

Universidad de Palermo
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
TRABAJO FINAL DE INTEGRACION

Título: Un caso de Trastorno del Espectro Autista e intervenciones Psicoeducativas

Autor: Nicolás Lombardini

Tutora: Dra. Nora Gelassen

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. Evolución del diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista y criterios actuales.....	4
3.2. Etiología de los TEA.....	10
3.2.1. Teorías genéticas y neurobiológicas.....	10
3.2.2. Principales modelos psicológicos explicativos.....	11
3.3. Prevalencia.....	13
3.4. Modelos y Sistemas de Intervenciones en TEA.....	14
3.4.1. Modelo Developmental, Individual-differences & Relationship (DIR).....	15
3.4.2. Modelo de Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	16
3.4.2.1. Intervenciones conductuales.....	18
3.4.2.2. Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación (SAAC).....	20
3.4.2.3. Análisis de Conducta Aplicada (Applied Behavioral Análisis, ABA).....	21
4. METODOLOGÍA.....	21
4.1. Tipo de estudio.....	21
4.2. Participante.....	21
4.3. Instrumentos.....	21
4.4. Procedimiento.....	22
5. DESARROLLO.....	22
5.1. Presentación del caso.....	23
5.2. Desarrollos de los objetivos.....	25
5.2.1. Descripción de la sintomatología más significativa de un caso de un niño de 11 años, diagnosticado con TEA en la institución.....	25

5.2.2. Describir la etapa de admisión, el uso del modelo DIR y los objetivos terapéuticos propuestos para el niño con TEA en la institución.....	30
2	
5.2.3. Describir la etapa de adaptación y diferentes tipos intervenciones de TCC del niño diagnosticado con TEA en la institución.....	33
5.2.4. Describir la evolución de acuerdo a los objetivos terapéuticos propuestos por la institución del niño diagnosticado con TEA durante el período de pasantía.....	38
6. CONCLUSIONES.....	44
7. REFERENCIAS.....	48
8. ANEXOS.....	53

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Integración (TFI) se ha desarrollado a partir de las 280 horas de pasantía realizadas en un Centro Educativo Terapéutico. El centro es un equipo interdisciplinario dedicado a la atención de niños, niñas y jóvenes, entre 4 a 18 años, con diversidad funcional y características del Trastorno del Espectro Autista.

Los niños y jóvenes que concurren a esta institución, viven con severas dificultades en las esferas psicofísicas, tales como la comunicación y la afectividad, que comprometen su desarrollo, su aprendizaje y su vida interpersonal. Se trata de personas que no tienen posibilidades de acceder en forma directa a un proceso educativo sistemático, o bien requieren del servicio de la institución para sostenerlo.

La institución brinda un tratamiento integral que contempla las capacidades y potencialidades de cada niño, a fin de promover un desarrollo posible que favorezca su integración social, educativa, recreativa y laboral.

El autor del presente TFI ha elegido esta institución y esta temática por ser de su interés personal y profesional en el futuro.

En calidad de pasante se llevaron a cabo tanto la tarea de observación como de participación directa, ocupando el rol de "referente" en el tratamiento de un niño, con diferentes técnicas y juegos para la estimulación de la comunicación y el lenguaje. Este rol consta de ejercer un exclusivo acompañamiento personalizado de un paciente determinado, en este caso, el niño que se presentará como caso del presente TFI.

El trastorno que aborda este trabajo a través de un caso, ha tenido históricamente varias denominaciones que comienzan con el de psicosis infantil, luego, Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), hasta llegar a los Trastornos del Espectro Autista (TEA), manteniendo el eje de la sintomatología autista a lo largo de los años y evidenciando que con cada cambio de nombre, se especificaban mejor las características sintomatológicas de la problemática y con ello, nuevos y más eficaces recursos de intervenciones terapéuticas y educativas.

Se presentará la descripción de un caso de un niño de 11 años diagnosticado con TEA, durante el período de admisión y adaptación en la institución mencionada, la sintomatología más significativa que presenta, las técnicas y juegos que se implementaron con predominancia de intervenciones desde los modelos Developmental, Individual - differences & Relationship (DIR) y Terapia Cognitivo Conductual (TCC), junto con los avances más significativos que se han registrado.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir el caso de un niño de once años con Trastorno del Espectro Autista (TEA) del centro elegido, y las etapas de admisión y adaptación con intervenciones desde los modelos Developmental, Individual-differences & Relationship (DIR) y Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

2.2. Objetivos específicos

1. Describir la sintomatología más significativa de un caso de un niño de 11 años, diagnosticado con TEA en la institución.
2. Describir la etapa de admisión, el uso del modelo DIR y los objetivos terapéuticos propuestos para el niño con TEA en la institución.
3. Describir la etapa de adaptación y diferentes tipos intervenciones de TCC del niño diagnosticado con TEA en la institución.
4. Describir la evolución de acuerdo a los objetivos terapéuticos propuestos por la institución del niño diagnosticado con TEA durante el período de pasantía.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Evolución del diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista y criterios actuales

Los criterios diagnósticos han ido evolucionando desde ser considerado al comienzo como una forma de psicosis infantil, pasando luego a denominarse Trastorno General del Desarrollo (TGD), hasta llegar hoy en día, a la conceptualización de Trastornos del Espectro Autista (TEA) (De Iudicibus, 2011).

La palabra autismo fue utilizada por primera vez en 1911 por el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler (aunque su artículo: "Dementia praecox or the group of schizophrenias" fue publicado en 1950) para referirse a una alteración, propia de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa. Con este vocablo (autos que significa uno mismo; e ismos que hace referencia al modo de estar) se refería al hecho de estar encerrado en uno mismo y aislado socialmente.

En la década del 40' dos investigadores pioneros dan un giro importante en la comprensión y conceptualización de estos trastornos. Ellos son Kanner (1943) con su trabajo: "Trastornos autistas del contacto afectivo" (título original: Autistic disturbances of affective contact) y Asperger (1944) con la publicación de "La psicopatía autística en la infancia" (título original: Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter). Los dos autores se anticiparon a las hipótesis más actuales sobre la etiología, sugiriendo un origen prenatal y genético.

Martos (2012) señala que en los trabajos iniciales de Kanner (1943), basándose en el estudio de 11 niños que llamaban la atención por su aislada soledad, su rígida adherencia a rituales, su cerrada posición a cambios y las extrañas peculiaridades de su lenguaje, identifica las siguientes características comunes: extrema soledad autista, deseo obsesivo de invarianza ambiental, excelente memoria, expresión inteligente (buen potencial cognitivo) y ausencia de rasgos físicos, hipersensibilidad a los estímulos, mutismo o lenguaje sin intención de comunicación real y limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.

Los aportes de Kanner, fueron tomados y reelaborados por teorizaciones psicoanalíticas y conductistas, de gran auge en ese momento (Artigas-Pallares & Paulab, 2012).

Erikson (1950) puso énfasis en la frustración y distanciamiento de la madre frente al fracaso de respuesta a su mirada, sonrisa y contacto físico por parte del bebé, lo cual, este distanciamiento contribuiría circularmente al progresivo aislamiento autista del niño.

Bettelheim, en los años 60', establece un paralelismo entre los síntomas del autismo y su vivencia en el campo de concentración, donde la relación con los carceleros le había llevado a un aislamiento y negación del mundo exterior. Indica además que podría ser crucial para la aparición de este trastorno la presencia de padres fríos, ausentes o de carácter débil en los primeros días de vida del bebé transmitiéndose estas características, por ejemplo, en la forma de sostenerlo durante la ingestión de leche. Estas teorías tuvieron gran difusión desde la

publicación de su libro "The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self" (Bettelheim, 1967)

Desde mediados de los años 70', se comenzó a considerar una perspectiva evolutiva o del desarrollo, en la que se han basado nuevos intentos explicativos y terapéuticos. Sobre este sustento, la entonces categoría tradicional de psicosis infantil fue sustituida por la noción de trastorno profundo, generalizado o penetrante del desarrollo. El término generalizado hace referencia a que afecta simultáneamente a más de una línea del desarrollo, aunque no indica que no pueda haber áreas que funcionen normalmente. Las tres áreas nucleares del desarrollo: compromiso en la socialización, déficit del desarrollo del lenguaje (verbal y no verbal) y patrones restrictivos y repetitivos de conducta, pueden verse afectadas con diversidad de grados, lo cual requerirían diferentes estrategias de intervención (De Iudicibus, 2011).

Martos et al. (2008) indican que en la mayoría de los casos que asisten a consulta, encuentran un patrón común: estos niños proceden de un embarazo y parto normales, adecuada alimentación, normal desarrollo de hitos y adquisiciones motoras, comunicación y relaciones sociales normales durante el primer año, incluso adquiere pautas intersubjetivas primarias, interés por los juegos de interacción y adquisición de las primeras palabras durante el primer año. Solo bajo situación de consulta con los padres se logra encontrar dos precedentes repetidos que con frecuencia pasan inadvertidos: ausencia de la conducta de señalar y una cierta pasividad. Alcanzando los 18 meses del niño, los padres describen la percatación de lo que podrían ser las primeras manifestaciones de lo que estos autores llaman un parate en el desarrollo.

Wing (1981) es quien propone por primera vez el término espectro autista, para poder incluir a los niños que presentan una base de problemas similares pero son diferentes en grados de desempeño y autonomía social, desempeño cognitivo, lingüístico, emocional y comunicativo. Indica también que son trastornos del desarrollo neuro-cognitivo con evidencias de origen genético, proponiendo dar un salto desde una categoría que defina un modo de ser, para considerar un continuo que en todos los casos evidencia un profundo trastorno del desarrollo.

Concurrentemente con los cambios mencionados, el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, desde su primera versión hasta la última, también ha ido modificando los criterios diagnósticos como se muestra a continuación.

Artigas-Pallares y Paulab (2012, p.578) presentan las denominaciones que tuvieron en las dos primeras versiones del DSM dentro del ámbito de las Psicosis Infantiles: · DSM I (1952) - Reacción esquizofrénica, tipo infantil.

Contempla el autismo como una forma de esquizofrenia, siguiendo la línea previa a las aportaciones de Leo Kanner (1943).

DSM II (1968) – Esquizofrenia de tipo infantil.

Esta categoría se utilizó para los síntomas esquizofrénicos que aparecen antes de la pubertad. Se considera que la enfermedad puede manifestarse por comportamiento autista y atípico, fracaso para desarrollar una identidad separada de la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo. Estas alteraciones del desarrollo pueden provocar retraso mental, el cual también debe diagnosticarse.

Con la aparición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales 3° edición (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980), se cristalizó el uso de la denominación TGD, que se refieren a una serie de trastornos cognitivos y neuroconductuales que se manifiestan en los primeros tres años de vida a través de tres rasgos nucleares: a) compromiso en la socialización, b) déficit del desarrollo del lenguaje (verbal y no verbal) y c) patrones restrictivos y repetitivos de conducta. También se presenta con alta frecuencia intereses restringidos con conductas estereotipadas. (De Iudicibus, 2011; Ruggieri & Arberas, 2007). Los TGD se clasificaban según el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) en cinco grupos, y cada uno de ellos tenía características propias que lo diferenciaban del resto. Estos eran: a) Síndrome de Rett, b) Síndrome de Asperger, c) Trastorno Desintegrativo de la Infancia, d) Trastorno del Desarrollo no especificado y, e) Trastorno Autista .

En el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) la clasificación sigue siendo la misma que en la versión anterior y en el mismo apartado, bajo el nombre de TGD.

