

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

El abordaje del psicólogo en el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con trastorno del espectro autista.

Juliana Ailín Pichumán  
Tutora: Guadalupe de la Iglesia

## Índice

1. Introducción.....	-3-
2. Objetivos.....	-3-
2.1.Objetivo general.....	-4-
2.2.Objetivos específicos.....	-4-
3. Marco Teórico.....	-5-
3.1.Trastorno del Espectro Autista.....	-5-
3.1.1. Origen del Trastorno del Espectro Autista.....	-5-
3.1.2. Definición y características diagnósticas.....	-8-
3.1.3. Signos y síntomas característicos en niños y adolescentes.....	-10-
3.2. La familia y el Trastorno del Espectro del Autismo.....	-14-
3.2.1. Cambios en la dinámica familiar.....	-14-
3.2.2. Intervenciones que realiza el psicólogo a nivel familiar.....	-16-
3.3. Habilidades sociales.....	-20-
3.3.1. Abordaje del psicólogo en el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA.....	-20-
3.3.2. Orientaciones que realiza el psicólogo a la familia para optimizar el entrenamiento en habilidades sociales.....	-23-
4. Metodología.....	-26-
4.1. Tipo de estudio.....	-26-
4.2. Participantes.....	-26-
4.3. Instrumentos.....	-26-
4.4. Procedimiento.....	-27-
5. Desarrollo.....	-27-
5.1. Indagar en base a qué criterios el psicólogo aborda el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA.....	-27-
5.2. Describir qué estrategias utiliza el psicólogo en el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA.....	-29-
5.3. Describir las orientaciones que realiza el psicólogo a la familia de los niños y adolescentes con TEA para optimizar el entrenamiento en habilidades sociales.....	-32-
6. Conclusiones.....	-35-

6.1. Síntesis.....-35-

6.2. Limitaciones.....-36-

6.3. Perspectiva crítica.....-37-

6.4. Aporte Personal.....-38-

6.5. Nueva línea de investigación.....-39-

7. Referencias bibliográficas.....-40-43

## **1. Introducción**

El Trabajo Final Integrador (TFI) constituye la última instancia de evaluación integradora de la carrera Lic. en Psicología, perteneciente a la Universidad de Palermo. El objetivo del mismo es promover la articulación entre teoría y práctica. Para lograr cumplimentarlo, se realizó el plan de TFI en base al cursado de la práctica profesional supervisada (Práctica y Habilidad Profesional V), integrando lo aprendido durante el cursado previo de las asignaturas de la carrera.

La práctica profesional supervisada, consistió en elegir y concurrir a una institución un total de 280 horas. Dentro de este plazo, se realizaron diversas actividades a partir de las cuales se eligió el tema y se recabó información para poder luego llevar a cabo el plan de TFI.

La Institución elegida fue una fundación que posee un enfoque Cognitivo Conductual, y se especializa en la formación de Posgrado para Lic. en Psicología en Trastorno del Espectro del Autismo, Ansiedad y Problemas Conductuales Infantojuveniles. En la misma se cumplieron horas administrativas, se presentó la posibilidad de participar en los espacios de supervisión de psicólogos, reuniones de equipo; se observaron dos evaluaciones neuropsicológicas administradas por el psicólogo a los niños. Además, fue posible contribuir en la búsqueda de información sobre proyectos de Sexualidad, Adicciones, Mindfulness y uso de tecnologías. Se participó a clases sobre Trastorno de Ansiedad, entrevista y admisión, así como también a cursos sobre Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y charlas especiales sobre entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA. Por otra parte, existió la oportunidad de asistir a uno de los encuentros de un taller de entrenamiento en habilidades sociales, el cual fue abordado de modo grupal.

A raíz de la participación en los espacios mencionados, fue posible recabar información y seleccionar un tema a desarrollar y cumplimentar de esta manera el objetivo general del presente TFI. Es así que la temática general desarrollada fue el abordaje que realiza el psicólogo en el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo. También se intentó profundizar e indagar acerca de cómo el psicólogo trabaja conjuntamente con la familia de estos niños.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

- Analizar y describir el abordaje que realiza el psicólogo en el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).

## **2.2. Objetivos Específicos**

- Indagar en base a qué criterios el psicólogo aborda el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA
- Describir qué estrategias utiliza el psicólogo en el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA.
- Describir las orientaciones que realiza el psicólogo a la familia de los niños y adolescentes con TEA para optimizar el entrenamiento en habilidades sociales.

## **3. Marco teórico**

### **3.1.Trastorno del Espectro Autista**

#### **3.1.1. Origen del Trastorno del Espectro Autista**

El término *autismo* se desarrolla por primera vez en una monografía de Eugen Bleuler (1857 como se citó en Lara, 2012) denominada “Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien” para un Tratado de Psiquiatría, el cual fue publicado en Viena en 1911. Este término presenta una etimología griega la cual “autos” significa “si mismo” opuesto a “otro”. Es así, que se caracterizó al autismo por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, lo que conlleva a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y, por ende, a una dificultad extrema o a la imposibilidad de comunicarse con los demás sujetos (Lara, 2012). A su vez, también fue utilizado para referirse a una alteración propia de la esquizofrenia, la cual implicaba un alejamiento de la realidad externa. De esta manera, dicho significado fue atribuido a los pacientes esquizofrenicos debido a la marcada tendencia de vivir encerrados en si mismos y aislados del mundo exterior (Artigas-Pallares, & Paula, Isabel, 2012).

Las primeras referencias respecto al *trastorno del espectro autista* (TEA), fueron mencionadas hace dos siglos atrás. Siendo el principal exponente Leo Kanner (1943 como se citó en Fernández-Mayoralas, Fernández-Perrone, & Fernández-Jaén, 2013), quien se llevó el mérito de la descripción de esta patología como entidad definida y profundizó en la delimitación de dicho trastorno hasta asignarle la denominación de *autismo infantil precoz*. Ya que era relevante precisar y determinar cuales debían ser los límites entre el autismo y otros trastornos para no

confundirlos, propuso criterios para definir el autismo precoz planteando como síntomas principales el aislamiento profundo para el contacto con otras personas, una relación intensa con objetos, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa y una conservación de una fisonomía pensativa e inteligente. Debido a que estos síntomas se presentaban desde el nacimiento, se determinó a partir de esta observación que estos niños nacían con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal con la persona; al igual que en otros casos pueden nacer con deficiencias innatas a nivel intelectual o a nivel físico. Entonces el hecho de intuir que el autismo es un trastorno del neuro-desarrollo cuyo punto de partida era un problema de los “componentes constitucionales de la respuesta emocional”, fue uno de los aportes más relevantes en ese momento (Artigas-Pallares, & Paula, 2012).

Otro gran exponente fue Hans Asperger (1944 como se citó en Artigas-Pallares, & Paula, 2012) quien también empleó el término *autismo* haciendo referencia a una psicopatía autista, sin conocer los aportes previos sobre el mismo. Los pacientes con psicopatía autista mostraban síntomas tales como un patrón de conducta caracterizado por ingenuidad, falta de empatía, poca habilidad para generar vínculos amistosos, lenguaje repetitivo, un interés desmesurado por temas específicos que eran transmitidos a otros de manera excesivamente precisa y detallada, a nivel motor eran torpes y con falta de coordinación. Debido a la época, estas teorías estaban en idioma alemán, motivo por el cual muchos trabajos fueron desatendidos. Empero, posteriormente fueron traducidos por Wing (1998) y fue a partir de ese momento que se le atribuyó el término *síndrome de asperger*. Estos aportes dieron lugar a una expansión de este diagnóstico introduciendo finalmente el concepto de *trastorno del espectro autista*.

Luego se elaboró el *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) para homogeneizar la conceptualización de los mismos y poder establecer criterios generales para todos los profesionales de la salud mental. En la primera versión DSM-I (American Psychiatric Association, 1952) y posteriormente con el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968), comenzaron las confusiones negativas entre el *autismo* y la *psicosis*, de modo tal que las reacciones psicóticas en niños manifestando en primer lugar autismo, fueron clasificados bajo el criterio diagnóstico de *esquizofrenia o reacción esquizofrénica de tipo infantil*. Esta confusión fue resuelta una vez que lograron diferenciar y describir los criterios diagnósticos de autismo como una característica diferente de la psicosis o esquizofrenia.

En el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) fue utilizado por primera vez el la expresión *trastorno generalizado del desarrollo* (TGD). En la misma se describían aquellos trastornos caracterizados por alteraciones en el desarrollo de diversas funciones psicológicas, las cuales eran básicas para el desarrollo de las habilidades sociales y el lenguaje, también estaban implicados el desarrollo de la atención, la percepción, la conciencia de la realidad y los movimientos motores. Dentro de esta clasificación diagnóstica se distinguían trastornos tales como: autismo infantil, trastorno generalizado del desarrollo, y el TGD atípico (Cadaveira &Waisburg, 2014).

Tras un período largo de desarrollo se publicó el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y posteriormente la versión revisada del mismo DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en la cual se establece la denominación de los trastornos generalizados del desarrollo, clasificados en: *Trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno autista no especificado, trastorno de Rett y trastorno desintegrativo infantil*. A partir de la comparación entre los grupos de sujetos en función de su nivel de desarrollo o cociente intelectual, se determinó que es habitualmente imposible establecer una diferenciación entre el trastorno de Asperger y el trastorno autista de alto funcionamiento.

Actualmente, en la última versión DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se establece una única categoría denominada *trastorno del espectro del autismo* (TEA). Una de las ventajas de este manual es que genera la posibilidad de establecer un diagnóstico antes de los tres años y también posee un sistema distinto de identificación para los adultos. A su vez, es más flexible y presenta comorbilidades, es decir que la persona que presenta autismo también puede padecer otras patologías como depresión, ansiedad, convulsiones, déficit cognitivo, déficit atencional, entre otros. Las diferencias diagnósticas entre los pacientes se establecen en base al nivel de severidad, las limitaciones sociales y de la comunicación como un único conjunto de dificultades y no como dos ámbitos separados del desarrollo (Cadaveira y Waisburg, 2014).

### **3.1.2. Definición y características diagnósticas**

Actualmente como se establece en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) *el trastorno del espectro del autismo* (TEA) es definido como un trastorno del desarrollo neurológico, que se manifiesta a menudo antes de que el niño comience la escuela primaria, caracterizado por un déficit del desarrollo que produce deficiencias globales a nivel personal, social, académico u ocupacional. Respecto a la *etiología*, la OMS (2017) establece que es

multifactorial, es decir que las causas dependen de múltiples factores genéticos y ambientales. Y la *prevalencia* de acuerdo a los estudios epidemiológicos determina que 1 de cada 160 niños tiene TEA (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Los individuos con TEA suelen tener discapacidad intelectual. Sin embargo, se diagnostica únicamente cuando los déficits de la comunicación social están acompañados por comportamientos repetitivos, por intereses restringidos y por la insistencia en la monotonía de una manera excesiva. Dentro del diagnóstico de dicho trastorno es imprescindible tener presente las características clínicas individuales, las cuales se registran mediante el uso de especificadores tales como: con o sin déficit intelectual; con o sin deterioro del lenguaje; asociado a una afección médica, genética o ambiental adquirida conocida; asociado a otro trastorno del neuro-desarrollo, mental o del comportamiento. Además de otros especificadores que describan los síntomas autistas como la edad de la primera preocupación; con o sin pérdida de habilidades y la gravedad. Estos especificadores permiten individualizar el diagnóstico y realizar una descripción clínica más detallada (American Psychiatric Association, 2013).

