocw/psicologia/psicologia-del-desarrollo-en-la-edad-infantil/bloque-tematico-1>
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? Behavioral and brain sciences, 1, 515-526.
- Ribes, I. E. (1972). Terapias conductuales y modificación del comportamiento. Revista Latinoamericana de Psicología, 4 (1), 7-21.
- Ribes, Iñesta, Emilio (1979). Modificación de Conducta. México: Trillas.
- Ribes, I. E. (2002). Técnicas de Modificación de Conducta. Su Aplicación al Retardo en el Desarrollo. México: Trillas.
- Rivière, A. (1997a). Desarrollo normal y Autismo. Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico. Curso de Desarrollo Normal y Autismo, realizado del 24 al 27 de septiembre de 1997 en el Casino Taoro, Puerto de la Cruz, Santa Cruz de Tenerife (España).
- Rivière, A. (1997b). Modificación de conducta en el autismo infantil. En: A. Rivière y J. Martos (Comp.), El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rivière, A. (2001). Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. Madrid. Trotta.
- Severgnini, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro autista. Arch Pediatr Urug, 77 (2), 167-169.
- Sindey, W. B. (1990). Psicología del Desarrollo. (Vol. 2). México: Trillas. Stumphauzer, J. (1992). Terapia Conductual. México: Trillas
- Swartz, P. (1996). Psicología en el Estudio de la Conducta. México: C.E.C.E.S.
- Trevarthen, C. Y. y Hubley, P. (1978). Secondary intersubjectivity: confidence confinding and acts of meaning in the first year. En: A. Lock (Ed.), Action, gesture and symbol: The emergence of Language (pp. 183-229). Londres: Academic Press.
- Tustin, F. (1984). Autismo y psicosis infantiles. Barcelona: Paidós.
- Tustin, F. (1996). Estados autísticos en los niños. Barcelona: Paidós

-Ulrich, R. (1976). Control de conducta humana. (Vol. 1). México: Trillas.

-Varela García, F. J., Thompson, E. y Rosch, E. (2005). De cuerpo presente: Las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Barcelona: Gedisa

-Wing, L. (1996). El autismo en niños y adultos. Barcelona/Buenos Aires: Paidós