En el 2012, a partir de la elaboración de la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), el autismo se convierte en el único diagnóstico posible de la anterior categoría diagnóstica TGD, y pasa a llamarse TEA clasificando en el capítulo “Trastornos del Desarrollo Neurológico” bajo el código 299.00 (F84.0).

Los nuevos criterios indicados por el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) propone fusionar los déficits en la interacción social y las anomalías en la comunicación en un solo criterio que exprese las dificultades del niño en la comunicación social (esto incluye: a) Marcada dificultad en la comunicación no verbal y verbal usada en la interacción, b) ausencia de reciprocidad social y c) dificultades para desarrollar y mantener relaciones con iguales, apropiadas para el nivel de desarrollo), mientras que se mantiene el criterio de intereses fijos y patrones repetitivos que señalaba DSM-IV (esto incluye: a) Conductas estereotipadas motoras o verbales, o comportamientos sensoriales inusuales, b) adherencia excesiva a rutinas y patrones de comportamiento ritualistas) (Martos, 2012).

En las últimas décadas, se ha avanzado significativamente en las investigaciones empíricas, las herramientas y dispositivos para la práctica clínica y los desarrollos teóricos en el campo de los denominados TEA. Desde los primeros pioneros antes mencionados, han surgido reformulaciones basadas en perspectivas neuropsicológicas, neurobiológicas, genéticas y cognitivas según indican Valdez y Ruggieri (2012).

Beglinger y Smith (2001) presentan un modelo de conceptualización dimensional, adaptada de la siguiente manera por Martos (2012, p. 34):

I: Aislado, muy autista

II: Pasivo, aislado

III: Pasivo

IV: Activo pero extraño

Figura 1: Modelo de conceptualización dimensional adaptado de Beglinger y Smith (2001). En cuanto a la identificación y evaluación diagnóstica de los TEA, Nava (2012) indica que la ausencia de un marcador biológico implica una evaluación que contemple más bien la conducta del niño. Se propone tomar en cuenta los siguientes indicadores:

- **Ámbito social:** ausencia de sonrisa social, contacto visual pobre y ausencia de interés vistas en niños normales de su misma edad.
- **Ámbito de la comunicación:** no responde a su nombre, ausencia de gestos/ balbuceo e imitación a los 12 meses, no emite palabras a los 18 meses y no hay frases de dos o más palabras a los 24 meses.
- **Ámbito del comportamiento:** Juego deficiente y uso inapropiado de objetos, intereses intensos y acciones repetitivas.

Si se presentan estas características, se debe comenzar con interconsultas tales como pruebas médicas de audición y visión entre otros, para comenzar un adecuado diagnóstico diferencial. Si se descartan problemas médicos específicos como los mencionados, se debe comenzar el diagnóstico específico para los TEA. Investigaciones sobre estos trastornos indican que además de los impedimentos propios de esta problemática, el 80% de los casos conviven con uno o más Trastornos de Ansiedad haciendo de esta comorbilidad una característica frecuente y alta (Bruin et al., 2007)

3.2. Etiología de los TEA

Según ha transcurrido la historia en la evolución del concepto, o cómo se ha denominado a esta problemática, hubo deferentes explicaciones sobre sus causas, que en la actualidad se pueden dividir en dos grupos que se presentan a continuación: las causas genéticas y neurobiológicas, y las causas psicológicas. Las segundas quedan mejor explicadas por las primeras (Valdez, 2016).

3.2.1. Teorías genéticas y neurobiológicas

En cuanto a la etiología, no se puede precisar una causa única y por lo tanto se considera multifactorial, encontrando una estrecha relación entre factores genéticos y neurobiológicos. También se encuentran en niños con TEA otros factores frecuentes como bajo peso al nacer,

hipoxia y exposición a tabaco en el embarazo e infecciones víricas durante el primer trimestre del embarazo (Cuxart, 1999).

Aunque todavía no se ha podido identificar un único factor genético, múltiples evidencias científicas y epidemiológicas indican una fuerte contribución de ellos en su etiopatogenia (Arberas, 2012).

Ruggieri (2012) señala la importancia de factores neurobiológicos en cuanto a su funcionamiento, tales como trastornos en la amígdala, en las redes neuronales y en el funcionamiento de las neuronas espejo, como se indica a continuación:

- La amígdala: relacionada con las respuestas emocionales, también está ligada al reconocimiento de los significados afectivos de los estímulos y consecuentemente al desarrollo de la cognición social y la socialización.
- Redes neuronales: Una de las hipótesis consideradas como más consistentes, consiste en la alteración de redes neuronales dedicadas al desarrollo social y estilo cognitivo.
- Neuronas espejo: constituyen un complejo neuronal destinado a la imitación gestual y al desarrollo de la empatía, lo cual estaría alterado en el autismo y afectaría al desarrollo de relacionamiento social.

Como señala Valdez (2016), todos estos fallos de base neurológica tienen un correlato en el desarrollo de las funciones psíquicas que son explicados a continuación a través de las diversas teorías más relevantes.

3.2.2. Principales modelos psicológicos explicativos

Premack y Woodruff (1978) introdujeron por primera vez el constructo teoría de la mente (TdM), para referirse a la capacidad de atribuir estados mentales tanto a sí mismos como a otros, y predecir el comportamiento de los demás. Esta capacidad se encontraría afectada severamente en autismo infantil y puede explicar y verse reflejado en los tres síntomas que constituyen la tríada sintomática de Wing (1981) para el autismo: en las relaciones sociales, en la comunicación y en el juego de ficción.

Baron-Cohen et al. (1985) indican que en el autismo, la afectación de la TdM estaría relacionada con posibles y múltiples alteraciones neurológicas que además de las manifestaciones conductuales, no le permitirían al sujeto construir una teoría de la mente, de modo tal que sería como estar ciego frente a otros estados mentales, y en consecuencia, el mundo social le parecería caótico, confuso y le infundiría miedo.

Hobson (1995) introduce la teoría afectiva, la cual estaría estrechamente relacionada con la TdM. Este autor realiza pruebas sobre el reconocimiento de emociones y concluye que la ausencia de una TdM en el autismo, supone en su base, un déficit emocional primario. Esta falta primaria hace que no pueda recibir y procesar experiencias sociales en la infancia para desarrollar las estructuras cognitivas de la comprensión social. Hay un fallo en el contacto empático primario con los padres. La falta de experiencia empática primaria incide en el

reconocimiento de las actitudes de los otros, imposibilitando el acceso a la mente de los otros y el acceso al procesamiento de los estímulos afectivos, por lo tanto hay fallas en las relaciones interpersonales.

La falla o ausencia de participación intersubjetiva del niño autista que señala Hobson (1995) implican dos consecuencias importantes: a) dificultad para reconocer a las personas como personas, con sus propios sentimientos, pensamientos deseos e intenciones, y b) severa dificultad para abstraer, sentir y pensar simbólicamente.

Otro tema de suma importancia en los TEA es el desarrollo del lenguaje oral. Se presentan una gran variedad de posibilidades, aunque siempre se conserva el núcleo central que es la dificultad de comprensión del lenguaje de los otros, y se encuentra una disarmonía entre el nivel de desarrollo general y el desarrollo de cada uno de los aspectos constitutivos del lenguaje tales como la fonología, la semántica, la sintaxis y la pragmática (Monfort Juárez & Monfort, 2012).

Estos autores también señalan la discordancia que se muestra entre el nivel de intención comunicativa y el nivel de competencia lingüística. Esto queda en evidencia en niños que sin entender el lenguaje ni usarlo de forma funcional, muestran conductas de ecolalia a partir por ejemplo, de réplicas de películas.

Trevarthen (1993), elabora su teoría desde la afirmación inicial que los de niños nacen con la preparación y dotación suficiente para establecer comunicación desde el inicio con quienes los cuidan, a través de medios de expresión emocional estableciendo un primer nivel de comunicación protoconversacional o de intersubjetividad primaria. Sostiene que en este primer nivel no hay mayores inconvenientes en niños con autismo, pero sí a partir del primer año cuando el bebé debe desarrollar la fase de intersubjetividad secundaria en torno a la adquisición de significados culturales en la lengua materna.

Frith (1991) propone la denominada teoría de la coherencia central débil, para el autismo. Indica que los niños con autismo a diferencia de los niños normales, no pueden integrar partes de la información en patrones coherentes mediante inferencias. En el autismo se encuentran problemas para otorgar niveles altos de significado a la información, de modo tal que carece de una coherencia central y organizada.

Por otro lado, la teoría de la función ejecutiva es un constructo cognitivo usado por Duncan (1986) para describir las conductas de pensamiento que estarían mediadas por los lóbulos frontales. La función ejecutiva es la habilidad para mantener un conjunto apropiado de estrategias de solución de problemas con el propósito de alcanzar una meta futura, lo cual se encuentra considerablemente disminuido o faltante en los casos de TEA.

3.3. Prevalencia

Los datos de prevalencia encontrados y citados a continuación son muy variados y no se ha encontrado cifras estadísticas nacionales.

Los primeros estudios epidemiológicos sobre autismo comunicaron en 1966 una prevalencia de 1 por cada 2.000 niños. En 1983, con la mejora y mayor precisión de los conocimientos clínicos, la prevalencia fue de 1 por cada 500 a 1.000 personas (De Iudicibus, 2011).

Valdez y Ruggieri (2012) aportan dos datos sobre la prevalencia de TEA: el primero estima en 6,5 cada 1000 nacimientos, mientras que el segundo, del Centro para Control y Prevención de enfermedades de Estados Unidos, indica que en el 2010 los casos de estos trastornos son de 1 cada 100 nacimientos.

Los datos más actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) indican que 1 de cada 160 niños tiene un TEA. Este documento también agrega que los datos de prevalencia de TEA en muchos países de ingresos bajos y medios, es hasta ahora desconocida.

La OMS decretó en el 2008, el día 2 de abril como el Día Mundial de Concientización del Autismo a raíz de la prevalencia y la elevada incidencia de este trastorno.

3.4. Modelos y Sistemas de Intervenciones en TEA

En cuanto al tratamiento de esta problemática, tanto en contextos clínicos como educativos, Ayuda Pascual (2012) señala que es fundamental realizarlo desde el momento en que se detectan las primeras limitaciones, evaluando y estimulando las funciones lingüísticas y comunicativas atendiendo al nivel de desarrollo que el niño se encuentra, ofreciéndole una gran variedad de actividades prácticas y lúdicas. Para ello, es necesario realizar una evaluación continua de las competencias del niño para plantear objetivos y actividades que guarden relación con su desarrollo.

Happé, Briskman y Frith (2001) sostienen que una teoría psicológica explicativa desde un plano más conductual, podría ser fundamental para contribuir a manejarse eficazmente con explicaciones alternativas del comportamiento y sentar las bases de las intervenciones educativas.

En el informe de la O.M.S (2016) sobre los TEA, se señala que las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia tales como la terapia cognitiva conductual (TCC) e intervenciones conductuales propiamente dichas, pueden mejorar las dificultades de comunicación y comportamiento social, y tener un impacto positivo en el bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas.

Si bien en la actualidad existen numerosos modelos de intervención para los TEA, en este apartado se presentarán dos modelos complementarios de intervención psicoeducativos que son los que preponderantemente se utilizan en la institución donde se realizó la pasantía.