Las *características diagnósticas* de acuerdo al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) del TEA, están basadas en dos dominios: El primero hace referencia a *déficits persistentes en la comunicación e interacción social*, los cuales se manifiestan en diversos contextos. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional pueden variar desde un acercamiento anormal y un consiguiente fracaso de la conversación normal, a causa de una disminución de intereses, afectos o emociones compartidos; hasta el fracaso en iniciar o responder interacciones sociales. Por otra parte, las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales que influyen en la interacción social, pueden variar desde una comunicación no verbal o verbal poco integrada, con anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal, asimismo pueden estar presentes ciertas dificultades para comprender y utilizar gestos, hasta el punto de una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal. Otras posibles deficiencias presentes en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones pueden ser la dificultad para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, la dificultad para compartir y participar de juegos imaginativos que conllevan a la dificultad de generar vínculos amistosos, hasta el punto de aparentar un total desinterés por otras personas (American Psychiatric Association, 2013).

El *segundo dominio plantea que deben existir patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades*. Se pueden observar movimientos y utilización de



objetos o habla de manera estereotipados o repetitivos como, por ejemplo, alineación de los juguetes, ecolalia, frases idiosincráticas, entre otros. A su vez, se presenta insistencia en la monotonía la cual queda translucida en rutinas y rituales de comportamientos excesivamente inflexibles. Esto se puede observar también en la gran restricción y fijación de intereses, los cuales se tornan anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés, por ejemplo, generar un fuerte apego o excesiva preocupación por objetos inusuales. Por otra parte, puede existir un interés inhabitual por estímulos sensoriales provenientes del entorno y una hiper- o hipo reactividad ante los mismos. Manifestando, por ejemplo, una indiferencia aparente al dolor, respuestas adversas a sonidos o texturas determinadas, cierta fascinación visual por las luces o movimientos y una excesiva palpación u olfateo de objetos (American Psychiatric Association, 2013).

Otra de las características diagnósticas, establece que los *síntomas deben estar presentes en la primera infancia*, sin embargo, no se manifiestan plenamente hasta que aparecen las demandas sociales, las cuales exceden las capacidades del individuo. Esto genera un deterioro clínico significativo a nivel funcional de acuerdo a la severidad del trastorno. Esta severidad se diferenciará en base al *requerimiento de apoyo en tres niveles*: En el *primer nivel* se requiere un *apoyo bajo* dirigido a los déficits en la comunicación social, ya que causan dificultades observables y los intereses restringidos, al igual que las conductas repetitivas produciendo una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. En el *segundo nivel* se requiere un *apoyo medio*, debido a marcados déficits en habilidades de comunicación verbal y no verbal, provocando una limitada interacción social, y también por la aparición frecuente de los intereses restringidos y las conductas repetitivas que se observan de manera notable ante el observador causal. Por último, el *tercer nivel* implica un requerimiento de *apoyo alto* ante severos déficits en habilidades de comunicación social verbal, no verbal que produce una gran limitación en la interacción social, así también como la aparición de rituales fijos y/o conductas repetitivas que interfieren significativamente en el funcionamiento en todas las esferas en las que el sujeto se encuentra inmerso (American Psychiatric Association, 2014).

Mulas et al. (2010) describen que cuando nos encontramos ante una sospecha diagnóstica de un TEA es necesario realizar diversos tests específicos, de esta manera no sólo se podrá confirmar el diagnóstico, sino que también se podrá conocer el grado de afectación tanto de manera global como específica en diversos aspectos como el lenguaje, la inteligencia, los

intereses restringidos, la interacción social y la presencia de comorbilidades. La presentación clínica difiere dependiendo de la severidad del caso y también de los síntomas o la patología a la cual está asociada. Por ende, la forma en que se presenta también varía cronológicamente de acuerdo al crecimiento y desarrollo de cada niño (Severgnini, 2006).

Generalmente el primer diagnóstico de TEA se establece entre los tres y cuatro años, pero en algunos casos esperan un período corto de tiempo antes de ser diagnosticados (Orellana Ayala, 2016). Sin embargo, cuando la *atención es temprana* se obtienen mayores ventajas respecto al pronóstico, debido a que el tratamiento de estimulación temprana que recibe el niño contribuye a la disminución de las conductas estereotipadas y rituales. A su vez, genera la posibilidad de estimular la producción del juego simbólico y facilita la planificación del proceso terapéutico adecuado para cada caso particular (Arce Gerschberg, 2008).

El diagnóstico psicológico, desde una mirada compleja y evolutiva, aporta información acerca de la capacidad, la personalidad y el nivel de adaptación del niño. Es por ello que será de suma relevancia para llevar a cabo un tratamiento integral teniendo en cuenta aquellas alteraciones que conllevan a importantes implicaciones educativas. Generalmente se presentan problemas emocionales y de conducta, lo que hace que sean necesarias intervenciones de tipo cognitivo-conductuales adaptadas a cada niño (Arce Gerschberg, 2008).

### **3.1.3. Signos y síntomas característicos en niños y adolescentes**

Como se mencionó anteriormente, la manifestación del autismo varía en grado y forma dependiendo de cada persona y el área que se encuentre afectada. Por ende, los síntomas y su gravedad también van a presentar variaciones, por este motivo es muy posible que un niño con autismo no presente los mismos síntomas que otro teniendo un mismo diagnóstico (Cadaveira & Waisburg, 2014). Debido a las diversas variaciones que se pueden hallar, es relevante realizar un monitoreo del crecimiento y desarrollo de cada niño, para poder detectar posibles síntomas que manifiesten un desvío del desarrollo típico o esperado. De esta manera se podrán implementar medidas pertinentes para luego brindar un seguimiento e intervención apropiada. Esto refiere a que, cuanto más temprana y apropiada sea la intervención, mejor será el pronóstico de los niños con TEA (Orellana Ayala, 2016).

Generalmente, en la mayoría de los casos de niños con autismo los signos suelen manifestarse desde la primera infancia en cuestiones sociales y en la comunicación. Sin embargo, establecer el

margen de conductas de un bebé resulta dificultoso y limitado, es así que muchas veces en esta etapa resulta complejo lograr determinar ciertos signos, y por ello pasan desapercibidos ante los padres. Algunos bebés parecen transitar un desarrollo normal durante los primeros meses, y por este motivo los padres pueden comenzar a percibir signos característicos recién después del primer año de vida de manera gradual (Wing, 1998).

En los bebés se pueden observar características clínicas como indiferencia hacia los cuidadores, ausencia de respuesta, ausencia de balbuceo, no imita sonidos, gestos ni realiza expresiones, no interviene en juegos de interacción social, etcétera. A su vez, muestra fascinación por sus manos y pies, huele y lleva hacia su boca a los objetos más de lo esperado (Millá & Mulas, 2009).

Con respecto a los indicadores característicos de autismo durante la niñez en la etapa preescolar, Wing (1998) describió la denominada *triada de deficiencias sociales, de la comunicación y de la imaginación, y de las conductas repetitivas*. Las *deficiencias sociales* se muestran de distintas formas influyendo en la interacción social, el tipo más común de deficiencia social es la tendencia al aislamiento. Es posible observar que estos niños se comportan como si las demás personas no existieran, parecen estar apartados en su propio mundo, es así que aparentan no tener interés o algún sentimiento respecto al sufrimiento o tristeza del otro. No responden cuando se les habla o se los llama por su nombre, muchas veces se puede percibir un rostro sin expresión. Sin embargo, en determinadas situaciones pueden existir expresiones cuando manifiestan tener un elevado sentimiento de enojo, pena o alegría. Cuando alguien se acerca a ellos tienden a apartarse, y si se los abraza no suelen responder de la misma manera. Empero, cuando desean alcanzar un objeto tienden a sujetar del brazo pero sin establecer contacto visual. Existen situaciones en las que es posible percibir a los niños con TEA como sociables por ejemplo cuando se les hace cosquillas o se los hamaca, pero en el momento en que se acaba el juego continúa el aislamiento.

Otra manifestación de deficiencia social es observable en niños con autismo que no se apartan completamente de los demás, pero tampoco inician interacciones sociales. Aparentan estar en un rol pasivo, a pesar de ello pueden llegar a establecer cierto contacto visual pero solo cuando se les recuerda que lo hagan. En contraste, hay niños que tienden a acercarse de manera activa a otras personas, pero lo hacen de una manera particular y solamente cuando tienen un propósito e interés específico. Este acercamiento suele darse principalmente hacia quienes cumplen el rol de

cuidadores más que a sus pares. En ocasiones pueden manifestar violencia y agresividad cuando no se les presta atención suficiente y en otras, pueden aproximarse para abrazar con mucha fuerza. La dificultad existente con el grupo de niños que tienen estas características es que, si bien tienden a aproximarse, no comprenden la manera de cómo deben hacer para relacionarse socialmente (Wing, 1998). Es así que, a medida que estos niños continúan desarrollándose, en la adolescencia pueden lograr ciertos progresos comunicativos, pero generalmente evolucionan al deterioro social y funcional (Irrázaval, Brokering, & Murillo, 2005).

No obstante, Wing (1998) destacó que al final de esta etapa algunos adolescentes desarrollan patrones de conducta hiperformales, es decir aparentan ser sumamente educados y formales. Expresó que estos patrones conductuales se desarrollan en aquellos que presentan menos dificultades y que poseen un nivel mayor de lenguaje. Los adolescentes con TEA suelen operar de manera rígida a las normas de la interacción social, lo que genera ciertas dificultades para lograr una adaptación a sutiles cambios que se presentan en diversas situaciones. Debido a la falta de comprensión real, como fue mencionado anteriormente, tanto de las normas de interacción, como de los sentimientos y pensamientos de los demás. Esta manera rígida de comportamiento puede ejemplificarse de manera tal que un joven actúe muy educadamente distante tanto con su familia como con los extraños.

Las *deficiencias en la comunicación* se determinan a partir de anomalías y retraso en el habla, lo que es considerado característico en niños con autismo. Las dificultades dependen de la gravedad del trastorno, es así que es posible observar que en algunos casos los niños no logran desarrollar el habla y permanecen mudos a lo largo de su vida. Sin embargo, en otros casos logran emitir repeticiones de sonidos y a veces una única palabra, siendo capaces de copiar de manera exacta la entonación y el acento del emisor. Esta repetición de palabras se denomina *ecolalia*. Es posible que algunos niños no finalicen esta etapa del lenguaje en eco, pero otros más allá de los errores gramaticales y de los significados, logran decir un mayor número palabras hasta construir frases. Generalmente estos errores en el habla se generan a partir de la confusión entre dos palabras de significado contrario, por ejemplo, al utilizar una misma palabra como “encender” para referirse también a “apagar”. Algunos niños conservan estas anomalías a lo largo de su vida, no obstante, otros logran mejorar la gramática y ampliar el vocabulario. Muchas veces al hablar la mayoría de ellos denotan una entonación extraña y monótona, también poseen cierta dificultad en controlar el volumen de la voz ya sea hablar muy alto o demasiado bajo. Estas

dificultades generalmente se presentan más en el habla espontánea que en el habla en eco. A pesar de estas dificultades presentes en la niñez, puede suceder que al llegar a la adolescencia en algunos casos no presenten retraso en el lenguaje y que el habla se perciba como normal, sin embargo, es característico que al hablar utilicen expresiones coloquiales no convencionales y que el diálogo que establezcan sea únicamente sobre sus intereses favoritos (Wing, 1998).

Otra característica que denota un déficit de comunicación es la limitada comprensión del habla, Wing (1998) hace referencia a que pueden lograr comprender perfectamente los nombres de objetos que sean familiares o instrucciones sencillas, pero debido a la falta de flexibilidad para comprender el significado de algunas palabras se presentan confusiones. Por esta razón, es posible que reaccionen de mala manera ante las bromas verbales, ya que no comprenden aquellos chistes basados en una ambigüedad verbal, sino que los entienden de forma literal. Sin embargo, pueden llegar a hacer bromas que no tengan sentido y que no comprendan porque son graciosas, pero lo hacen simplemente por lo que observan de los demás.

Wing (1998) planteó también las *deficiencias de la imaginación* las cuales influyen en la comprensión, imposibilitan el disfrute de actividades que impliquen un pensamiento creativo y flexible, y conllevan a que estos niños y jóvenes generen *patrones de comportamiento estereotipados y repetitivos de las actividades* que le proporcionan placer. Se pueden distinguir actividades repetitivas simples relacionadas a las sensaciones que generalmente se observan en niños pequeños, como sentir, oler, tocar, arañar superficies, escuchar sonidos, mirar luces fijamente u objetos brillantes, encender y apagar las luces, observar objetos que giran, sin embargo, algunas actividades repetitivas denotan estados de malestar, enojo o frustración traducidas en mordeduras a sí mismos, golpes en la cabeza, arañones y otras formas de autolesiones que se convierten en hábito. También pueden crear rutinas repetitivas como por ejemplo colocar los juguetes de manera alineada, dar golpes en la silla, la representación de personajes de televisión, ver un video infantil una y otra vez, escuchar la misma parte de una canción, entre otros. En adolescentes se pueden observar estas características en la manera rígida de ordenar sus pertenencias.

Estas manifestaciones denotan una gran resistencia al cambio, lo que puede implicar que determinadas rutinas complejas sigan permaneciendo en la vida adulta. Sin embargo, en algunos casos con una escolarización adecuada y con un tratamiento psicológico adecuado se puede

lograr una evolución positiva. De tal manera se podrá generar una disminución de estereotipias, autoagresiones y dificultades en la comunicación, y un aumento de autonomía y habilidades intelectuales. Muchas veces estas autoagresiones, rituales y estereotipias reaparecen, o se presentan crisis epilépticas, ansiedad o depresión debido a que la adolescencia es un período relativamente complejo en el desarrollo de todas las personas. A pesar de esto, se puede acentuar una evolución favorable con asistencia y ayuda profesional para garantizar el bienestar psicológico (Arce Gerschberg, 2008).

### **3.2. La familia y el trastorno del espectro del autismo**

#### **3.2.1. Cambios en la dinámica familiar**

Para un ser humano, uno de los acontecimientos vitales más importante es tener un hijo. A partir de su nacimiento se generan vínculos afectivos intensos. Más allá de que el hecho de ser padres es algo natural, el tener un hijo genera incertidumbres, miedos e ilusiones y cuando un hijo tiene alguna dificultad psicológica todo puede tornarse aún más difícil. Es así que el comprender y el poder aceptar que un hijo posee una discapacidad psíquica consta de un proceso que va más allá de la toma de conciencia del hecho y su asimilación puede durar mucho tiempo y en ciertos casos no llega a completarse nunca, dependiendo de la severidad del problema. Entonces cuando un niño con autismo llega a un sistema familiar, la comunicación entre los miembros se vulnera a causa de intentar ocultar el dolor y mantener la homeostasis familiar (Arce Gerschberg, 2008).

Lo que sucede cuando los padres conocen el diagnóstico de que su hijo posee una discapacidad entran en un estado de shock, se bloquean ante esta noticia tan inesperada y sorprendente. Ningún padre está preparado para escuchar que su hijo padece un trastorno que no tiene cura, como es en el caso del trastorno del espectro del autismo. Ante este diagnóstico inicial, es normal que nieguen la evidencia, que no puedan aceptar la realidad y busquen ayuda de diversos profesionales de la salud. Posiblemente intenten minimizar el problema y estarán presentes sentimientos de culpa, enojo e irritación tratando de entender que fue lo que pasó, si hubo alguna negligencia incluso en el embarazo (Martínez Martín & Bilbao León, 2008).

El comenzar a comprender de que un hijo sufre una afectación que lo acompañará toda la vida, conlleva a que los padres sientan una profunda desesperanza, lo que puede generar un estado de depresión, por el hecho de sentirse sobrecargados (Martínez Martín & Bilbao León, 2008). Esto sucede ya que la familia es el principal factor de influencia en el desarrollo del niño,

y a su vez el niño también influye en su entorno familiar. Esta influencia repercute de manera significativa cuando el niño tiene alguna dificultad severa. Todo el sistema atraviesa situaciones complejas con sentimientos de angustia, dolor, confusión, llantos, lo que puede conllevar a un trauma emocional. Esto se debe a que convivir con este trastorno significa tener mucha paciencia y tiempo dependiendo de la gravedad, sobre todo se precisa de mucha dedicación, persistencia y amor. Ya que en casos severos se los debe ayudar a hacerse cargo de sus necesidades y de acciones cotidianas como vestirlos, alimentarlos, enseñarles día a día cosas sencillas. Esto genera muchas tensiones dentro del sistema familiar, debido a la gran incertidumbre de saber que hacer o como actuar ante estas necesidades del niño (Avila Beltran & Soliz, 2006).

Es relevante intentar comprender estas tensiones que se generan en el núcleo familiar, y los cambios que conlleva conocer el diagnóstico de un hijo con autismo. Esto refiere a que, al conocer los rasgos nucleares del trastorno del autismo junto con la presencia de otras alteraciones que involucran el sueño, problemas de conductas, hiperactividad, trastornos alimentarios, posibles crisis epilépticas, entre otros; se produce un estrés significativo y grandes cambios en la dinámica familiar. Sin embargo, el estrés dependerá de los recursos que tengan los padres, es decir, que el riesgo aumentará cuando ellos sienten que no pueden manejar o ayudar a sus hijos (Ayuda-Pascual et al., 2012). A su vez, dependerá de la toma de conciencia por parte de la familia, teniendo en cuenta que en el caso de este trastorno debido a su amplia variabilidad de pronóstico se torna difícil. Además de su difícil detección inicial por ausencia de marcadores biológicos que caracterizan al autismo en sus primeras etapas (Martínez Martín & Bilbao León, 2008).

Ante esta situación es necesario que la familia acepte la realidad y pueda atravesar el estado de depresión y desesperanza. Para ello será de suma relevancia el acompañamiento y asesoramiento de profesionales, los cuales proporcionan a su hijo una atención y tratamiento adecuado al diagnóstico (Martínez Martín & Bilbao León, 2008). Además deben tener la posibilidad de contar con servicios de asesoramiento familiar que brinden información suficiente acerca del autismo junto con una formación necesaria para que tengan recursos adecuados y eficaces ante los conflictos y dificultades que se presenten a lo largo del desarrollo evolutivo de su niño con TEA. De esta manera, con la participación activa y la formación por parte de los padres se podrá observar una disminución de problemas en el entorno familiar y con ello una

disminución de incertidumbre y estrés, aumentando el apoyo emocional (Ayuda-Pascual et al., 2012).

### **3.2.2. Intervenciones que realiza el psicólogo a nivel familiar**

Como se mencionó anteriormente, la familia representa el principal y permanente apoyo para el niño con TEA. Es por ello que conocer el contexto familiar es de suma relevancia para lograr un óptimo desarrollo y estimular el aprendizaje potencial del niño pretendiendo brindarle una mejor calidad de vida. Para disminuir el estrés que la familia padece, las intervenciones realizadas por el psicólogo estarán dirigidas a promover el desarrollo de actitudes y valores, a estimular la participación del niño en rutinas cotidianas de la familia, así también como aumentar la sensibilidad de la familia, incrementar los factores protectores como estilos de afrontamiento al estrés que sean adecuados y ampliar las redes de apoyo de los padres (Baña Castro, 2015).

Las *estrategias de afrontamiento* hacen referencia a las formas de responder a los estímulos estresores (Lazarus & Folkman, 1998), y pueden estar dirigidas en primer lugar al problema en sí, cumpliendo la función de manipular o alterar dicho problema con el fin de que los padres puedan aprender a entrenar el manejo de la conducta de su hijo. En segundo lugar, existen estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, las cuales ayudan a la regulación de la respuesta emocional que aparece como consecuencia del problema. Estas estrategias estarán basadas en técnicas para lograr mayor autocontrol, modificación de cogniciones, mayor apoyo social y de esta manera lograr sobrellevar de una manera óptima aquel problema. Es así, que se obtendrán resultados positivos de manera tal que la familia se fortalezca y se adapte, o en contraposición se debilite transformando el problema en una crisis. El fin de desarrollar estos mecanismos de afrontamiento es lograr una adaptación favorable, recurriendo además a otras estrategias de intervención para aumentar las redes de apoyo (Torrens, 2006).

El apoyo y orientación brindados por el psicólogo se basan en dos motivos principales, en primer lugar, contribuir con el proceso de adaptación que la familia debe atravesar para que el clima emocional y el vínculo entre padres e hijos no se deteriore; y en segundo lugar ofrecer recursos a los padres para que puedan desempeñar el rol que corresponde respecto a la educación de su hijo con TEA sobre todo durante la edad temprana, ya que existe la idea de que cuando menor es la edad de niño más eficaces son las intervenciones y mayor es el avance en el proceso de socialización. Al respecto, Arce Gerschberg (2008) menciona que la orientación psicológica y



social tanto al infante como a la familia desde un primer momento genera una disminución de los niveles iniciales de ansiedad, atenúan el estrés y la angustia de los padres ante esta situación.

Para llevar a cabo las intervenciones, el profesional recurre a la *psicoeducación*, la cual resulta de suma relevancia para la toma de conciencia por parte de la familia. Este factor es esencial en todo tratamiento psicológico, ya que los primeros contenidos psicoeducativos van a estar vinculados al diagnóstico con la conjunta explicación y análisis de los signos y síntomas (Bulacio, 2011). Para los padres implica un gran alivio poder comprender que es lo que le sucede, en este caso a su hijo y tener los conocimientos necesarios sobre cuáles son los pasos a seguir. Para comenzar con el proceso de intervención psicológico, desde una perspectiva profesional es conveniente situar los objetivos de trabajo terapéutico en el ámbito familiar, ya que desde este ámbito al ser el principal en el desarrollo del niño las intervenciones tienden a ser más eficaces que desde una perspectiva individual. El planteo de los objetivos de trabajo se realiza luego de una evaluación inicial de la situación y de las necesidades que la familia tenga, de esta manera se establecen prioridades (Baña Castro 2015).

El punto central de este proceso de intervención psicológico es *generar estructuras de pensamiento* y de trabajo en un plano de colaboración entre los profesionales y la familia, con el objetivo de que la misma no sea solamente la receptora pasiva de las orientaciones e intervenciones que el profesional brinda, sino que se intenta que la participación sea activa en todas las fases del proceso de atención a su hijo con TEA (Baña Castro, 2015). Se considera importante brindar ayuda a los padres para lograr comprender el patrón de los problemas del infante, su nivel de desarrollo, sus necesidades educativas y las futuras posibilidades de desarrollo junto con su pronóstico. Además, es relevante que el psicólogo les enseñe diversas maneras para resolver problemas concretos, de este modo aumentaran la confianza en sí mismos, sintiéndose más competentes y capacitados para resolver los problemas de su hijo e incrementar la eficacia del tratamiento. (Arce Gerschberg, 2008).