El primero, Developmental, Individual-differences & Relationship (DIR), es utilizado en la etapa de admisión a los fines de realizar una evaluación del niño acerca de las necesidades y aptitudes vinculadas al nivel del desarrollo que posee. El segundo, TCC, engloba además otros sistemas y técnicas tomadas de la clásica terapia conductual. Ambos tienen como objetivo

común la estimulación de los niños con TEA, para lograr avances en diferentes áreas del trastorno tales como la comunicación y las habilidades sociales.

3.4.1. Modelo Developmental, Individual-differences & Relationship (DIR)

El modelo DIR, creado inicialmente por Greenspan (Greenspan & Wieder, 2006) a comienzos de los años 90', ha mostrado en los niños con quienes se aplica, una mejoría significativa, respecto de los tratamientos sólo conductuales (Solomon et al., 2014).

En la mayoría de los trabajos consultados para este modelo, puede encontrarse la denominación DIR/Floortime Model haciendo referencia a que la mayoría de las veces se recomienda realizar estas intervenciones en el piso, a lo que se llama, traducido del inglés:

tiempo de piso (floortime). Esta modalidad se usa durante todo el tratamiento, ya que conlleva una sensación de seguridad, cercanía y confianza mutua, que al estar frente a frente, permite poder sostener la mirada en los ojos del niño y viceversa, y estar atento a las propuestas de juego que son de interés para él mismo (Greenspan & Wieder, 2006).

El Modelo DIR es un programa que permite realizar una evaluación completa e intervenciones que contempla tres niveles significativos descritos a través de cada letra de la sigla: La "D" (Developmental) de Desarrollo, consiste en entender la etapa de desarrollo socio-emocional y funcional en que se encuentra cada niño, la "I" (Individual-differences) de Diferencias Individuales, se refiere a entender las diferencias individuales que cada niño aporta al momento de interactuar, y la "R" (Relationship) de relaciones Interpersonales, apunta a entender los patrones relacionales que afectan la interacción del niño con sus padres o cuidadores significativos, para tener oportunidades de organizar los instrumentos de las intervenciones al servicio de conductas comunicativas cada vez más complejas (Breinbauer, 2006).

Muchas de las intervenciones y sesiones de este modelo, están diseñadas para ser aplicadas considerando el nivel de desarrollo del niño, tanto en la institución donde concurre guiado por profesionales, como en su propia casa ayudado por sus padres. Bajo este programa, las sesiones están enfocadas en cuatro áreas: a) alentar la iniciativa del niño, profundizar sus relaciones personales, alargar la atención mutua entre el niño y el medio, y desarrollar capacidades simbólicas con juego y conversaciones simuladas, b) Resolución de Problemas Semi-estructurados, c) Motor, sensorial, actividades visual-espaciales y de percepción motriz, y d) Juego con otro niño (Greenspan & Wieder, 2006).

El primer componente del modelo DIR es la capacidad y el nivel de desarrollo del funcionamiento emocional. Para ello se proponen seis hitos (Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003):

- 1) Aprender a auto-regularse e incorporar información ambiental.
- 2) Participar en las relaciones.

- 3) Responder a la comunicación de doble vía.
- 4) Crear gestos complejos y organizar la comunicación bidireccional para resolver problemas.
- 5) Crear ideas y utilizarlas funcionalmente para el pensamiento imaginativo
- 6) Construir puentes entre las ideas como fundamento para la lógica, la prueba de la realidad, el juicio y el pensamiento.

Para el segundo componente, diferencias individuales del desarrollo, se identifican cuatro áreas que pueden ser afectadas por déficit de procesamiento sensorial (Greenspan & Wieder, 2006) que son:

- 1) Modulación sensorial: hipo o hiperactividad a cada modalidad sensorial (tacto, olfato, visión o movimiento en el espacio).
- 2) Procesamiento sensorial: auditivo, lenguaje, viso-espacial.
- 3) Sensorial afectivo: como la habilidad de reaccionar al afecto, intención o conectar con los otros.
- 4) Planificación motora: que incluye la capacidad de secuenciar el comportamiento, acciones y símbolos para desarrollar el pensamiento, ideas y otros conceptos del pensamiento imaginativo.

El tercer y último componente, relaciones interpersonales y las interacciones, se trabaja combinando e incorporando al aprendizaje, las relaciones con compañeros, cuidadores y padres, adaptadas a las necesidades y diferencias individuales de cada niño (Greenspan, 2008).

3.4.2. Modelo de Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Diversas investigaciones sobre el desarrollo y la eficacia de los distintos tipos de intervenciones con niños que padecen TEA, han demostrado que la TCC es efectiva para mejorar síntomas en las áreas de la comunicación y de las habilidades sociales (Drahota et al., 2011).

La TCC es un paradigma de tratamiento que promueve el desarrollo de nuevas habilidades en los niños utilizando por ejemplo, preguntas lógicas, racionales y persuasivas, desafiando las cogniciones irracionales que mantienen los comportamientos poco adaptativos, alentándolos a abandonarlos y practicando las nuevas habilidades jerárquicamente en situaciones de la vida real (Drahota et al., 2011).

Desafiar las cogniciones irracionales que mantienen comportamientos desajustados suele resultar de gran beneficio según indica una investigación de Drahota et al. (2011), en la cual se muestra a modo ilustrativo, una intervención de este tipo: El niño dice: "no puedo hacer esto porque si lo hago, mi mamá no me ayudará con nada nunca más". El terapeuta responde: "¿Realmente no ayudaría con nada más?" y el niño reestructura su pensamiento de la siguiente

forma: " Incluso si lo hago yo mismo, mi mamá probablemente me ayudará con las cosas con las que todavía necesito ayuda". Concluyen que la TCC es un tratamiento promisorio con niños que padecen de TEA independientemente del desarrollo de habilidades que posea.

Las intervenciones tienden a aumentar progresivamente los recursos de las habilidades de comunicación y la intención comunicativa, siendo fundamental en cualquier programa, estimular el aprendizaje de la comunicación de necesidades básicas, de las demandas, de su rechazo o aceptación frente a objetos o situaciones, y compartir con los demás (Ayuda Pascual, 2012). Se encuentra que los niños que a diario practican en situaciones reales las nuevas habilidades adquiridas, tienen una mejor evolución y pronóstico (Gillham et al., 2000).

Como señala Fuentes Biggi et al. (2006), dentro de la denominación de TCC pueden incluirse numerosos sistemas y técnicas de intervención conductuales para los TEA. A continuación se presentarán las más utilizadas con relación al caso que presenta este trabajo.

3.4.2.1. Intervenciones conductuales

Siguiendo a Campos y Muñoz (1999), se muestran diferentes técnicas que los autores recomiendan utilizar, apropiadas para cada situación conductual posible en un tratamiento de niños afectados con TEA:

- Técnica de reforzamiento de la conducta: es la técnica más utilizada en el campo de las terapias conductuales.

Se trata de una demostración positiva (reforzamiento) por parte de los terapeutas o padres que indique que la conducta que realizó el niño es adecuada. Un reforzador puede ser verbal (Positivo: "lo has hecho muy bien"), en forma física (tocar su hombro o su mano cariñosamente) o con entrega de algún objeto del agrado del niño (golosinas, juguetes, etc.).

- Extinción operante: se utiliza para disminuir una conducta. Primero es necesario identificar qué es lo que está reforzando a la conducta y luego eliminar (extinguir) ese reforzador. Por ejemplo, realizar habitualmente rabietas con el fin de no realizar alguna tarea, de este modo reafirmar su liderazgo, etc. Es importante tener en cuenta que al principio el procedimiento de extinción de una conducta puede aumentar en intensidad, frecuencia y duración, provocando llantos y conductas destructivas, y aún, en ocasiones que haya sido extinguida puede reaparecer ocasionalmente.

- Tiempo Fuera: esta técnica supone una retirada física del niño a un lugar que esté exento de cualquier tipo de reforzador de la conducta que estaba en marcha.

- Instigación de la conducta: consiste en la utilización conjunta o por separado de estímulos verbales, físicos o gestuales para promover la conducta deseada. Un ejemplo de estímulo físico es guiar la mano del niño hacia algún signo gráfico o ayudándolo a que ponga su índice sobre la palma de su otra mano para enseñarle el gesto "dame". Este tipo de técnica se utiliza particularmente cuando el sujeto tiene marcada limitaciones verbales, favoreciendo la imitación motora.

Los estímulos verbales se utilizan para entrenamiento del lenguaje repitiendo un fonema una y otra vez hasta que el niño lo produzca por sí solo. También se utiliza como técnica de instigación, el sistema de comunicación alternativo de

Schaeffer (Schaeffer, Musil & Kollinzas,1980), que consiste en presentar un objeto, elemento o acción que llame la atención del sujeto, acompañado de su pronunciación (instigador verbal) y del signo correspondiente (instigador gestual).

- Moldeamiento de la Conducta: Smith y Simpson (1994) afirman que es una técnica efectiva para instaurar conductas de alimentación (habilidades motoras básicas), lenguaje, comunicación, atención y hábitos de convivencia en el aula. Esta técnica con frecuencia combina la utilización del reforzamiento positivo con la extinción operante.

- Encadenamiento de la Conducta: resulta importante para la instauración de conductas encadenadas y combinadas por ejemplo ponerse el pantalón y abrocharse el cinturón. Estas cadenas de conducta, junto con el nivel de respuesta que el niño debe dar para conseguir el reforzador, deberán quedar claramente especificadas de antemano, teniendo en cuenta que el reforzador debe aparecer siempre que el niño evoque una respuesta más cercana a la terminal.

Al comienzo puede establecerse que el reforzador se dará cuando se haya completado la primera cadena de respuestas, y posteriormente cuando se termine la primera y la segunda, y así sucesivamente.

- Modelado de la Conducta: Esta técnica se basa en la teoría del Aprendizaje de Bandura (1987) quien afirma que la conducta de los modelos y lo que obtienen con ello guiarían la conducta del observador. Si las consecuencias de las conductas del modelo son positivas o agradables, serviría como motivador o reforzamiento para el observador y tenderá a imitarla. Al imitarla, posibilitaría al mismo tiempo activar mecanismos mentales de simbolización sobre las consecuencias positivas de su propia conducta si llegara a ejecutarla.

3.4.2.2. Sistemas alternativos/umentativos de comunicación (SAAC)

Es uno de los dispositivos más utilizados con estudiada eficacia en las áreas de la conducta y sobretodo de la comunicación, dado que entre el 50-70% de los niños afectados de TEA no utiliza el lenguaje oral (Fuentes Biggi et al., 2006).

Estos autores explican que los SAAC son sistemas no verbales de comunicación destinados a fomentar, complementar o sustituir el lenguaje oral. Se utilizan objetos, fotografías, dibujos, signos, o símbolos (incluidas letras o palabras) apoyándose en recursos materiales simples como tarjetas, pictogramas o en aparatos productores de sonidos.

Indican también la utilización del Sistema de Comunicación Total de Shaeffer (Schaeffer, Musil & Kollinzas, 1980), con las mismas características que el SAAC, en que se muestran

paralelamente un signo (que reproduce la estructura gramatical del lenguaje oral) y la palabra a los niños.

Ayuda Pascual (2012) propone utilizar los SAAC desde etapas iniciales para promover la comunicación y la comprensión, para favorecer la modalidad conversacional y narrativa del lenguaje, dado que con frecuencia, estos niños utilizan los llantos, las rabietas o las formas de escape para comunicar a los demás lo que desea a cada momento.