Si se considera a la familia desde una perspectiva sistémica (Minuchin, 2001), cualquier intervención que realice el psicólogo sobre alguno de sus miembros repercutirá en todos los demás que conformen el sistema familiar, por ello se tiene en cuenta como objetivo primordial el apoyo para mejorar su calidad de vida. Otros objetivos posibles de establecer son buscar y proveer información suficiente para una mejor comprensión del trastorno, favorecer la homeostasis en la familia, fomentar la continuidad del tratamiento psicológico del niño en el

hogar mediante el trabajo complementario entre familiares y profesionales, así también como brindar a los padres un lugar físico en donde poder reunirse para compartir sus ideas e incertidumbres. Otro recurso consta en brindarles pautas para la aplicación de técnicas específicas con el fin de poder afrontar determinados problemas y contribuir a la mejora de la organización de la dinámica familiar. Para llevar a cabo estos objetivos se utilizan diversas técnicas en las cuales se implementan estrategias de dinámica de grupos como debates y encuestas. También se emplean instrumentos de apoyo como películas, documentales, artículos, bibliografía para desarrollar algún tema específico con el objetivo de que comprendan mejor lo que sucede (Arce Gerschberg, 2008).

Las estrategias de dinámicas de grupo o debates, consisten en que los padres y los profesionales se reúnan, con el objetivo de que no se sientan solos, de trabajar conjuntamente para mejorar la calidad de vida de quienes reciban el diagnóstico de TEA. Además del acompañamiento, se brindan pautas generales e información práctica que puedan ayudar a lo largo del recorrido terapéutico. Ya que, como se mencionó en el apartado anterior, desde el momento inicial que reciben el diagnóstico es probable que atraviesen momentos de preocupación, angustia e incertidumbre sobre por dónde comenzar en el camino de ayudar a sus hijos (Barrios & Valeria, 2016)

Para el afrontamiento de determinadas dificultades respecto al desarrollo de las habilidades de la vida diaria, las cuales pueden influir significativamente en la dinámica familiar, los profesionales recomiendan aplicar determinadas *estrategias ad hoc*, como por ejemplo, para el control de esfínteres es posible establecer una rutina con horarios para que el niño vaya al baño a lo largo del día, otra alternativa es colocar recordatorios en un calendario visual. Al momento en que el niño acepte ir al baño, es necesario recompensar positivamente como darle un caramelo o felicitarlo. Asimismo, se puede emplear como estrategia la colocación de una secuencia de pasos para ir al baño al lado del inodoro para que lo pueda visualizar (Barrios & Valeria, 2016). Por otra parte para las dificultades presentes a la hora de dormir se puede optar por armar una agenda visual con explicaciones claras sobre lo que se hace para ir a dormir, la misma no debe ser extensa por ejemplo, me cepillo los dientes, me acuesto, apago la luz y duermo. Lo ideal es recompensar al niño cuando ejecuta adecuadamente la rutina. Además, es importante que los

padres tengan en cuenta que la habitación no sea sobre-estimulante, es decir, que no tenga muchos distractores o juguetes en diferentes partes.

Por otro lado, debido a que muchas veces a los niños con TEA les resulta difícil quedarse quietos, o son muy sensibles al tacto o a los ruidos, para el corte de uñas o de cabello es preciso hacerlo en un lugar que sea cómodo y que se les pueda ir anticipando cada movimiento. Conjuntamente se les puede ofrecer algún objeto que sea de su interés para que el foco atencional este situado allí. En el caso de que utilicen máquinas para cortarles el pelo o una tijera, generalmente esta situación genera nerviosismo, es así que puede ser útil mostrarles videos de cortes de cabello que escuchen el ruido por algunos segundos y que luego se incremente paulatinamente la exposición al sonido. En lo que respecta a dificultades con la alimentación, la cual tiende a ser restringida o que exista una negación a nuevos alimentos, en primer lugar se recomienda que los padres se llenen de paciencia y las pautas a tener en cuenta son: Presentarle al niño el nuevo alimento de forma gradual junto con otros alimentos que le gusten. Se puede comenzar por ofrecerle una comida que tenga características similares a las que ya prefiere tanto en color, temperatura o textura. Y si finalmente acepta el nuevo alimento se refuerza positivamente (Barrios & Valeria, 2016).

Al mejorar la dinámica familiar aplicando estas estrategias, es probable que la ayuda de los padres hacia el niño con TEA sea mayor, logrando desarrollar habilidades y también disfrutar de diversas actividades. Otra posible alternativa que contribuye a mejorar la dinámica de la familia es *organizar la rutina*, por ejemplo, que el psicólogo tenga una sesión corta cada día con cada uno de los padres, en vez de sesiones largas y esporádicas, es necesario que los límites trasciendan al trastorno. Es decir, que aparte de las estrategias para afrontar y atravesar de mejor manera las situaciones que genera el mismo, también es positivo trabajar sobre cuestiones que competen a la familia como los roles que cumplen cada uno. Ya que si únicamente se abordan cuestiones que atañen al niño es posible que no se obtengan los beneficios esperados. Desde este punto de vista, se considera necesario tener en cuenta que las buenas relaciones familiares generan un efecto positivo y beneficioso en la conducta del niño, y por ese motivo para lograr controlar la conducta es deseable un enfoque coherente sin contradicciones entre los padres (Wing, 1998).

### **3.3. Habilidades sociales**

### **3.3.1. Abordaje del psicólogo en el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA**

Las *habilidades sociales* (HHSS) hacen referencia a un conjunto de conductas aprendidas que permiten que el individuo se desarrolle en un contexto interpersonal en el cual se expresan sentimientos, deseos, actitudes, opiniones o derechos de una forma adecuada a la situación. A su vez, posibilitan la resolución inmediata de ciertos problemas y disminuyen problemas futuros, esto sucede en la medida que el sujeto respete las conductas de los demás (Lacunza & Contini de González, 2011).

Éstas HHSS en los niños se tornan complejas y son fruto del aprendizaje y de la experiencia. Es relevante tener en cuenta el desarrollo, ya que son imprescindibles en los procesos adaptativos de los niños a su entorno y las mismas son las que les proporcionaran herramientas adecuadas para desenvolverse en el ámbito social y están estrechamente relacionadas con el autoconcepto y la autoestima (Rodríguez, 2013). Algunas HHSS básicas hacen referencia al apego como capacidad de establecer vínculos afectivos con otras personas, empatía, asertividad, cooperación, autocontrol, comprensión de diversas situaciones y la consecuente resolución de conflictos, entre otras. Empero, es posible dividir las *habilidades sociales simples y complejas*, siendo necesario desarrollar las primeras y luego las segundas. Las simples tienen que ver con la capacidad de saber escuchar, poder formular preguntas, mantener un diálogo, aprender a decir aquellas palabras de cortesía como dar gracias, de nada, saludar al llegar y al despedirse, contestar con amabilidad. Y las complejas hacen referencia a aquellas conductas como saber perder disculpas, solicitar ayuda cuando se la requiera, esperar su turno para hablar o jugar, afrontar situaciones, etcétera (Rodríguez, 2013).

Respecto al aprendizaje de estos comportamientos sociales relacionados a las habilidades sociales y comunicacionales, los mismos se desarrollan a lo largo del ciclo vital, es por ello que determinadas conductas de los niños y adolescentes como ser amable con los adultos o reaccionar de manera agresiva al relacionarse con sus pares, dependen del proceso de socialización. El cual se produce en relación con el desarrollo cognitivo del individuo. Es relevante destacar, que tanto la familia y la escuela, así también como otros grupos de pertenencia, son ámbitos de suma importancia e influyentes en el aprendizaje de habilidades sociales (Lacunza & Contini de González, 2011). Asimismo, Fernández-Mayoralas et al.(2013) plantean que dichas habilidades constan de conductas aprendidas a lo largo del desarrollo y el hecho de poseerlas genera una

disminución de la ansiedad en situaciones sociales facilitando la comunicación y generando mayores vínculos con los demás.

El aprendizaje de HHSS se genera a través de la *experiencia directa* en la cual los niños desde una edad temprana, se encuentran rodeados de otras personas y comienzan a observar conductas sociales que se van interpretando e incorporando paulatinamente. También se aprenden habilidades mediante el *proceso de imitación* de conductas a partir de la observación hacia aquellas personas adultas más cercanas que son consideradas por los niños como significativas, de esta manera aprenden a interpretar determinadas situaciones y a como deben sentirse en cada una de ellas. Asimismo, este proceso de aprendizaje se puede afianzar mediante *los refuerzos sociales* que tengan de sus conductas, ya sea por parte de adultos o de pares (Rodríguez, 2013).

La aprehensión de las HHSS es relevante no solo por su dimensión relacional, sino también por la influencia que generan en las áreas vitales en donde los niños y adolescentes se encuentran inmersos. Está comprobado que aquellos sujetos que aparentan tener dificultad para establecer relaciones pueden no ser aceptados por sus pares en el ámbito educativo, y generalmente tienden a presentar dificultades vinculadas a la deserción escolar, comportamientos violentos y tendencia al aislamiento. En consecuencia, es posible que desarrollen futuras perturbaciones psicopatológicas en la vida adulta. Por este motivo, es recomendable que ante esta problemática acudan a profesionales en lo posible a una edad temprana del niño (Lacunza & Contini de González, 2011).

Junto con el aprendizaje de HHSS, es imprescindible el desarrollo de la comunicación y las competencias sociales en los niños con TEA, para ello son elementos fundamentales la educación y el apoyo comunitario. De esta manera, *los abordajes psicoeducativos se centran en tres ejes diferenciados*: estrategias de desarrollo y educacionales, comunicación, y utilización de estrategias conductuales para optimizar el lenguaje y el comportamiento. Las *intervenciones psicoeducativas conductuales* consisten en técnicas especializadas y estructuradas, para enseñar a los niños nuevas habilidades y comportamientos. Por otra parte, las *intervenciones evolutivas* ayudan al desarrollo de relaciones positivas y significativas con sus pares, así también como el desarrollo de habilidades para la vida diaria. Estas intervenciones están basadas en técnicas sociales y de comunicación desarrolladas en ambientes estructurados. También, es necesario destacar que las *intervenciones basadas en terapias* permiten abordar dificultades específicas del

niño, generalmente haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, o en el desarrollo sensoriomotor (Mulas et al., 2010).

Según Ballester y Gil Llario (2002), el *entrenamiento en habilidades sociales* (EHS) es una de las estrategias de intervención de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Al respecto, Caballo (1993 como se citó en Monjas Casares, 2000) menciona que el EHS es una herramienta para mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de futuros problemas a nivel social. Durante el proceso de entrenamiento se emplean para la enseñanza un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas enfocadas en el aprendizaje de conductas consideradas adecuadas socialmente (Ballester & Gil Llario, 2002). Tiene como objetivo ampliar el repertorio de conductas y desarrollar alternativas o habilidades nuevas mediante un proceso psicoeducativo, sistematizado y claramente delimitado. Dicho proceso está compuesto por cuatro elementos de manera estructurada, el primero refiere al entrenamiento en habilidades enfocado en la enseñanza de conductas específicas, las cuales se practican y se integran paulatinamente. En segundo lugar, el enfoque está situado en la disminución de la ansiedad en diversas situaciones sociales problemáticas. En tercer lugar, está implicada la reestructuración cognitiva es decir, se intentan modificar valores, creencias y actitudes del sujeto. Y por último, se aborda el entrenamiento para lograr soluciones a problemas, en donde el sujeto aprende a percibir correctamente los valores situacionales, aprende a procesarlos para luego poder seleccionar una respuesta y enviarla (Monjas Casares, 2000).