La misma autora indica algunas pautas para que el proceso de estimulación sea exitoso, tales como: a) la conveniencia de plantear objetivos, b) cada uno de ellos abordarlo con un máximo nivel de ayuda y facilitación, c) tomar en cuenta la motivación, d) valorar la intención comunicativa por sobre los errores fonológicos o gramaticales, y e) responder siempre a los intentos comunicativos del niño aunque estos resulten peculiares. Sin embargo vale destacar que muchas veces se realizan intervenciones espontáneas que surgen de la situación emergente (Ayuda Pascual, 2012).

Otro de los SAAC más conocido es el sistema comunicativo de intercambio de imágenes (PECS- Picture Exchange Communication System) de Bondy y Frost (2001) destinado a ayudar a niños con TEA a aprender a solicitar y comunicar sus necesidades, facilitando las funciones de petición y la elección entre diferentes objetos, dibujos o símbolos según el nivel del desarrollo del niño.

3.4.2.3. Análisis de Conducta Aplicada (Applied Behavioral Análisis, ABA)

El método ABA tiene como objetivo a través de un trabajo personalizado, la disminución de comportamientos problemáticos específicos y fomentar la adquisición de nuevas habilidades y actividades funcionales en todas las áreas del desarrollo asesorando a padres, familiares y otras personas cercanas al niño sobre como acompañar, alentar y manejar situaciones de aprendizaje (Ferre Navarrete et al., 2008).

Es un enfoque que combina el papel que desempeñan los pensamientos y las actitudes tanto en las motivaciones como en la conducta, con los principios más utilizados para la modificación de conducta como el análisis funcional, el refuerzo contingente, la extinción, etc. (Fuentes Biggi et al., 2006).

El propósito central de este modelo, es instalar comportamientos nuevos, funcionales y adaptativos, y mantenerlos e incrementarlos para favorecer los procesos de aprendizaje y de una adecuada interacción social (Granado Alcón, 2002).

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Se realizó un trabajo de tipo descriptivo, de un caso diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

4.2. Participante

Niño de 11 años diagnosticado con TEA, a quién, por cuestiones de confidencialidad de sus datos, se lo llamará M.

4.3. Instrumentos

- Observación participante durante el período de pasantía.
- Registro escrito de las conductas y sintomatología, de las intervenciones llevadas a cabo con M por los profesionales encargados de la sala, y de su evolución semanal.
- Consulta de la Historia Clínica. Se ha permitido al pasante consultar y tomar notas de la misma, aunque por razones éticas y legales no se permitió realizar ningún tipo de copia total o parcial de la misma (fotocopias o fotos).
- Datos provistos por los profesionales a cargo, particularmente del período de adaptación en el cual todavía no se había comenzado la pasantía.

4.4. Procedimiento

Se realizaron observaciones de la dinámica e intervenciones con M y se permitió la participación directa del pasante bajo estricta supervisión de los profesionales a cargo.

Al terminar cada turno de pasantía se realizaban notas escritas a modo de registro, ya que no era aconsejable hacerlo mientras estaba con M, para no interrumpir la presencia y el flujo de interacción con él.

Estas notas que reflejan la experiencia de lo observado, fueron volcadas en los objetivos formulados para este TFI, y se las ha ido articulando con los contenidos y autores presentados en el Marco Teórico.

Se ha utilizado también información extraída de la Historia Clínica para realizar tanto la presentación del caso (en el apartado 5.1.), como en algunas citas en el Desarrollo de los objetivos, que serán indicadas como (HC), y datos provistos por los profesionales a cargo que serán referidos como (DP).

5. DESARROLLO

Para comenzar este apartado se vuelve necesario señalar que repasando los registros escritos de las observaciones, se ha notado que hay mucha repetición de situaciones, comportamientos de M y de las intervenciones, lo cual coincide con las características que en general presentan los TEA, y en particular, el modo y las características singulares de M.

Esto hace que los objetivos desarrollados a continuación puedan verse más acotados en los ejemplos.

La repetición conductual es una característica señalada por el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), y otros autores pioneros en el tema se refieren a esto como “limitaciones en la variedad de la actividad espontánea” (Kanner, 1943).

5.1. Presentación del caso

M nació en una provincia, y al momento del nacimiento los médicos les comunicaron que sufría estrabismo. Vinieron a vivir a CABA y lo llevaron a un Hospital, y en el servicio de neurología le recomendaron hacerle distintos estudios.

Realizó estimulación temprana (en la historia clínica no figura en qué año), y luego recibió por primera vez el diagnóstico de TGD, comenzando con talleres mientras que los padres participaban de charlas.

Ingresa al Centro por primera vez y luego se mudaron a otra provincia por el trabajo de su padre. Reingresa con 11 años de edad en un momento en que él y su familia volvieron a mudarse a Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Su diagnóstico actual es TEA, coincidiendo con los criterios del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), habiendo sido TGD su anterior diagnóstico según la denominación del DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995), vigente y tal como figura en la historia clínica.

M vive con sus padres y hermanos.

Su padre tiene 43 años y trabaja en Prefectura. Tiene estudios terciarios completos. Su madre tiene 40 años, es ama de casa, y tiene estudios secundarios completos. Están casados.

Su hermana tiene 21 años y cursa estudios universitarios, y su hermano tiene 15 y está cursando el colegio secundario.

Toda la familia es muy participativa en su cuidado, aunque los hermanos le tienen menos paciencia que antes y lo retan. Cuentan con una red familiar extensa muy continente, por ejemplo, la abuela materna ha logrado un vínculo muy estrecho con el niño. M es muy demandante con la mamá y su hermana.

La vivienda es cedida por el empleo de su padre, y su profesión hace que la familia haya tenido muchas mudanzas en distintos lugares del país. Estas mudanzas son muy estresantes para M y en la última se tuvo que realizar una consulta psiquiátrica que concluyó en cambios de la medicación.

Siempre tuvo dificultades para dormir de corrido y solo desde hace 3 años M ya no duerme en la habitación de sus padres y comparte el cuarto con su hermano.

Su madre manifiesta que le sigue costando ponerle límites a M, y que al único que le hace caso es a su papá. Refiere: “parece otro niño cuando el padre está presente”. Sin embargo, relata que cuando el padre fue operado de várices y estuvo recuperándose en su casa, también le costaba ponerle límites. Esta última situación genera una hipótesis que se repite de manera similar en el centro : pareciera que cuando alguien significativo está con M de una manera más continua, se debilita la efectividad de la puesta de límites, ya sea por eventual cansancio de la persona que los pone, o por habituación del niño a estos. Esto mismo se ha observado en el centro con su orientador respecto de algún otro profesional del equipo que intervenía en determinados momentos y hasta con el pasante mismo.

La última mudanza a CABA, le produjo (o coincide) una aparición sintomática nueva. Presentó temblores en las piernas que por momentos le dificultaba caminar y sostenerse de pie.

Su psiquiatra realiza un nuevo plan de medicación que consiste en: Clopixol 10 mg (una pastilla mañana y noche), Lamirax 50 mg. (mañana y noche) y Akineton 2 mg. (media pastilla mañana y noche). Las medicaciones las ingiere con una cucharada de queso crema o dulce de leche, nunca con agua.

A M le gusta mirar televisión, escuchar música en la radio y usar la computadora. Logró aprender cómo encender la computadora y a usar el mouse. En la computadora le gusta ver fotos. También le gusta justa jugar con cajas vacías de medicamentos.

La madre refiere que M se orienta muy bien en la calle y reconoce lugares y caminos.

Como parte del informe socioambiental (HC) se toman en cuenta las características de la vivienda y del barrio, quedando además registrado que M posee certificado de discapacidad. La única fuente de ingresos económicos la provee el padre.

En cuanto a los hábitos más frecuentes de M, le gusta mucho la gaseosa cola y comer pan, cosa que la mamá trata de no dejarlos a la vista para ayudar a regular su ingesta.

También le encanta caminar de la mano con su padre. Cuando llega a su casa le gusta encender todos los televisores.

5.2. Desarrollo de los objetivos

5.2.1. Descripción de la sintomatología más significativa de un caso de un niño de 11 años, diagnosticado con TEA en la institución.

Las características conductuales y sintomatológicas de M presentadas a lo largo de este apartado, cumplen con los criterios del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) para el diagnóstico de TEA [299.00 (F84.0)].

Se presenta como Anexo 1, los criterios completos y textuales del manual aunque los ejemplos a continuación no respeten necesariamente el orden con que aparecen en el mismo. Como ya fue expuesto en la presentación del caso, el actual diagnóstico de TEA, fue precedido años atrás en la misma institución por el de TGD (HC), cuando todavía era la denominación que se utilizaba.

M presenta una enorme dificultad para hablar lo que determina una deficiencia persistente en la comunicación e interacción social, tanto con su familia, pares y sus orientadores del CET, cumpliendo con los criterios A, A.1 y A.2. del DSM-5, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En reemplazo del habla con palabras u oraciones con sentido semántico, emite gritos cuando quiere pedir, por ejemplo, alguno de sus objetos predilectos (rodillo, cinta) o durante el momento del desayuno cuando quiere pedir jugo o galletitas.

Este ejemplo ilustra y coincide con el primero de los tres indicadores que conductuales que Nava (2012) sugiere tomar en cuenta para la evaluación diagnóstica de los TEA, vinculado con el ámbito de la comunicación: no emite palabras a los 18 meses y no hay frases de dos o más palabras a los 24 meses, lo cual, en el caso de M, esta característica persiste hasta el momento actual.

M prácticamente no puede establecer comunicación verbal, ya que solo puede construir un par de balbuceos aislados, por ejemplo “llar” para indicar que quiere ir al baño a “pillar” (aunque algunas veces no logra contenerse hasta llegar, de modo que la función anticipadora de la palabra no logra ser eficaz) y ocasionalmente el “go” para solicitar que le sirvan jugo durante el desayuno, cuando no lo hace con gritos.

Tal como señalan Monfort Juárez y Monfort (2012) M no solo tiene enormes dificultades para expresarse verbalmente sino que también carece de comprensión del lenguaje de los otros. Sus problemática en torno al lenguaje alcanza todos los niveles constitutivos tales como la fonología, la semántica, la sintaxis y la pragmática, si bien los dos balbuceos que utiliza (“llar” y “go”) tienen intención comunicativa. Tampoco tiene lenguaje ecológico que suele presentarse en otros casos de niños con autismo según lo indican estos mismos autores.

Si bien Trevarthen (1993) sostiene que en general los niños con TEA no presentan mayores dificultades detectables en la etapa de la comunicación protoconversacional a través de expresiones emocionales con quienes los cuidan, M parece haber presentado déficit en este nivel según lo referido por la madre, que como consta el registro de la HC, manifiesta que se desesperaba por no entender qué necesitaba el niño y que esto nunca le había pasado con sus dos hijos mayores.

Otra característica incluida en el primer indicador diagnóstico de Navas (2012) es que no responde a su nombre. En este caso le cuesta mucho la respuesta con la atención y con la mirada cuando se lo llama por su nombre, y cuando lo hace (no siempre), responde después de que el orientador lo nombra varias veces incrementando progresivamente el tono de voz.

Las dificultades en la comunicación también son mencionadas por Wing (1981) en su tríada diagnóstica para el autismo, junto con las dificultades en las relaciones sociales y en el juego de ficción.

En cuanto a la segunda característica mencionada por Wing (1981), M presenta profundas dificultades en las relaciones sociales. Por ejemplo, pega cuando quiere que alguien se corra de un lugar, ya sea a algún par o a los terapeutas, no pudiendo todavía establecer otro modo de pedirlo o indicarlo, además de no poder comprender que podría no ser así, tal cual él lo quiere.