Algunas técnicas posibles del EHS constan de proporcionar *instrucciones* a lo largo de todo el proceso, las mismas implican brindar información específica de los comportamientos considerados adecuados socialmente y explicarlos de manera clara complementándolos con ejemplos o argumentando la importancia de los mismos. La información transmitida debe ser breve, concreta y se deben enfatizar los conceptos claves. Otra técnica, es el *modelado* que hace referencia a que una persona competente emita las conductas objeto del entrenamiento de forma adecuada en presencia de los niños que van a ser entrenados, y luego que esta ejecución sea reforzada. Por otra parte, es posible emplear la técnica de *ensayo conductual* que consiste en practicar reiteradas veces aquellas conductas que también son objeto de intervención, las cuales se pueden reforzar o no inmediatamente. Igualmente es admisible que se complemente *al modelado* la denominada *retroalimentación* la cual consiste en proporcionarle inmediatamente al sujeto lo que él ha mostrado en la ejecución del ensayo conductual, de esta manera logrará

perfeccionar las habilidades sociales. El *reforzamiento* es otra técnica que puede ser verbal o material e implica proporcionar consecuencias positivas de manera inmediata cuando el sujeto haya emitido las conductas correctas y adecuadas o haya realizado una mejora en lo que se desea fortalecer. Es importante la generalización de las HHSS, lo que implica que es necesario asegurar que los aprendizajes se apliquen en diversas situaciones aparte de aquella en la que se produjo el entrenamiento. Por ello, es de suma relevancia continuar aplicando los entrenamientos a diferentes situaciones que sean como las reales y también con diferentes personas (Caballo, 1991). Por ejemplo, abordar la recreación de situaciones como ir a comprar, salidas al cine, salidas a la plaza, un recreo escolar, un cumpleaños, entre otras (Ballester & Gil Llarío, 2002).

Las estrategias de intervención mencionadas para llevar a cabo el EHS, deben ser diseñadas individualmente, en base al nivel de funcionamiento, a las fortalezas y debilidades del individuo. Teniendo en cuenta aquellas áreas en las que presente alteraciones y destacando el aprendizaje de habilidades sociales, comunicacionales, la estimulación de motivación y la disminución de conductas desadaptativas (Severgnini, 2006). Además, para evaluar y llevar a cabo el proceso de entrenamiento, es relevante considerar en que cultura esta inmerso el niño y cuales son las variables socio-demográficas, ya que de acuerdo a estos aspectos los hábitos y las maneras de comunicarse varían (González Alonso et al., 2016).

### **3.3.2. Orientaciones que realiza el psicólogo a la familia para optimizar el EHS.**

Como se mencionó en el apartado anterior, la familia es uno de los principales apoyos para el niño. Es así, que el trabajo del psicólogo con las familias de los niños diagnosticados con TEA está enfocado en la incorporación de los padres a diversos programas de intervención educativa, para optimizar de esta manera el entrenamiento en HHSS básicas. Para ello se les brindan herramientas, con el fin de que desde el hogar puedan estimular el proceso de socialización de sus hijos en la primera infancia y corregir determinadas afectaciones inherentes al trastorno (González Alonso et al., 2016).

Además, estas intervenciones educativas orientadas a la familia del niño con TEA, pueden desarrollarse en espacios culturales y recreativos en donde un equipo de profesionales brinde recursos pertinentes de manera adecuada, por ejemplo, a través de la proyección de videos sobre la atención psicosocial y psicopedagógicas a sujetos con este trastorno; asimismo recurrir al apoyo de dramatización es sobre situaciones y conflictos frecuentes entre padres e hijos con

autismo para una mejor comprensión. En los últimos años, como se mencionó anteriormente se han desarrollado además programas educativos específicos de gran utilidad para estas familias, los cuales incluyen sistemas de atención terapéutica, contribuyen a la formación a padres brindando capacitaciones como co-terapeutas, abordan intervenciones sistémicas para el incremento de redes familiares y apoyos sociales (Ojeda García & Pla López, 2016).

La participación familiar en estos programas promueve salud emocional expresada en alegría, afecto y apoyo constante; fomenta las búsquedas de bibliografías para incrementar el conocimiento respecto al trastorno lo que posibilita que la comprensión a sus hijos sea mayor, generando de esta manera mejores condiciones de aprendizaje y adaptación. Estas actividades además de potenciar la confianza en los profesionales generan en los familiares más disposición y optimismo ante las tareas relacionadas con el niño, sintiéndose satisfechos y orgullosos con los logros alcanzados por sus hijos (Ojeda García & Pla López, 2016).

Algunas posibles estrategias que el psicólogo brinda en estos programas para orientar los padres y que logren entender la forma en que se comunica su hijo, detectar sus fortalezas y así poder ayudarlo son: Usar lenguaje claro y directo, con frases cortas y simples. Usar expresiones faciales, hablar con voz tranquila y calma aunque el infante parezca nervioso por la frustración. Brindarle ayuda para señalar lo que desea, no obligarlo a producir lenguaje oral, ya que tal vez no pueda hacerlo todavía y esto le causaría mucha frustración. A su vez, para incrementar la comprensión de las consignas y de las actividades las recomendaciones consisten en hacerlo siempre de la misma manera, para que el niño pueda comenzar a predecir lo que pasa, también se pueden utilizar apoyos visuales como fotos o pictogramas o bien, realizar gestos que representen lo que el niño esta diciendo (Barrios & Valeria, 2016).

Para los infantes que han comenzado a utilizar el lenguaje oral luego de un tiempo de iniciado el tratamiento, el psicólogo puede sugerir a los padres que comiencen con algún sistema de comunicación alternativo aumentativo con el objetivo de incrementar la capacidad del habla y reducir algunas conductas disruptivas relacionadas con no poder expresar lo que desean. Algunas orientaciones posibles al respecto son dar mas tiempo para responder ya que estos niños tienden a procesar la información mas lentamente. Es precisa la utilización de un lenguaje claro, alentarlos a realizar juegos por turnos utilizando objetos que signifiquen que una sola persona tiene que hablar, por ejemplo un micrófono, una pelota o una tarjeta, ésta sería una buena manera de prepararlo para esta habilidad social. En todos los casos es positivo mostrarle un modelo correcto



de lo que debe o puede decir en cada circunstancia, o utilizar preguntas cuyas respuestas sean SI/NO ya que son considerados facilitadores de la comunicación (Barrios & Valeria, 2016).

Por otra parte, para los padres que tienen a sus hijos en una etapa de comunicación más efectiva, que pueden hablar y seguir conversaciones sencillas, el psicólogo realiza orientaciones tales como que los ayuden a saber cómo empezar y mantener una conversación, así también como ayudarlos a pensar temas nuevos de conversación que puedan interesarles tanto a él como a los demás. Que utilicen lenguaje desprovisto de sarcasmos o metáforas ya que comprenden de manera literal. En el caso de que el niño utilice preguntas repetitivas para bajar su ansiedad con situaciones que va a vivir, se puede recurrir a un sistema de anticipación gráfica para que pueda visualizar con claridad lo que podría llegar a suceder, antes de obtener lo que desea (Barrios & Valeria, 2016).

Con respecto a la estimulación de la socialización para que los padres logren ayudar a sus hijos a acercarse a ellos y a los demás, los profesionales brindan orientaciones sobre como ser más creativos y como deberían aprovechar todas las oportunidades posibles ya que no hay un momento preciso para estimular este aspecto. Es así, que las orientaciones estarán dirigidas en un principio a la observación atenta de su hijo, que observen que sonidos le gustan, que es lo que ayuda a que se calmen, que tipos de juegos prefieren, ya sean cosquillas, sonrisas, besos, el objetivo principal es compartir el disfrute con el niño. Posteriormente cuando el infante comienza a estar escolarizado el objetivo es que se intenten explicar las reglas de juegos paso a paso, de esta manera se modelan poco a poco las habilidades sociales, utilizando además aquellos temas que para el niño sean interesantes y que aumenten su motivación. Asimismo, se recomienda que los padres brinden determinados momentos en el día donde puedan compartir las cosas que hicieron, que relaten situaciones sociales para modelar y que el niño pueda hablar de las suyas. Y en el caso de que hayan atravesado situaciones en las que el niño no supo como debía comportarse, el profesional orienta a los padres a que armen una historia social con ejemplos. Estas historias sociales hacen referencia al relato de cuentos cortos y personalizados de situaciones cotidianas. Por otra parte, cuando el niño se encuentre con sus pares a jugar, es necesario que los padres puedan actuar como intermediarios, que cuando invitan amigos los tiempos sean cortos y que tengan planificados los juegos que previamente hayan conversado con el niño (Barrios & Valeria, 2016).

En la adolescencia, Barrios y Valeria (2016) especifican que las orientacion a padres están enfocadas en crear situaciones familiares a las que tendrían con amigos, y luego de practicar reiteradas veces una conversación con el adulto pueden invitar a un par para que lo ejerciten en el uno a uno. A su vez, de la misma manera que trabajan en los grupos de padres, pueden implementar también estrategias como ver videos o ver partes de películas donde expongan situaciones sociales de la vida cotidiana, para que puedan comentarlas.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

El presente trabajo fue de un estudio descriptivo, con un diseño no experimental y transversal.

### **4.2. Participantes**

La muestra estuvo constituida por tres licenciados en psicología. En detalle los participantes fueron:

Natalia tiene 38 años de edad, es licenciada en psicología se graduó en la Universidad de Buenos Aires. Realizó sus estudios de posgrado en terapia cognitiva en la fundación y se especializó en EHS para niños y adolescentes con TEA. Forma parte del equipo psicoterapéutico en la institución hace 9 años.

Gabriela tiene 42 años de edad, es Dra. en psicología también graduada de la UBA, se especializó en TEA. Forma parte del equipo psicoterapéutico infantojuvenil y da clases de especialización de EHS a profesionales en la fundación hace 18 años. También atiende en su consultorio privado en el barrio de Belgrano.

Nicolás tiene 40 años de edad, es licenciado en psicología. Su orientación teórica es cognitiva-conductual, forma parte del equipo de profesionales en la fundación hace 15 años. Actualmente es coordinador de un taller de EHS para niños y adolescentes con TEA.

### **4.3. Instrumentos**

Observación no participante: Se recolectaron datos mediante la observación no participante y se tomaron notas acerca del abordaje e intervenciones que realizó el Lic. en Psicología en el taller de EHS al cual asistieron niños y adolescentes de 4 a 19 años. El taller se desarrolló en dos grupos divididos de acuerdo a las etapas del ciclo vital, es decir uno de niños y otro de adolescentes.

También se la utilizó para obtener información sobre las técnicas específicas utilizadas para el EHS, en los cursos dictados en la fundación por un Lic. En Psicología.

Entrevista semi-estructurada: Se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada a cada Lic. en Psicología formado en TEA con el fin de ahondar en base a qué criterios y que estrategias utilizan para el abordaje en el entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes, qué posibles orientaciones realizan a los padres para el acompañamiento en el proceso terapéutico y para lograr un óptimo entrenamiento en habilidades.

#### **4.4.Procedimiento**

Se realizó el análisis de los registros recabados a partir de la observación no participante durante los cursos y charlas especiales de TEA, las cuales se desarrollaron dos veces por semana desde las 12.30pm hasta las 21.00 horas.

Asimismo, se analizaron los datos obtenidos a partir de la observación no participante de dos encuentros del taller de EHS para niños y adolescentes con TEA. El cual se desarrolló en un encuentro semanal, dividido en dos turnos, uno de 19.00 a 21.00 horas al cual asistieron los niños y otro de 21.00 a 23.00 horas al cual asistieron los adolescentes.

Luego se entrevistó individualmente a cada Lic. en Psicología especializado en TEA y perteneciente a la fundación, para poder obtener mayor información acerca de los criterios, intervenciones y estrategias que utilizan para llevar a cabo el abordaje en EHS. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos y fueron llevadas a cabo en la institución.

Toda la información recolectada fue transcrita, se destacaron los conceptos pertinentes para responder a los objetivos planteados recurriendo a los constructos teóricos ahondados en el marco teórico. Posteriormente se realizó un análisis de contenido general.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1. Indagar en base a qué criterios el psicólogo aborda el EHS para niños y adolescentes con TEA.**

En relación a éste objetivo Natalia, una de las psicólogas entrevistadas expresó que “para abordar el EHS, en primer lugar, es preciso tener en cuenta cuáles son las dificultades que se manifiestan y en qué niveles debido a que la gama del autismo es muy amplia”, hizo referencia entonces, al nivel cognitivo, ya que algunos niños con TEA suelen tener discapacidad intelectual

(American Psychiatric Association, 2013). Asimismo, expresó que “se debe tener en cuenta el nivel del lenguaje, el nivel de motivación social y el nivel de necesidades de apoyo”; estos niveles de requerimiento de apoyo corresponden a los establecidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) los cuales se dividen en nivel de apoyo bajo, medio y alto según la severidad del trastorno. Teniendo en cuenta que la manifestación del mismo varía en grado y forma dependiendo de cada persona y el área que se encuentre afectada (Cadaveira & Waisburg, 2014).

Además, se considera necesario detectar en que etapa del desarrollo se encuentra el infante. Teniendo en cuenta su nivel cognitivo, el proceso de socialización, y principalmente tener presente aquellos resultados a partir de la observación de los signos de alerta característicos al trastorno, para que sea más sencillo exponer al niño a situaciones sociales (Wing, 1998). Según, Lacunza y Contini de González (2011) el aprendizaje relacionado a las habilidades sociales y comunicacionales, se desarrollan a lo largo del ciclo vital y dependen del proceso de socialización. Y el hecho de poseerlas genera una disminución de la ansiedad en situaciones sociales facilitando la comunicación y generando mayores vínculos con los demás (Fernández-Mayoralas et al.2013). Con respecto a los signos de alerta a tener en cuenta, Natalia brindó un ejemplo basado en un caso de un niño de tres años que no responde a su nombre, no mira a los ojos y no interactúa con pares. Estos signos hacen referencia a los descritos por Wing (1998) en la etapa de niñez.

Por otra parte, Gabriela coincidió en lo dicho por Natalia y expresó además que para comenzar con el abordaje de EHS es preciso analizar cada caso en particular considerando la cultura a la cual pertenece el niño o el adolescente ya que los hábitos y las maneras de comunicación varían de acuerdo a cada contexto (González Alonso et al., 2016). Y posteriormente, decidir en base a eso qué estrategias de intervención se deben emplear según sea la necesidad del niño o adolescente. Como establece Severgnini (2006), las estrategias para llevar a cabo el EHS, deben ser diseñadas individualmente en base al nivel de funcionamiento, a las fortalezas y debilidades del individuo. Teniendo en cuenta aquellas áreas en las que presente alteraciones.

A su vez, la terapeuta expresó que “es relevante tener en cuenta y conocer en que momento el niño fue diagnosticado, ya que si recibió atención temprana será mucho más sencillo enseñarle estrategias lingüísticas y de comunicación, a diferencia de otro niño diagnosticado a

mayor edad, ya que las habilidades van a variar ”. Brindó un ejemplo diciendo que “resulta más fácil exponer a un nene a situaciones naturales, como ir a una plaza, a los dos años que a los ocho años de edad”. Ya que generalmente el primer diagnóstico se establece entre los tres y cuatro años, cuando la atención es temprana, se obtienen mayores ventajas respecto al pronóstico y facilita la planificación del proceso terapéutico adecuado a cada caso particular (Arce Gerschberg, 2008).

Haciendo referencia a otros criterios, Nicolás el coordinador del taller de EHS, comentó que desde su punto de vista es imprescindible tener en cuenta que las condiciones del espectro autista son heterogéneas. De esta manera, explicó que “más allá de que todos los individuos con TEA presenten características comunes tales como la presencia de dificultades a la hora de interactuar y comunicarse, y la presencia de un patrón de intereses, conductas o actividades que sean repetitivas, existen además perfiles que son muy distintos y por ese motivo se debe evaluar cada caso en particular antes de abordar el EHS”. Estas características diagnósticas mencionadas hacen referencia a las establecidas en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en base a los dos dominios mencionados por el terapeuta.

Además, mencionó que desde su punto de vista “dependiendo del caso puede resultar positivo trabajar las habilidades simples desde un enfoque individual para que sea un tratamiento personalizado, y para el desarrollo de las habilidades complejas optar por un abordaje grupal”. Ya que de esta manera se pueden crear situaciones familiares a las que tendrían con amigos (Barrios & Valeria, 2016). Nicolás comentó que cuando los niños son diagnosticados antes de los dos años de edad es más sencillo enseñarles habilidades simples a medida que son acompañados en el proceso de entrenamiento. Al respecto, el terapeuta brindó un ejemplo contando el caso de un nene de cuatro años que no respondía a su nombre cuando los padres lo llamaban, entonces en esos casos explicó lo siguiente “comienzo el proceso de enseñanza estableciendo prioridades, primero trabajaría con el chiquito para que aprenda habilidades simples como escuchar, aprender a utilizar palabras cordiales, y luego se comenzarían a trabajar con las habilidades más complejas que tengan que ver con poder mantener una conversación por ejemplo. Todo va a depender de los progresos que vayamos logrando juntos y con ayuda de la familia” (Rodríguez, 2013).

## **5.2. Describir qué estrategias utiliza el psicólogo en el EHS para niños y adolescentes con TEA.**

Para responder a este objetivo específico, Natalia comentó que para abordar el EHS para niños y adolescentes con TEA. Recurre principalmente a tres estrategias denominadas *explicitación* proporcionando *instrucciones*, *subtitulado* y *modelado*. Éstas son algunas técnicas planteadas por Caballo (1991) para el abordaje del EHS. Además, la psicóloga explicitó que muchas veces es necesario trabajar complementariamente con un co-terapeuta para que las estrategias sean transmitidas de manera concreta y lo más claras posibles; “siempre debemos tener presente que para enseñarles debemos utilizar palabras o frases cortas y que sean simples” (Barrios & Valeria, 2016). Al respecto dijo “con esto podemos lograr que los niños entrenados estén menos ansiosos, o que no sientan tanta frustración, miedo de no poder hacerlo”. Según Caballo (1993 como se citó en Monjas Casares, 2000) la disminución de la ansiedad es el segundo elemento en el cual está enfocado el EHS.

La terapeuta manifestó que cada logro por más chiquito que sea es muy reconfortante, dijo “la verdad que me siento feliz cada vez que veo a mis chiquitos avanzar”. Comentó que utiliza mucho el *reforzamiento* para crearles motivación “cada vez que el niño mejora les regalo una golosina y los felicito. Considero que es necesario también darles una demostración, un incentivo para que vean que ellos pueden, y los progresos se van viendo” (Caballo, 1991).

Por otra parte, Gabriela mencionó que para la adquisición de las HHSS mediante el entrenamiento, es necesario también desarrollar estrategias para la comunicación y la competencia social, explicó que “la competencia social refiere a un juicio evaluativo general acerca de la adecuación del comportamiento de un individuo en un contexto”. Respecto a esto Mulas et al. (2010) mencionan que es imprescindible el desarrollo de la comunicación y las competencias sociales en los niños con TEA. A su vez, comentó que para favorecer la comunicación y también la autorregulación del niño o adolescente, ya que a ellos les resulta complejo comprender y expresarse a través del lenguaje oral, puede ser útil utilizar estrategias como *apoyos visuales* ya sea con imágenes, realizar agendas de o fotos para anticipar cuando haya algún cambio, (Barrios & Valeria, 2016).

Ella expresó “nosotros como profesionales debemos brindarles estrategias sobre como deben comunicarse, para que resulte más fácil socializar, que puedan conectarse y adaptarse al contexto”. Además comentó que es preciso respetar los tiempos y anticipar siempre cuando van a presentarse cambios. Como menciona Rodríguez (2013) el desarrollo de las habilidades sociales

son imprescindibles en los procesos adaptativos de los niños a su entorno y las mismas proporcionan herramientas adecuadas para desenvolverse en el ámbito social.

Por otra parte, Nicolás hizo referencia a las estrategias utilizadas de manera grupal en el taller de EHS, principalmente hizo hincapié en aquellas dirigidas al grupo de adolescentes. Al respecto, expresó “lo que solemos observar es que en la adolescencia ellos desean establecer relaciones sociales. Pero muchas veces, debido al temor causado por el rechazo social tienden al aislamiento”. El aislamiento, la deserción escolar y los comportamientos violentos son consecuencias que establecen Lacunza y Contini de Gonzalez (2011) cuando los sujetos poseen dificultades para establecer relaciones y pueden no ser aceptados por sus pares. El psicólogo comentó al respecto el caso de un adolescente que participa del taller hace tres años y que uno de los grandes logros que tuvo fue festejar su cumpleaños. Dijo “este chico cuando llegó al taller no quería contarnos cuando era la fecha de su cumpleaños, pero después de un tiempo nos pudo contar que estuvo diez años sin festejarlo debido al rechazo social, pero con el acompañamiento adecuado actualmente lo festejamos con todo el grupo”. Mencionó que para lograr estos cambios busca algún tema de interés específico que tengan los chicos, y de esta manera se va fortaleciendo el vínculo cada vez más dio un ejemplo claro diciendo “Le pregunté a este chico que es lo que más le gusta hacer y me contó que ve la serie South Park, entonces festejamos su cumpleaños viendo un capítulo de la serie”. Como plantea el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) los intereses restringidos forman parte de los signos característicos del trastorno del espectro autista.

Entonces, con respecto a lo mencionado, el terapeuta comentó que las estrategias abordadas estarán enfocadas en reparar de cierta manera las *experiencias negativas* que han tenido. A lo que expresó “en el grupo recreamos situaciones sociales que sean lo más parecidas a las situaciones sociales reales. Es decir, que sean lo más espontáneas posibles para que surjan los errores”. En la adolescencia es preciso crear situaciones familiares a las que tendrían (Ballester & Gil Llario, 2002), y luego de practicar reiteradas veces con el adulto pueden invitar a un par para que lo ejerciten en el uno a uno (Barrios y Valeria, 2016). El ejemplo que brindó Nicolás al respecto fue la situación en la que un adolescente no sabía como integrarse en una conversación. Entonces en situaciones de ese tipo se se recurre al *modelado* (Caballo, 1991), mostrando como sería la manera adecuada de hacerlo.