Este último ejemplo, también es un indicador de la dificultad para construir una teoría de la mente (Premack & Woodruff, 1978) que le permita tener en cuenta la presencia del otro, la atribución de estados mentales (por ejemplo no comprender que alguien más quiere estar en ese lugar en el que ya estaba desde antes de que él decidiera ocuparlo, y sacarlo pegando) y en consecuencia no predecir el comportamiento que los demás puedan tener como respuesta a su embestida, ya que en ocasiones algunos de sus pares también le responden pegando produciéndole llantos, berrinches y a veces risa. Este aspecto también es señalado por Hobson (1995) indicando que la falla o ausencia de participación intersubjetiva del niño autista, implica dificultad para reconocer a las personas como personas, con sus propios sentimientos, pensamientos deseos e intenciones.

Este ejemplo se ajusta al criterio A.1 del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), en el que también se incluye la falta de reciprocidad socioemocional que se puede ejemplificar con momentos en los cuales una compañera que con frecuencia abraza a todos sus pares, cuando lo hace con M, él la aparta con molestia y sigue en su propio mundo, coincidiendo también con un aspecto del criterio A.3. que indica la ausencia de interés por otras personas y la dificultad para hacer amigos.

Sin embargo, cabe mencionar que a veces cuando algún orientador comienza un juego basado en hacerle cosquillas, él responde riéndose (aunque hasta aquí solo podría tratarse de una respuesta refleja) pudiendo sostener solo algunas veces la mirada hacia el profesional, aunque en general el contacto visual es pobre. Esta característica forma parte del criterio A.1 del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y también es mencionada por Navas (2012).

M presenta patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, coincidiendo con el criterio B del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Por ejemplo, estando parado se hamaca/balancea dando un paso hacia adelante a continuación de uno hacia atrás, y así sucesivamente pudiendo mantener este movimiento durante largo rato. Esto se da a la par de un movimiento rotativo y también repetitivo de una de sus manos, o en caso de tener un objeto rota el mismo.

En el momento del recreo, le gusta estar casi siempre parado en el mismo lugar. Se queda siempre en un escalón que a su vez tiene una reja para restringir el acceso a las escaleras, frente a la cual se balancea con fuerza para golpearla sistemáticamente y así producir repetitivamente un fuerte ruido. Por ende se puede asumir que realiza esta acción con un propósito conductual de producir el efecto conocido.

Estos comportamientos repetitivos restringen la posibilidad de experimentar otras actividades, ya que sacarlo de esas situaciones lo llevan a gritar para quedarse en el mismo lugar y coinciden con lo indicado por Navas (2012) en el tercer ámbito diagnóstico para los TEA: Juego deficiente y uso inapropiado de objetos, intereses intensos y acciones repetitivas, y también con el tercer elemento de la tríada de Wing (1981).

Otro patrón repetitivo se presenta cuando solicita alguno de sus dos objetos de preferencia: rodillo o cinta. Cuando les son entregados los devuelve instantáneamente para después pedirlos de vuelta. Aunque este ritual en ocasiones lo hizo con el pasante, buscaba realizarlo habitualmente con el orientador de la sala, a quién le producía una marcada molestia, pareciendo que el juego de M tenía esta intencionalidad.

Estas conductas y juegos repetitivos que tiene M, coincide con lo que Frith (1991) indica en su Teoría de la Coherencia Central Débil para el autismo: los niños con autismo a diferencia de los niños normales, no pueden integrar partes de la información en patrones coherentes de significado que daría por resultado un juego y una actividad incoherente con los fines propios de la utilización de objetos y juegos simbólicos.

Estos ejemplos dados, se enmarcan dentro de los criterios B.1 (que estipula movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos) y B.2 (que indica una insistencia en los comportamientos monótonos, excesiva inflexibilidad de rutinas, patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal con consecuencia de reacciones que declaran su enojo y angustia cuando se trata de ayudarlo a cambiar de situaciones) del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Cumpliendo con el criterio B.3 del mismo manual, M tiene un gran apego a dos objetos que son el rodillo y la cinta, los cuales no utiliza con ningún fin propio de esos elementos, sino solo para poseerlos consigo. Hobson (1995) señala la severa dificultad para abstraer, sentir y pensar simbólicamente, lo que coincide con que M no pueda crear ningún tipo de juego simbólico o apropiado al fin de estos objetos.

Le agradan mucho los objetos de texturas suaves como una manta o un almohadón, y en ciertos momentos se acuesta sobre ellos y se friega, manifestando su interés por objetos sensoriales vinculados con el tacto tal como indica el criterio B.4 del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los ejemplos presentados en coincidencia de los criterios B, coinciden con lo que Kanner (1943) reportaba ya desde sus primeros estudios observacionales de niños con autismo: aislada soledad, su rígida adherencia a rituales, su cerrada posición a cambios, deseo obsesivo de invarianza ambiental, peculiaridades de su lenguaje, mutismo o lenguaje sin intención de comunicación real (con excepción de los balbuceos de: "llar" y "go") y limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.

En cuanto al criterio C de dicho Manual (los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo) de acuerdo con la HC pareciera que M siempre mantuvo este tipo de comportamientos desde muy chico, y en la actualidad, le producen un deterioro

clínicamente significativo en lo social y otras áreas importantes del funcionamiento habitual según indica el criterio D.

El TEA en el caso de M, cursa con un marcado déficit intelectual y con un gran deterioro del lenguaje, según requiere especificar el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

5.2.2. Describir la etapa de admisión, el uso del modelo DIR y los objetivos terapéuticos propuestos para el niño con TEA en la institución.

Luego volver a CABA, M reingresa al CET en el mes de mayo, y realizó un primer período de admisión en el que se tuvieron que volver a evaluar diferentes áreas personales y familiares, y tomar en cuenta cuales eran las diferentes necesidades del niño en esta nueva etapa junto con los avances que hubiera podido lograr mientras estuvo viviendo en otra ciudad.

Es habitual en la institución valerse del modelo DIR (Greenspan & Wieder, 2006) en esta etapa (aunque pueda seguir usándose en las posteriores) también conocido bajo la denominación DIR/Floortime Model (tiempo de piso), para llevar a cabo una evaluación global acerca de las aptitudes del niño.

El uso de tiempo de piso le brindó a M una fuerte sensación de seguridad, cercanía y confianza mutua con los profesionales (HC, DP).

Si bien este modelo propone tres áreas específicas para evaluar: desarrollo, diferencias individuales y relaciones interpersonales (ya explicadas en el marco teórico) (Breinbauer, 2006), en el CET se encuentra importante estar atento a las propuestas de juego que son de interés para él mismo y que surjan espontáneamente (Greenspan & Wieder, 2006) para evaluar las aptitudes del niño.

Al comenzar la admisión, se realizó una primera entrevista a la cual debía asistir el niño acompañado por uno o ambos padres (asistieron ambos). Durante la misma se realizaron dos intervenciones paralelamente.

Por un lado se mantiene una entrevista a solas con los padres con el propósito de recabar información sobre diferentes aspectos familiares y del niño, durante el tiempo que por motivos de las mudanzas familiares a otras ciudades, no estuvo tratado en el CET.

Entre otros datos significativos la madre refiere que si bien ella está acostumbrada a los cambios de ciudad, le preocupa que para M es muy estresante y cree que le hace más difícil relacionarse con las personas ya que cada vez que comienza a acostumbrarse, esa gente desaparece de su vida y es como volver a cero (HC, DP). Esta hipótesis de la madre coincide con el temblor en las piernas que tuvo M en el último cambio a CABA y que tuvo que ser medicado de otra manera por el psiquiatra. También cabe suponer que si para un niño normal este tipo de cambios de referentes suele ser en ocasiones traumático, en el caso de M pueda implicar un detenimiento en sus apegos con pares y orientadores comprometiendo aún más sus dificultades en el área de las relaciones interpersonales (DP).

Por otro lado, mientras se mantiene la entrevista con los padres, se lleva al niño a una sala en donde pasa un rato con un terapeuta (por lo general, algún miembro del equipo de

intervención es quien realiza este procedimiento en la etapa de la admisión). Durante este rato en que se comienza a utilizar el recurso de tiempo de piso (Weider & Greenspan, 2003), se le propone al niño juegos de distintos tipos para comenzar a observar cuales son de su preferencia, y también se lo incentiva a elegir juguetes para realizar alguna actividad y registrar sus elecciones, para ver si luego van a ser repetitivas o tiene variaciones. M eligió una botella y maracas (HC) que luego va abandonándolas en su preferencia para aferrarse repetitivamente a un rodillo y rollo de cinta en el posterior período de adaptación.

En esta instancia se evalúa mediante la percepción del terapeuta las aptitudes que tiene el niño, los estilos conductuales, posibilidades de relacionamiento, etc., tal cual lo propone el modelo DIR. Se comienza a evaluar las competencias individuales en base a los componentes internos de cada área (Breinbauer, 2006; Simpson, 2005).

En un segundo momento, se realizó una reunión con la madre, el padre y M.

Durante este encuentro, aparte de recopilar información que puedan proveer los padres, se pudo observar el tipo de apego entre el niño y sus padres, los andamiajes que ellos le proveían (por ejemplo, la madre le preguntaba cada tanto si tenía ganas de hacer pis y le indicaba a su marido que lo llevara al baño, o le decían a M que mirara al terapeuta cuando este le hablaba, lo ayudaban a sacarse el buzo, etc.), y la dinámica familiar en su conjunto. Los padres se mostraron muy colaboradores y dispuestos a jugar con M estableciendo además un buen vínculo con los profesionales del equipo (HC, DP).

El informe de admisión concluye que M ha recorrido un período positivo, y que se continuará con la segunda etapa de adaptación progresiva. Durante las reuniones de admisión, se observó que pudo adaptarse adecuadamente al CET, pudiendo permanecer sin la presencia de su madre.

Ayuda Pascual (2012) indica la conveniencia de plantear objetivos definidos desde un principio a los fines de orientar con claridad el desarrollo del niño.

De los datos obtenidos durante este período, se establecen los siguientes objetivos terapéuticos para M (HC):

1) Área socialización:

- Que logre compartir con andamiaje una actividad motivante para el niño.
- Que logre saludar chocando la mano a sus compañeros en el momento del saludo.

2) Área comunicación:

- Que logre pedir qué desea con la seña quiero.
- Que logre pedir lo que quiere con tono bajo de voz, logrando incorporar alguna otra palabra además de los dos balbuceos que ya trae (llar y go).

3) Área autovalimiento

- Que logre implementar los pasos de lavado/secado de los vasos con el andamiaje de un adulto.
- Que logre secuencia de vestido y desvestido (por ejemplo sacarse el buzo) sin andamiaje del adulto.

4) Área cognitivo pedagógico

- Que pueda reconocer las imágenes de la agenda al comienzo del día.
- Que logre distinguir por medio de imágenes qué compañero asistió al CET y quién se quedó en su casa.

5) Área conducta

- Que logre incorporar los recursos del adulto para regularse.

Estos objetivos, además de ajustarse a las necesidades individuales de M, coinciden con las áreas más afectadas según los criterios diagnósticos del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y las señaladas por otros autores en el marco teórico (Beglinger & Smith, 2001; Kanner, 1943; Martos et al., 2008; Wing, 1981).

5.2.3. Describir la etapa de adaptación y diferentes tipos intervenciones de TCC del niño diagnosticado con TEA en la institución.

Según datos extraídos del informe de adaptación (HC), M comienza esta etapa asistiendo a jornada simple con horario reducido que se fue extendiendo de a 15 minutos progresivamente cuando se lo creía oportuno, aunque durante el período de la pasantía no logró llegar a completar la jornada completa de 9 a 11,30 hs.

La sala a la que concurre está compuesta por dos compañeros varones y tres compañeras mujeres. El equipo terapéutico lo integran tres personas: dos asistentes y un orientador (HC).

En esta etapa de adaptación, el orientador tomaba en cuenta los intereses de M, particularmente durante los recreos en que se continuó utilizando el modelo DIR, aunque en sala se trabajó preponderantemente con actividades ya planificadas con anterioridad y con objetivos claramente definidos con intervenciones de TCC. Estas últimas son principalmente herramientas que apuntan tanto a regular la conducta cuando la misma está desorganizada, como para fortalecer y estimular las apropiadas y funcionales que tiene el niño (Drahota et al., 2011).

El área de la comunicación se presenta muy afectada en M, dada la enorme dificultad que tiene para expresar palabras (y mucho menos frases) (Monfort Juarez & Monfort, 2012; Trevarthen, 1993; Wing, 1981).

Otra característica, que coincide con uno de los indicadores diagnóstico de Navas (2012) es que no responde siempre a su nombre y en ocasiones solo lo hace cuando el orientador lo va repitiendo subiendo el tono de voz progresivamente. Finalmente cuando responde fijando la mirada y la atención se recurre habitualmente a la técnica de reforzamiento de la conducta

(Campos & Muñoz, 1999), utilizando un reforzador positivo verbal, como “muy bien M”, o físico, como chocar las manos.

Dada las enormes dificultades que el niño tiene para la comunicación, el equipo de intervención propuso desde el comienzo de la concurrencia de M y particularmente en esta etapa de adaptación, que debía utilizarse algún SAAC (Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación), coincidiendo con la indicación de Ayuda Pascual (2012) que propone su uso desde etapas iniciales para promover la comunicación y la comprensión con miras a favorecer la modalidad conversacional y narrativa del lenguaje, dado que con frecuencia, estos niños utilizan los llantos, las rabietas o las formas de escape para comunicar a los demás lo que desea a cada momento, tal como lo hace M que constantemente solicitaba mediante fuertes gritos que se le entreguen algunos de sus objetos predilectos como cinta y rodillo, y durante el desayuno galletitas y jugo con una forma conductualmente desregulada.

Se determinó que lo más adecuado era un comunicador de tipo PECS (Picture Exchange Communication System) como sugieren Bondy y Frost (2001), destinado a ayudar a aprender a solicitar y comunicar sus necesidades, facilitando las funciones de petición y la elección entre diferentes objetos, dibujos o símbolos según el nivel de desarrollo del niño.

M comenzó a utilizar adecuadamente el comunicador y le resulta motivador obtener respuestas positivas a través de su uso, logrando tal como señala Ayuda Pascual (2012) que este proceso de estimulación sea exitoso mejorando las habilidades de comunicación de las necesidades básicas.

El mismo constaba de cinco imágenes concretas: jugo, galletita, rodillo, cinta e ir al baño. La tarea del pasante en calidad de referente, era tener este comunicador siempre consigo, tanto durante las actividades llevadas a cabo en la sala como en los recreos, para facilitárselo al niño en cualquier momento que lo solicitara.

Esto mismo requirió que M se familiarizara al principio con su uso, presentándole el comunicador sistemáticamente y mostrándole la imagen que representaba lo que necesitaba pedir, mostrándole la misma simultáneamente con el objeto real o con la situación para que pudiera asociarlas.

Al principio del aprendizaje del uso del comunicador para pedir objetos, se utilizó la técnica reforzamiento de la conducta (Campos & Muñoz, 1999) para propiciar la misma y que vuelva a repetir la conducta en el futuro.

En un primer momento, le generaba frustración no obtener los objetos de la manera en que estaba acostumbrado, lo cual manifestaba con gritos como expresión de una conducta desregulada, aunque con el tiempo fue internalizando la nueva información y apropiarse de la manera que debía proceder para que el objeto le fuera entregado.

Debió aprender el gesto quiero, que consistía en dos palmadas en el pecho para que luego le fuera entregado el comunicador para que él pueda elegir la foto concreta que quisiese y necesitara para comunicar. Esto implicó un aprendizaje subyacente de encadenamiento de la

conducta (Campos & Muñoz, 1999) para lo cual se utilizaron desde el principio las técnicas de extinción operante para disminuir sus gritos, y de instigación de la conducta (aprendizaje del gesto quiero y poniendo su mano sobre la imagen que fuera la indicada) con reforzamiento positivo para motivarlo cuando lo hacía (Campos & Muñoz, 1999), logrando un resultado exitoso.

El aprendizaje del uso del comunicador no solo implicó un cambio positivo en el área de la comunicación, sino también en el de la conducta misma, dado que con ello pudo suprimir los gritos para pedir mediante las cinco fotos concretas, elementos e indicar cuando necesitaba de ir al baño. Aunque esta última foto junto con la de jugo, fueron retiradas cuando se advirtió que utilizaba los balbuceos llar para indicar que quería ir al baño y go para solicitar jugo, con el objetivo de reforzar y estimular el uso de recursos fonéticos, en ausencia del uso de la palabra (Nava, 2012).

Otra característica conductual que se presentaba cuando comenzó a pedir objetos mediante el comunicador era que los devolvía inmediatamente, aunque al momento de ser recibido por el profesional ofrecía resistencia para terminar de entregarlo acompañando esta conducta con gritos. Una vez devuelto, M comenzaba a pedir el mismo objeto otra vez, y así sucesivamente. Este comportamiento, además de partir del déficit en la comunicación también ejemplifica un patrón de comportamiento restringido, repetitivo y perseverante, tal cual lo señalan los criterios diagnósticos del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Cabe destacar que casi siempre le devolvía el objeto al orientador (con la manera que se describe anteriormente), ya que era a quien más le irritaba esta conducta de M y el niño parecía saberlo, ya que en ocasiones cuando no gritaba se reía mucho. Se pudo identificar que lo que estaba reforzando la conducta de constante pedido/devolución por parte de M era percibir que a los terapeutas les generaba molestia su manera de proceder.

Al principio, cuando M se ponía intenso con pedir y devolver sus objetos predilectos, se intentaba extinguir la conducta (técnica de extinción operante) (Campos & Muñoz, 1999) mediante la evitación del contacto visual para luego redirigir la conducta invitándolo a participar de la actividad. Cuando esto no daba resultado, el orientador optaba por retirar y ocultar la foto concreta con la que estaba fijado, para que el niño pueda concentrarse en la actividad que se estaba llevando a cabo dentro de la sala. En la mayoría de los casos esto daba resultado ya que era otra manera de extinguir la conducta disfuncional. Si bien en ocasiones costaba sostener esta intervención, se tenía claro que era crucial hacerlo, porque al ceder se le hubiera reforzado la conducta, en lugar de extinguirla.

Sin embargo, en dos ocasiones distintas cuando se le retiró del comunicador la foto concreta del objeto deseado por M, por haber retomado esta conducta de pedido/devolución, reaccionó pegándole a los compañeros y a los terapeutas con golpes de puño y patadas. Frente a esta situación el orientador de la sala tomó la decisión de llamar a algún miembro del equipo de intervención para consultar qué se debía hacer. Al haber fracasado la intervención de extinción operante, se recomendó aplicar la técnica de tiempo fuera (técnica que consiste en

retirar al niño del lugar o situación que le refuerza la conducta disfuncional) (Campos & Muñoz, 1999).

El pasante en calidad de referente, era el encargado de sacarlo a M de la sala, primero hablándole, pero al ver que no reaccionaba de esta manera, con la ayuda del orientador y el miembro del equipo de intervención se lo retiró físicamente y fue llevado a una sala vacía. En la misma no había ningún objeto que pueda arrojar o con el cual pueda autoagredirse físicamente o agredir a los orientadores y pasante. De esta manera se lo retiró físicamente a M del ambiente donde estaba reforzando su conducta inadecuada (Campos & Muñoz, 1999).

En un primer momento ya estando en la sala vacía, Matías arrojaba patadas y puños hacia el pasante, hasta que el mismo intervino ofreciéndole un almohadón para que haga su descarga física. Al pasar el rato, M pudo estabilizarse emocionalmente e inclusive comenzó a reír cuando se intentó hacerle cosquillas. Luego, ya de regreso a la sala se lo pudo notar mucho más tranquilo.

La situación que se generaba con el orientador podría ser un indicador de la deficiencia en la reciprocidad socioemocional según criterio del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Aunque si se enfocara desde la teoría de la mente (Baron- Cohen et al., 1985), podría considerarse destacable la anticipación de la conducta que M espera del otro.

5.2.4. Describir la evolución de acuerdo a los objetivos terapéuticos propuestos por la institución del niño diagnosticado con TEA durante el período de pasantía

A continuación se presentará la evolución de Matías con referencia al orden que establecen los objetivos por áreas del CET, cuáles se encuentran logrados (indicados como: consolidados) y cuáles no (indicados como: en proceso) siguiendo la nomenclatura institucional.

1) Área socialización:

Primer objetivo: que logre compartir con andamiaje una actividad motivante para el niño. (Consolidado).

M ha logrado compartir la pelota gigante que había en el patio durante el recreo con un compañero de la sala, quién también disfrutaba de rebotar en la misma. En un principio cuando M estaba rebotando sólo en la pelota y venía el otro niño buscando hacer lo mismo, lo empujaba para no compartirla. Con el andamiaje de los terapeutas se pudo conciliar en un primer momento que lo hagan una vez cada uno, pero luego M descubrió que cuando el otro niño se tiraba sobre la pelota, le hacía contrapeso y propulsaba su rebote. Este descubrimiento le divertía y se fue consolidando como un juego compartido de tal modo que a veces buscaba a su compañero para repetir el juego de a dos.

Otro avance observado con relación a este primer objetivo, es que M ha logrado cumplir con una actividad llevada a cabo en la sala que consistía en darle a elegir con quién quería realizar el circuito de gimnasia mediante la presentación de las fotos de sus compañeros de las que tenía que escoger una. Una vez elegido el compañero, se los unía a ambos con una soga para

luego atravesar un circuito del gimnasio de a dos. Al finalizarlo debían aparear una foto cada uno, con relación a la foto que había pegada en la pared.

Segundo objetivo: Que logre saludar chocando la mano a sus compañeros en el momento del saludo. (Consolidado)

En un principio, y ya comenzada la pasantía, el andamiaje verbal no resultaba suficiente y efectivo para que M logre chocar la mano con algún compañero durante el momento del saludo. Por esta razón se optó por utilizar la intervención de moldeamiento de la conducta (Smith & Simpson, 1994) de manera tal que se le tomaba la mano al niño y la llevábamos hasta la mano del otro niño, para que las choquen. Reiterando esta intervención sucesivamente, al tiempo M comenzó a incorporar esta conducta y a ejecutarla por sí solo, cuando el compañero le mostraba la mano para chocarla.

Otro adelanto significativo de M es que ha logrado aceptar el contacto de saludo de una compañera que desde el principio del período de adaptación insistía en abrazarlo, produciendo un fuerte rechazo por parte del niño, dado que ella era muy insistente. En un principio se trabajó con la técnica de modelación (Campos & Muñoz, 1999) y moldeamiento de la conducta (Smith & Simpson, 1994) mostrando como el pasante recibía el abrazo de la niña, y luego indicándole a ella que solo pusiera la mano en el hombro de M guiándola con andamiaje físico y evitando que se le abalanzara encima.