Nicolás mencionó además, que no hay que darles un libreto estático sobre como atravesar las dificultades, sino que hay que brindarles un camino con muchas opciones para que ellos elijan la manera de interactuar y resolver problemas. La capacidad de establecer vínculos y la resolución de conflictos son algunas habilidades sociales básicas especificadas por Rodríguez (2013). Es así que, para abordar para el entrenamiento en este aspecto recurre a la reconstrucción de la situación, “construir que pasó y buscar soluciones alternativas anticipando las consecuencias sociales de cada una”. También dijo utilizar relatos de *historias sociales*, en donde se muestre ejemplos de manera clara sobre alguna situación de la vida cotidiana, y que los chicos puedan ver como deberían comportarse (Barrios & Valeria, 2016).

Por otra parte, hizo hincapié a que previamente a implementar las estrategias de entrenamiento es importante recordar que las HHSS son comportamiento aprendidos que permiten que la persona se desarrolle de manera adecuada en el contexto en el cual está inmerso (Lacunza & Contini de González, 2011), y por ese motivo los niños y adolescentes con TEA aprenden con subtítulo cognitivo, es decir que uno como terapeuta debe subtítular lo que esta pasando. De esta manera, Nicolás expresó que “ellos necesitan aprender estas habilidades de manera concreta y para lograrlo, generalmente se utilizan *estrategias de motivación o reforzamiento* para ayudarlos a pensar socialmente ya que es necesario que aprendan a definir las emociones y traerlos a la convención social”. El *reforzamiento* puede ser verbal o material y remite a una de las estrategias planteadas por Caballo (1991), para abordar el EHS.

### **5.3. Describir las orientaciones que realiza el psicólogo a la familia de los niños y adolescentes con TEA para optimizar el EHS.**

Por último, para responder este objetivo, Natalia expresó que considera a la familia como un pilar fundamental para los progresos del niño o adolescente con TEA, ya que es el principal factor de influencia y apoyo a lo largo del desarrollo evolutivo (González Alonso et al., 2016). Por ese motivo también comentó que es preciso conocer el núcleo familiar para estimular el aprendizaje potencial del niño con TEA (Baña Castro, 2015), principalmente para estimular el aprendizaje de las habilidades sociales (Lacunza & Contini de González, 2011). Ella expresó “nuestra meta como profesionales es mejorar la calidad de vida tanto del niño que está diagnosticado y también la de su familia”.



Con respecto a las orientaciones que realiza como psicóloga a la familia para optimizar el EHS, comentó que primero es necesario *reforzar el vínculo* con los padres, para que de esta manera logren disminuir sentimientos de tristeza, incertidumbre, ansiedad, es decir, la idea es que se sientan acompañados desde el inicio del proceso de entrenamiento que reciba su hijo (Arce Gerschberg, 2008). Posteriormente, expresó “a medida que va transcurriendo el proceso de entrenamiento les facilito a los padres bibliografía para que puedan interiorizarse acerca de las actividades y estrategias que realizamos con su hijo. Otras veces, para que sea más didáctico los invito a ver videos con situaciones características ya sea de niños o adolescentes con TEA, o bien, les recomiendo algunas aplicaciones sobre autismo que pueden bajar en sus celulares para que puedan interactuar con sus hijos poco a poco” (Arce Gerschberg, 2008).

La psicóloga a su vez, expresó “generalmente comienzo por orientar a los padres sobre cómo organizar la rutina del niño y como anticipar cada etapa sin generar muchos cambios, de esta manera ayudarán a regular al nene y a la familia también para que se presenten menos conductas inadecuadas. Por eso considero que las orientaciones principales para la familia son que utilicen recursos visuales para la anticipación de cada paso y que sean claros para el niño, ya sea para un cambio de un lugar a otro, o cualquier actividad que vayan a realizar, cómo por ejemplo, ayudar al nene a entender la secuencia de cómo debe ir al baño o como debe hacer para cepillarse los dientes, o para enseñarle cuando es el momento de ir a dormir” (Barrios & Valeria, 2016).

Por otra parte, Gabriela dijo “nuestras orientaciones como profesionales, se enmarcan dentro de un papel fundamental teniendo como objetivo primordial el crecimiento y desarrollo del niño con calidad. Generando una conducta adaptativa a su entorno, pero para que esto suceda resulta fundamental trabajar desde los diferentes ámbitos donde transcurre la cotidianidad del niño, es decir que a partir de la observación del comportamiento del niño realizamos las orientaciones pertinentes para el manejo de conducta en casa” (Baña Castro, 2015). Además, mencionó que desde su punto de vista las orientaciones para optimizar el EHS deben estar orientadas también a las dificultades que se presentan en la comunicación y en la interacción. Ya que muchas veces, por ese motivo los niños pueden tener conductas desafiantes o berrinches fuertes. Para ejemplificar esto, expresó “Tengo un paciente de 8 años que no posee lenguaje, y la mamá trata de entender qué pasa, qué es lo que le sucede a su hijo, y el niño no puede comunicar que es lo que desea y por eso es que hace berrinches”. Estos desafíos se vuelven desesperantes y angustiantes para los padres. “Entonces ante estas situaciones, generalmente los oriento sobre

cómo deben dirigirse al niño, por ejemplo, les sugiero que podrían dirigirse al niño con expresiones claras, que hablen con calma y que utilicen un lenguaje que sea directo y que utilicen frases que sean sencillas”. También mencionó que recomienda que complementen con apoyos visuales como pictogramas a medida que le van hablando al niño” (Barrios & Valeria, 2016).

La psicóloga comentó además que en algunos casos en los que los hijos con TEA poseen cierto nivel de lenguaje y pueden emitir algunas palabras, o bien, cuando la ecolalia está presente. Tal como se mencionó, la ecolalia es uno de los signos característicos del TEA establecidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). En estos casos opta por orientar a utilizar algún *sistema de comunicación alternativo* para poder incrementar la capacidad de habla (Barrios & Valeria, 2016). Con respecto a esto, Gabriela añadió que el objetivo de utilizar estos sistemas es que el niño aprenda paulatinamente a comunicarse y que disminuyan las conductas disruptivas relacionadas con no poder expresar lo que desean., expresó “es importante que la familia comprenda y tenga mucha paciencia, que le den tiempo para responder a sus hijos” (Barrios & Valeria, 2016).

Por otra parte, con respecto a las orientaciones para optimizar el EHS, Nicolás comentó que recomienda a los padres a que participen de programas psicopeducativos para que puedan acompañar a sus hijos y aprendan a realizar las actividades que él implementa en cada encuentro. Ojeda García y Pla López (2016) establecen que la participación a estos programas contribuyen a que se sientan acompañados y satisfechos respecto a los logros de sus hijos.

A su vez, el psicólogo mencionó que realiza orientaciones a la familia sobre como realizar juegos por turnos utilizando determinados objetos e ir preparando a sus hijos para esta habilidad social que es compleja (Caballo, 1991; Barrios & Valeria, 2016). Además expresó “considero que es importante que los niños y adolescentes que participan del taller sigan practicando lo que se les enseña en cada encuentro, de esta manera los resultados cuando se expongan a situaciones reales de la vida cotidiana seran más positivas para ellos, sobretodo en la adolescencia” (Barrios & Valeria, 2016).

## **6. Conclusiones**

### **6.2. Síntesis**

El desarrollo de este trabajo final integrador se basó en el análisis y descripción del abordaje que realiza el psicólogo en el EHS para niños y adolescentes con TEA.

Para lograr cumplimentar la descripción correspondiente a cada objetivo planteado se entrevistó a cada licenciado en psicología especializado en TEA y en EHS, los cuales formaban parte del equipo psicoterapéutico de una fundación con orientación cognitiva. En la institución, estos profesionales brindaban clases sobre TEA a otros profesionales de la salud mental que estaban asistiendo a las clases de posgrado en dicha institución, brindaban asistencia psicoterapéutica en sus consultorios privados, y uno de ellos era el coordinador de un taller de entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA.

A partir de la información recabada se comenzó por indagar en base a qué criterios el psicólogo aborda el EHS para niños y adolescentes con TEA, los mencionados por los profesionales fueron: Se deben tener en cuenta cuales son las *dificultades que se manifiestan y en qué niveles*, tanto a nivel *cognitivo, lenguaje, motivación social y necesidades de apoyo* (American Psychiatric Association, 2013). Ya que, las manifestaciones de este trastorno varían en grado y forma dependiendo de cada persona y el área que se encuentre afectada (Cadaveira & Waisburg, 2014). Además consideran necesario detectar en que etapa del desarrollo se encuentra el individuo, teniendo en cuenta el nivel cognitivo y el *proceso de socialización* (González, 2011), y cuales son los *signos de alerta* característicos del trastorno que se están manifestando (Wing, 1998).

Otro criterio mencionado a tener en cuenta previo al abordaje del EHS es conocer el contexto socio-demográfico en el cual el niño o adolescente se encuentra inmerso, ya que los hábitos y maneras de comunicación varían (González Alonso et al., 2016). También es preciso tener presente el momento en el que el niño fue diagnosticado, si recibió *atención temprana* o si fue diagnosticado a una edad más avanzada (Arce Gerschberg, 2008).

Por otra parte se describieron las *estrategias* que utiliza el psicólogo en el EHS para niños y adolescentes con TEA, entre ellas: *La explicitación, la proporcion de instrucciones, el subtitulado, el modelado y el reforzamiento* (Caballo, 1991). Para favorecer la comunicación, la competencia social y la anticipación se opta por la estrategia de la utilización de *apoyos visuales* (Barrios & Valeria, 2016), para reforzar el vínculo terapeuta-entrenado se pueden *detectar aquellos intereses y actividades específicas* de preferencia de cada niño. Como plantea el DSM-5 (American Psychiatric Association) los intereses restringidos forman parte de los signos característicos del trastorno del espectro autista. Otra estrategia es la *recreación de situaciones sociales* para el posterior afrontamiento y exposición a las situaciones reales; y la utilización de

*relatos de historias sociales* para mostrar ejemplos de situaciones dadas en la vida cotidiana (Barrios y Valeria, 2016).

Por último, respecto a las orientaciones que realiza el psicólogo a la familia de los niños y adolescentes con TEA para optimizar el EHS se mencionaron: *brindar bibliografía pertinente* para que los padres comprendan que les sucede a sus hijos y como son las actividades realizadas en EHS. También brindar orientaciones para *organizar la rutina del niño* y contribuir a la regulación tanto del niño como la de su familia, utilizar a modo de complemento determinados *recursos visuales* para que la anticipación de cada paso de dicha rutina sea claro (Barrios & Valeria, 2016). Por otra parte para las dificultades que se presentan en la comunicación y en la interacción las orientaciones se dirigen a que el lenguaje para interactuar con niño sea con *expresiones claras, tono de voz calmado* y utilización de *frases simples y cortas* (Barrios & Valeria, 2016). A su vez, para incrementar la capacidad de habla y la disminución de conductas disruptivas, orientan a los padres sobre como utilizar algún tipo de *sistema de comunicación alternativo*. Y orientan a la *participación activa a programas psicoeducativos* dirigidos a padres (Ojeda García & Pla López, 2016).

### **6.3.Limitaciones**

A continuación se hará mención sobre las limitaciones que surgieron para el desarrollo de este trabajo final integrador.