Estos logros se enmarcan dentro de tres de los hitos del primer componente del modelo DIR: desarrollo del funcionamiento emocional (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003), que consisten en: a) responder a la comunicación de doble vía, b) crear gestos complejos y organizar la comunicación bidireccional, y c) sensorial afectivo: como la habilidad de reaccionar al afecto, intención o conectar con los otros.

También coincide con el tercer componente de este modelo (DIR): relaciones interpersonales y las interacciones que propone trabajar combinando e incorporando al aprendizaje, las relaciones con compañeros, cuidadores y padres, adaptadas a las necesidades y diferencias individuales de cada niño (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003).

2) Área comunicación:

Primer objetivo: Que logre pedir qué desea con la seña quiero. (Consolidado).

Este aprendizaje fue adquirido por M mediante la utilización de las intervenciones de modelado de la conducta (Campos & Muñoz, 1999), moldeamiento de la conducta (Smith & Simpson, 1994) y reforzamiento positivo de la conducta (Campos & Muñoz, 1999).

La primera intervención constaba en que el referente le mostrara cómo debía ser el gesto quiero haciéndolo consigo mismo (dos palmadas en el pecho) y mostrándole cómo otro profesional le entregaba el objeto solicitado (se usaron sus dos objetos predilectos: rodillo y cinta). Con respecto a la segunda técnica, se orientaba la mano del niño hacia su pecho ayudándolo a realizar dos golpes hasta que internalizara esta conducta y la asociara con objetos que le eran entregados cuando lo hacía. Con respecto a la tercera, se lo felicitaba cada

vez que lo ejecutaba de manera correcta. Con el paso del tiempo, M incorporó este gesto para pedir lo que quería, principalmente en relación al uso del comunicador.

Se encuentra correspondencia con el cuarto hito (crear gestos complejos y organizar la comunicación bidireccional para resolver problemas) del primer componente del Modelo DIR: capacidad y el nivel de desarrollo del funcionamiento emocional niño (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003).

Segundo objetivo: que logre pedir lo que quiere con tono bajo de voz. (En proceso).

M no ha podido incorporar alguna palabra dicha de forma completa y solo conserva los dos balbuceos que ya se han mencionado antes: llar para pedir ir al baño, y go para solicitar jugo. Aunque mantiene fallas en la construcción fonética, sintáctica y semántica del lenguaje tal como indican Monfort Juárez y Monfort (2012), estos balbuceos presentan un nivel comunicacional pragmático y por lo tanto intencional.

Se encuentra correspondencia con el segundo hito (procesamiento sensorial: auditivo, lenguaje, viso-espacial) del segundo componente del modelo DIR: diferencias individuales del desarrollo (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003).

Además de los dos objetivos propuestos, es importante destacar para esta área de comunicación, el adecuado uso que Matías pudo lograr del comunicador aun tomando en cuenta las dificultades iniciales que se describen en el objetivo anterior.

3) Área autovalimiento

Primer objetivo: que logre implementar los pasos de lavado/secado de los vasos con el andamiaje verbal de un adulto. (En proceso).

Se ha intentado que M consiga lavar y secar los vasos luego del desayuno con andamiaje verbal de un adulto. Esta acción supone un encadenamiento de conductas (Campos & Muñoz, 1999) que no ha podido lograr, manteniéndose sin entrar en contacto con el objeto.

Sin embargo, se persistió en el aprendizaje de este comportamiento sumando un andamiaje físico con las técnicas de modelado de la conducta (Campos & Muñoz, 1999), que consistía en que el referente le mostrara cómo se hacía, a la par que se le iba explicando verbalmente (lo que también implicaba la redirección de su atención hacia el referente y la acción). Luego de la fase de modelado, inmediatamente se procedía con el moldeamiento de la conducta (Smith & Simpson, 1994) guiando sus manos con el vaso para que pudiera realizar la tarea e implementando en este momento un reforzamiento positivo de la conducta (Campos & Muñoz, 1999).

Se encuentra correspondencia con el cuarto hito (planificación motora: capacidad de secuenciar el comportamiento) del segundo componente del modelo DIR: diferencias individuales del desarrollo (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003).

Segundo objetivo: que logre la secuencia de vestido y desvestido (por ejemplo, sacarse el buzo) sin andamiaje físico del adulto. (En proceso).

M no logró realizar la secuencia de vestido y desvestido que representaría un avance en la competencia de encadenamiento de conductas (Campos & Muñoz, 1999) sin andamiaje físico del terapeuta.

Coincidiendo que al momento de la pasantía ya comenzaba a hacer calor, se le preguntaba al niño si quería sacarse el buzo y se tomaba como un sí, cuando el referente acercaba la mano y tomaba la parte inferior del buzo haciendo un movimiento hacia arriba, y el niño lo permitía. De este modo, M intentaba movimientos para sacarse el abrigo, aunque no eran motrizmente eficaces y debía ser ayudado.

Con otras maneras de indicarle esto, como por ejemplo el modelado de la conducta y andamiaje verbal, no daba resultado.

Según lo que indica el orientador de la sala (DP), es una actitud constante de la madre vestirlo o sacarle la ropa en su casa según lo referido por ella misma, como también quedó registrado que lo hizo en la entrevista familiar durante la admisión (HC). Los terapeutas piensan que esto podría ser un reforzamiento negativo para que M adquiriera este hábito autónomamente y ha sido conversado con su madre enseñándole que repita lo que se estaba haciendo en la sala (sujetar la parte inferior del buzo) (DP).

En este caso, también se encuentra correspondencia con el cuarto hito (planificación motora: capacidad de secuenciar el comportamiento) del segundo componente del modelo DIR: diferencias individuales del desarrollo (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003).

4) Área Cognitivo pedagógico

Primer objetivo: que pueda reconocer las imágenes de la agenda al comienzo del día. (Consolidado).

Tanto a M como al resto de sus compañeros, al comienzo de la jornada (previo al momento del saludo) se les mostraba una agenda la cual mediante fotos concretas, se les indicaba la cronología de las actividades que se iban a realizar durante el día.

Esto incluía cuándo iba a ser el momento del saludo, los recreos, las actividades llevadas a cabo en la sala, el momento del desayuno y el momento de despedida para irse a casa. A su vez, cuando comenzaba una actividad, se le presentaba a M la foto concreta en la agenda y al finalizarla se le mostraba que se retiraba la foto de la misma, para indicar su finalización. A continuación se le presentaba la foto de la actividad del siguiente bloque.

El orientador pudo determinar que M había internalizado el entendimiento del significado de estas imágenes concretas, ya que por ejemplo cuando se le indicaba que habíamos terminado una actividad llevada a cabo en la sala para dirigirse al recreo (mostrándole la foto del recreo), el niño por motu proprio se dirigía a la puerta de la sala para intentar abrirla para salir al patio.

No se encuentra correspondencia directa con ningún hito de los tres componentes del modelo DIR (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003).

Segundo objetivo: que logre distinguir por medio de imágenes qué compañero asistió al CET y quién se quedó en su casa. (En proceso).

Durante el momento del saludo se esperaba que M diferenciara mediante fotos de sus compañeros quiénes habían asistido al CET (mientras simultáneamente se le mostraba un dibujo de la institución) y quiénes se habían quedado en su casa (presentándole simultáneamente un dibujo de una casa).

Se pudo determinar que M no podía realizar esta actividad correcta y sostenidamente. Dado que en ocasiones lo lograba, se consideró que este aprendizaje estaba en proceso.

Este objetivo tiene una cierta concordancia con el tercer componente del modelo DIR: relaciones interpersonales y las interacciones en el que se trabaja combinando e incorporando al aprendizaje vinculado con las relaciones con compañeros, cuidadores y padres, adaptadas a las necesidades y diferencias individuales de cada niño componente (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003).

5) Área conducta

Objetivo único: que logre incorporar los recursos del adulto para regularse. (En proceso).

Si bien en muchas ocasiones las intervenciones ejecutadas con andamiaje en pos de la regulación emocional y conductual (autorregulación) de M daban resultados positivos, en muchas otras ocasiones, los resultados no eran de esta manera.

Con frecuencia, frente a los berrinches o conductas de golpes de M ha debido usarse la intervención de tiempo fuera (Campos & Muñoz, 1999) con buenos resultados.

Sin embargo, no ha podido lograr autorregularse dentro de la sala en situaciones conductuales similares, por lo cual el orientador consideró que debía seguir trabajando con este objetivo.

Se encuentra correspondencia con el primer hito (aprender a auto-regularse e incorporar información ambiental) del el primer componente del modelo DIR: capacidad y nivel de desarrollo del funcionamiento emocional (Greenspan, 2008; Simpson, 2005; Weider & Greenspan, 2003).

6. CONCLUSIONES

Este trabajo final de integración se trata de un estudio descriptivo de un caso de un niño de 11 años diagnosticado con TEA, elaborado con la información obtenida de la observación participante realizada durante la pasantía un centro educativo terapéutico y la revisión bibliográfica sobre el tema.

En el apartado de desarrollo se ha presentado el caso M, y se cumplieron los objetivos específicos de describir la sintomatología más significativa en él, la etapa de admisión con el uso preponderante del modelo DIR, la etapa de adaptación y diferentes tipos intervenciones de TCC, y la evolución de acuerdo a los objetivos terapéuticos propuestos por la institución.

Entre la sintomatología más significativa de M que en todos los casos concuerdan con los diferentes criterios indicados por el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) para los trastornos del espectro del autismo, se encuentran:

- Marcada dificultad para hablar lo que determina una deficiencia persistente en la comunicación e interacción social, tanto con su familia, pares y sus orientadores del CET. Solo puede usar dos balbuceos: llar (para indicar pillar) y go (para solicitar jugo) (Monfort Juarez & Monfort, 2012).
- Dificultad para responder a su nombre (Navas, 2012).
- Dificultades en las relaciones interpersonales y en la reciprocidad socioemocional (Wing, 1981).
- Falla o ausencia de participación intersubjetiva (Hobson, 1995).
- En ocasiones, frente a la falta de lenguaje, se maneja con berrinches, golpes o empujones hacia los demás (Navas, 2012).
- Contacto visual pobre (Navas, 2012).
- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades
- Apego a determinados objetos (rodillo, cinta).
- El TEA en el caso de M, cursa con un marcado déficit intelectual y con un gran deterioro del lenguaje, según requiere especificar el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En cuanto a la etapa de admisión, M reingresa al CET por segunda vez, luego de volver a CABA en mayo del 2016 y se tuvieron que volver a evaluar diferentes áreas personales y familiares, tomando en cuenta cuáles eran las diferentes necesidades del niño en esta nueva etapa junto con los avances que hubiera podido lograr mientras estuvo viviendo en otra ciudad. Para ello se valió del modelo DIR (Greenspan & Wieder, 2006) y se propusieron objetivos terapéuticos presentados en el apartado 5.2.2. del desarrollo.

En la etapa de adaptación se han utilizado diferentes intervenciones de TCC según las necesidades y problemáticas que se presentaban, tales como: técnica de reforzamiento de la conducta, extinción operante, tiempo fuera, instigación de la conducta, moldeamiento de la conducta, encadenamiento de la conducta y modelado de la conducta (Campos & Muñoz, 1999). También desde un principio se utilizó uno de los dispositivos más recomendados con estudiada eficacia en las áreas de la conducta y sobretodo de la comunicación: Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación (SAAC) (Schaeffer, Musil & Kollinzas, 1980) denominado en el CET comunicador, que en el caso de M, constaba de seis imágenes a través de las cuales podía solicitar lo que necesitaba.