Con respecto al tema elegido debido a que es extenso, la limitación que se presentó fue que en el transcurso del desarrollo del marco teórico resultó en cierta manera complejo, con respecto a la selección de los temas que se debían desarrollar principalmente. Debido a la gran información recabada, la cual era relevante pero no era pertinente para cumplimentar los objetivos planteados. Como por ejemplo, el tratamiento de TEA (American Psychiatric Association, 2013), constructos sobre la Teoría de la Mente (Baron-Cohen, 1998).

En cuanto a la metodología, la limitación que se presentó fue en relación al análisis de datos recabados, ya que la idea en un principio fue entrevistar a los tres licenciados en psicología y a un padre de algún niño o adolescente con TEA que reciba EHS. De esta maría se podría haber obtenido mayor información respecto a las orientaciones que el psicólogo brinda a la familia para optimizar el EHS. Pero por cuestiones de espacio y tiempo no se pudo concretar y solo se entrevistaron a los licenciados en psicología.

Por otra parte, acerca de la institución elegida las limitaciones que se presentaron fueron debido a no tener acceso a todos los encuentros del taller de EHS. Solamente fue permitido asistir a dos de ellos, en los cuales se le realizó la entrevista semiestructurada al psicólogo coordinador del mismo. Además, fue necesario poder observar las estrategias utilizadas por las psicólogas para abordar el EHS para los niños y adolescentes durante alguna sesión terapéutica, pero por cuestiones de tiempo de las profesionales no se pudo asistir. Por este motivo, la información recabada acerca de las estrategias empleadas fue mediante las entrevistas realizadas a las mismas y mediante la información obtenida de notas tomadas en el transcurso de las charlas especiales y los cursos de TEA brindados en la institución.

#### **6.4.Perspectiva crítica**

En relación a la institución, de acuerdo a lo observado a partir de la asistencia a los encuentros del taller de EHS coordinado por Nicolás un licenciado en Psicología. Es sugerente que el mismo se desarrolle más de una vez a la semana, ya que los niños y adolescentes asistían solamente los días viernes. Y por este motivo la cantidad de pacientes superaba el número de integrantes aconsejable para que el abordaje del EHS sea óptimo. Al taller asistían un grupo aproximado de 10 niños en el horario de 19 a 21 horas, y un grupo aproximado de 8 adolescentes en el horario de 21 a 23 horas. Se realiza esta observación debido a que es conveniente que los grupos de HHSS no deben superar los 4 o 5 integrantes, ya que generalmente cuando se tienen grupos elevados se torna dificultoso el manejo de grupo, teniendo en cuenta también que tener la mirada en cuatro o cinco personas no es lo mismo que 8 o 10 (Dangelo Martinez, 2015).

Otra observación fue que estos grupos de niños y adolescentes eran coordinados por un sólo profesional y en las salidas que hacían algunos de ellos se dispersaban por diferentes lugares, por ejemplo, una salida en Mc Donalds en donde se trabajaron habilidades sociales complejas en este caso cómo hacer para comprar, sucedió que mientras el profesional estaba con dos de los niños los otros deambulaban por el lugar. El profesional decía contar con la ayuda de un co-terapeuta, el cual era un joven de 21 años, que había asistido al grupo desde los 3 años, pero su tratamiento había finalizado, entonces asistía en calidad de ayudante terapéutico. Con respecto a esto, se establece que es recomendable que el grupo sea coordinado mínimo por dos profesionales y que su formación sea ardua, además de que deben generar un ambiente propicio para el aprendizaje (Dangelo Martinez, 2015).

## **6.5. Aporte personal**

Como aporte personal, tanto la experiencia transcurrida en la institución como la realización de este trabajo final integrador contribuyeron a extender los conocimientos básicos que tenía previamente respecto al TEA y principalmente acerca de la psicoterapia clínica infantojuvenil.

Fue posible ahondar en el conocimiento de lo que implica este diagnóstico, lo relevante que es la atención temprana para un óptimo pronóstico (Arce Gerschberg, 2008). Cuáles son los signos y síntomas característicos del trastorno (American Psychiatric Association, 2013) y cuáles son los signos alertas a tener en cuenta de acuerdo a cada etapa del ciclo vital (Wing, 1998).

A su vez, fue posible conocer cómo influye el TEA en la dinámica familiar del niño o adolescente diagnosticado, y como intervenir en esa situación para mejorar la calidad de vida y que el tratamiento sea más eficaz. Ya que la familia es el pilar fundamental en el desarrollo del niño, y por ende es el ámbito en el cual el niño comienza el proceso de socialización y el consecuente aprendizaje de habilidades sociales y comunicacionales (Lacunza & Contini de González, 2011).

Además, resultó sumamente positivo como futura profesional interiorizarme respecto a los posibles criterios previos a tener en cuenta para abordar el EHS para estos niños y adolescentes con TEA. Así también, el haber tenido la posibilidad de conocer las estrategias empleadas para el EHS (Caballo, 1991) desde la Terapia Cognitiva Conductual.

Por último, a nivel emocional esta experiencia me resultó conmovedora debido a la pasión que transmitieron los profesionales en relación al trabajo complementario con las familias y los consecuentes logros de los niños y adolescentes. Me pareció significativa una frase que escuché en uno de los encuentros, en donde uno de los profesionales expresó “Trabajar de esto es un arte, y tenemos que hacerlo con dedicación y mucho amor”.

## **6.6. Nuevas líneas de investigación**

En el presente trabajo final integrador como se mencionó anteriormente, se hizo foco en base al abordaje que realiza el psicólogo en el EHS para niños y adolescentes con TEA. Es así que, a partir de la información recabada fue posible analizar la influencia de las expectativas que depositan los profesionales en el niño o adolescente que es entrenado para lograr el aprendizaje

de HHSS y comunicacionales, las cuales constituyen un factor desencadenante para una mayor o menor adaptación al entorno.

A lo largo de todo el desarrollo se mencionó reiteradas veces el término *adaptación*. Ya sea, adaptación del niño al contexto (Rodríguez, 2013), adaptación de las estrategias de intervención aplicadas por el psicólogo a cada caso particular (Arce Gerschberg, 2008), adaptación de la familia ante la novedad del diagnóstico (Torrens, 2006), entre otras; haciendo referencia en todos los casos a la adaptación desde la perspectiva de quién tiene el diagnóstico de TEA. A raíz de esto, sería posible establecer una nueva línea de investigación a partir de una pregunta disparadora: ¿Cómo puede contribuir la sociedad a la adaptación del niño o adolescente con TEA, dejando de lado la patologización y/o etiquetamiento del trastorno? Este interrogante surge a partir de que muchas veces, en diversos ámbitos algunas personas por diversos motivos, o por el desconocimiento respecto a las características del trastorno etiquetan al niño que lo padece como “raro”, “mal educado”, “pedante”, entre otras. Produciendo un efecto negativo, traducido en conductas disruptivas, agresiones, autolesiones, deserción escolar, hasta el aislamiento total de los niños y adolescentes diagnosticados con TEA (Lacunza & Contini de González, 2011). Es por eso, que podría ser útil que se brinde información a toda la comunidad no sólo respecto al TEA, sino también sobre otras patologías como Esquizofrenia y otras psicosis, Trastorno por Deficit de Atención, Trastorno Afectivo Bipolar, entre otros (American Psychiatric Association, 2013), los cuales estarán presentes durante toda la vida. Por lo tanto, con la información necesaria, no habría solamente acompañamiento por parte de los profesionales y de las familias en las cuales un integrante posee el diagnóstico, sino que toda la comunidad contribuiría a la adaptación de estas personas a nivel social, sobretodo en etapas del ciclo vital como la niñez y la adolescencia.

## 7. Referencias bibliográficas

Alcantud, F., Rico, D., & Lozano, L. (2012). *Trastorno del Espectro Autista. Guía para padres y profesionales*. Valencia: La Plaça

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.



- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised text). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales* (5th ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Arce Gerschberg, M. (2008). *Soluciones pedagógicas para el autismo: que hacer con los TGD*. Buenos Aires: LESA Calidad.
- Artigas-Pallares, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. doi: 10.4321/S0211-57352012000300008
- Avila Beltran, F., & Soliz, H. (2006). Impacto psicosocial del autismo en la familia. *Gaceta Médica Boliviana*, 29(1), 21-27.
- Ayuda-Pascual, R., Llorente Comí, M., Martos Pérez, J., Rodríguez Bausá, L., & Olmo Remesal, L. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación. *Rev Neurol-Autismo*, 54(1), 73-80.
- Ballester, R. & Gil Llario, M. D. (2002). *Habilidades sociales*. Madrid, España: Síntesis.
- Baña Castro, M. (2015). The role of the family in the quality of life and self-determination of people with autistic spectrum disorder. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336.
- Barrios, N., & Valeria, S. (2016). *Trastornos del espectro autista. Estrategias para padres*. Buenos Aires, Argentina: Brincar.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia
- Caballo, V. E. (1991) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Cadaveira, M., & Waisburg, C. (2014). *Autismo. Guía para padres y profesionales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cuervo Martínez, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 111-121.

- Dangelo Martinez, M. (2015). Habilidades sociales y autismo. *Autismo Diario*. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2015/04/04/habilidades-sociales-y-autismo/>
- Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Perrone, A. L., & Fernández-Jaén, A. (2013). Trastornos del espectro autista. Puesta al día (I): introducción, epidemiología y etiología. *Acta pediátrica esp.*, 71 (8), 217-233.
- González Alonso, A., Rodríguez Padrón, Y., & Leiva Pérez, A. (2016). Estimulación de habilidades sociales en niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista. *Educación y Sociedad*, 14(2), 93-101.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2016). *Guía para padres sobre el Trastorno del Espectro Autista* (NIH Publicación No. SP 13-5511). Estados Unidos: NIH.
- Irarrázaval, O., Brokering, A., & Murillo, B., (2005). Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(1), 51-60. doi: 10.4067/S0717-92272005000100007
- Lacunza, A. B., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12 (23), 159-182.
- Lara, J. G. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35 (3), 52-55.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca, 1986.
- Martínez Martín, M., & Bilbao León, M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 215-230.
- Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *REV NEUROL*, 48(2), 47-52.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Monjas Casares, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social*. Madrid: CEPE.

- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Telléz de Meneses, M. (2010). Modelos de intervencion en niños con autismo. *Rev Neurol* , 50 (3), 77-84.
- Ojeda García, A., & Pla López, R. (2016). La preparación de la familia del niño con Trastorno del Espectro Autista. *Educación y Sociedad* , 14 (2), 102-113.
- Orellana Ayala, C. E. (2016). Signos de los trastornos del espectro del autismo En el “período normal”: signos muy tempranos de autismo. *Autismo Diario*. Recuperado de <https://autismodiario.org/2016/07/08/signos-los-trastornos-del-espectro-del-autismo-periodo-normal-signos-tempranos-autismo/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Nota descriptiva sobre el Trastorno del Espectro Autista*. Argentina: OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>
- Rodríguez, C. (2013). *Educar para las relaciones sociales*. Recuperado de: <http://www.educapeques.com/escuela-de-padres/habilidades-socialeseducar-para-las-relaciones-sociales.html>
- Severgnini, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro autista. *Arch.Pediatr.*, 77(2), 168-170.
- Torrens, E. R. (2006). Atención a familias en los servicios para personas con trastornos del espectro autista. *Educación y futuro*, 109-130.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona, España: Paidós.