En cuanto a la evolución que ha tenido M, se observa:

- Área de socialización: ambos objetivos consolidados.
- Área de comunicación: primer objetivo consolidado y el segundo en proceso.
- Área de autovaloramiento: ambos objetivos en proceso.
- Área cognitivo pedagógico: primer objetivo consolidado y el segundo en proceso.
- Área de conducta: objetivo único en proceso.

Si bien el autor de este TFI, había comenzado a trabajar unos años antes con niños afectados por estos trastornos, el período de pasantía junto con el hecho de tomar notas de la observación participante y la paralela elaboración escrita del trabajo, abrió nuevas perspectivas vivenciales y experienciales sobre lo que implica acompañar terapéuticamente a las personas afectadas y a sus familias.

Por ejemplo, si bien la mayoría de los niños afectados tiene muchas características en común, y aunque se apliquen intervenciones similares, cada uno de ellos responderá e interactuará de un modo particular que hace a su individualidad como persona.

Con referencia a la experiencia personal del pasante acompañando a M, se ha percibido que, si bien desde la teoría de la mente (Premack & Woodruff, 1978; Baron- Cohen et al., 1985) estos niños no podrían atribuir estados mentales tanto a sí mismos como a otros, y en consecuencia sería como estar ciegos frente al mundo al no poder desarrollar una capacidad empática, esta misma capacidad puesta en juego por el referente o el orientador, en el sentido de poder comprender el marco interno de referencia y el modo que el niño tiene de percibir el mundo, generaba en M más seguridad y podía sostener mejor la atención con más chances de que pudiera lograr, aunque sea en ese solo momento, la conducta esperada.

Como ejemplo de esto, cuando se comenzó a trabajar con el comunicador, para M no era más que otro objeto que a diferencia del rodillo y la cinta, no parecía gustarle ni entusiasmarlo. Fue esencial comprender empáticamente que esto se correspondía con el modo de funcionamiento de M y que no constituía un rechazo por mero capricho.

Comprender empáticamente en este sentido, alivia los probables sentimientos de frustración y molestia por parte del referente y consecuentemente facilitaría tener mayor paciencia hasta que el niño pudiera descubrir para qué podría servirle ese objeto y atribuirle en consecuencia

un uso intencional. La comprensión de los tiempos y funcionamientos internos de M, proveniente de la capacidad empática del referente, produce un clima de mayor seguridad u alienta la confianza del niño en el logro de los objetivos.

En cuanto a la perspectiva crítica que ha podido identificarse con relación al presente trabajo, puede dividirse en tres aspectos:

1) Vivencias personales del pasante: Aunque en general fue una actividad motivante y constituyó un gran desafío, en algunas oportunidades se ha registrado cansancio y alta sensación de esfuerzo que la institución contenía adecuadamente en el espacio de supervisión.

2) Tiempo de pasantía: con relación a esta problemática y el planteo del objetivo 5.2.4. (Describir la evolución de acuerdo a los objetivos terapéuticos propuestos por la institución del niño diagnosticado con TEA durante el período de pasantía) el período de pasantía es relativamente breve como para observar cambios significativos.

3) Aspectos metodológicos: este TFI puede adolecer de tres limitaciones que señalan Flyvbjerg y Murillo (2005) para los estudios de caso único: a) no puede realizarse una generalización a partir de un caso individual, b) los estudios de caso son más útiles para generar hipótesis que para comprobarlas, y c) pueden tener sesgos en la verificación.

De lo expuesto anteriormente, se proponen dos líneas de investigaciones futuras, ambas relacionadas con aspectos vinculares entre los pacientes afectados por TEA y los terapeutas:

1) Hipótesis 1: la aplicación de técnicas, si no fuera acompañada por actitudes de empatía, consideración positiva incondicional y congruencia por parte del terapeuta, que ayuden a generar una atmósfera de seguridad y confianza, tal como lo expresa Rogers (1985), las interacciones se verían más limitadas y los cambios tendrían menos posibilidades de afianzarse.

2) Hipótesis 2: Desde la perspectiva de los terapeutas que trabajan con esta problemática y considerando las posibles afectaciones en la salud mental de los mismos, probablemente haya una alta presencia del síndrome de burnout (Freudenberger, 1975; Gil Monte & Peiró, 1997).

7. REFERENCIAS

Arberas, C. (2012). Bases genéticas del autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo. En: Valdez, D. & Ruggieri, V. (Ed.). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento.* (pp. 175-197). Buenos Aires: Paidós.

Artigas-Pallaresa, J. & Pérez, I. P. (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.

· Asociación Americana de Psiquiatría (1980). *Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (DSM-III)*. Barcelona: Masson.

· Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Asperger, H. (1944). Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76–136.

Ayuda Pascual, R. (2012). Técnicas y juegos de estimulación de la comunicación y el lenguaje en contextos clínicos y educativos. En: Valdez, D. & Ruggieri, V. (Ed).

Autismo. Del diagnóstico al tratamiento. (pp. 219-240). Buenos Aires: Paidós.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez- Roca.

Baron-Cohen, S.; Leslie, A. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "Theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.

Beglinger, L. J. & Smith, T.H. (2001). A Review of Subtyping in Autism and Proposed Dimensional Classification Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (4), 411-422.

Bettelheim B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: The Free Press.

Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Monograph series on schizophrenia. New York: International University Press.

Bondy, A.S. & Frost, L. (2001). *Picture Exchange Communication System (PECS)*.

Behavior Modification, 25 (5), 725-746.

Breinbauer, C. (2006). *Fortaleciendo el desarrollo de Niños con necesidades Especiales: Introducción al modelo DIR y la Terapia Floortime o Juego Circular*. Transiciones.

Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes, 11, (s.p.). Recuperado de: http://kulunka.org/wpcontent/uploads/2013/12/doc_23.pdf

Bruin, E.; Ferdinand, R. F.; Meester, S.; Nijs, P. F. & Verheij, F. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 877– 886. doi: 10.1007/s10803-006-0215-x.

Campos, M. L. & Muñoz, A. (1999). Programas de modificación de conducta. En Lou, A. & López, N. (Ed.): Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. Madrid: Pirámide.

Cuxart, F. (1999). Factores etiológicos del autismo. *Aula Médica Psiquiátrica*, 1 (2), 178- 186.

De Iudicibus, L. L. (2011). Trastornos generalizados del desarrollo. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17 (1), 5-41.

Drahota, A.; Wood, J.; Sze, K.M. & Van Dyke, M. (2011). Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Daily Living Skills in Children with High-Functioning Autism and

Concurrent Anxiety Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(3), 257– 265. doi 10.1007/s10803-010-1037-4

Duncan, J. (1986). Disorganization of behavior after frontal lobe damage. *Cognitive Neuropsychology*, 3, 271-290.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Ferre Navarrete, F.; Palanca Maresca, I. & Crespo Hervás, M. (2008). Guía de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental. Madrid: COGESIN. Recuperado de: http://www.cogesin.es/data/archivo/GUIA_TEA.pdf

Flyvbjerg, B & Murillo, L. (2005). Cinco equívocos sobre la investigación basada en estudios de caso. *Estudios Sociológicos*, 23 (68), 561-590.

Frith, U. (1991). *Autismo: Hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza.

Freudenberguer, H. (1975). The staff-burnout- syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 12, 73-83.

Fuentes Biggi, J.; Ferrari Arroyo, M.J.; Boada Muñoz, L.; Touriño Aguilera, E. et al. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España). *Revista de neurología*, 43 (7), 425-438.

Gillham, J.; Carter, A.; Volkmar, F. & Sparrow, S. (2000). Toward a developmental operational definition of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 269–278. doi: 10.1023/A:1005571115268.

- Gil Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de quemarse*. España: Síntesis Psicológica.
- Granado Alcón, M. C. (2002). Los programas y técnicas de modificación de conducta: Una alternativa a la educación del niño autista. *International Journal of Educational Research and Innovation*, 4, 245-259. Recuperado de: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/626/965>.
- Greenspan, S. I. (2008). DIR /Floortime Model. Recuperado de: www.stanelygreenspan.com.
- Greenspan, S. & Wieder, S. (2006). *Engaging Autism: The Floortime Approach to Helping Children Relate, Communicate and Think*. Philadelphia: Perseus Books.
- Happé, F.; Briskman, J. & Frith, U. (2001). Exploring the cognitive phenotype of autism: weak "central coherence" in parents and siblings of children with autism: I. *Experimental tests*. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 42, 299-307.
- Hobson, P. (1995). *Autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 2, 217-250.
- Martos, J. (2012). Autismo y trastornos del espectro autista. Definición, génesis del trastorno y explicaciones psicológicas. En: Valdez, D. & Ruggieri, V. (Ed.). *Autismo*. Del diagnóstico al tratamiento. (pp. 19-46). Buenos Aires: Paidós.
- Martos, J.; Llorente, M.; González, A.; Ayuda, R. & Freire, S. (2008). *Los niños pequeños con autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos*. Madrid: CEPE.
- Monfort Juárez, I. & Monfort, M. (2012). Autismo y lenguaje oral. En: Valdez, D. & Ruggieri, V. (Ed.). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. (pp. 199-218). Buenos Aires: Paidós.
- Nava, C. (2012). Identificación y evaluación diagnóstica de los Trastornos del espectro autista. En: Valdez, D. & Ruggieri, V. (Ed.). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. (pp. 68-84). Buenos Aires: Paidós.
- Premack, D & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 4 (4), 515-629.
- Organización Mundial de la Salud, (2016). *Trastornos del Espectro Autista*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>
- Rogers. C. (1985). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ruggieri, V. (2012). Bases neurobiológicas de los trastornos del espectro autista. Correlato neuropsicológico e importancia de la intervención temprana. En: Valdez, D. & Ruggieri, V. (Ed.). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. (pp. 147-174). Buenos Aires: Paidós.

Ruggieri, V. & Arberas, C (2007). Trastornos generalizados del desarrollo. Aspectos clínicos y genéticos. Medicina (B. Aires) 67, 6-1. On-line ISSN 1669-9106.

Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000700006.

Schaeffer, B.; Musil, A. & Kollinzas, G. (1980). Comunicación total: un programa de habla signada para niños no verbales. Illinois: Research Press.

Simpson, R. L. (2005). Autism Spectrum Disorders: Interventions and Treatments for Children and Youth. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Smith, B. & Simpson, R. L. (1994). Facilitated Communication with Children. Diagnosed as Autistic in Public School Settings. Psychology in the Schools, 31, 208-220.

Solomon, R.; Van Egeren, L.; Mahoney, G; Quon Huber, M. & Zimmerman, P. (2014). PLAY Project Home Consultation Intervention Program for Young Children With

Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 35, 475–485. Recuperado de:

[http://www.playproject.org/assets/PLAY_Project_Home_Consultation_Intervention.1](http://www.playproject.org/assets/PLAY_Project_Home_Consultation_Intervention.1.pdf) .pdf

Trevarthen, C. (1993). The self-born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En: U. Neisser (Ed.). The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge (pp. 121–173). New York: Cambridge University Press.

Valdez, D. (2016). Ayudas para aprender. Trastornos del desarrollo y prácticas inclusivas. Buenos Aires: Paidós.

Valdez, D. & Ruggieri, V. (2012). Autismo. Del diagnóstico al tratamiento. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through Floortime/Interactive play. Autism. Special Issue on Play, 7, 425-435.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. Psychological Medicine, 11, 115-129. doi: 10.1017/S0033291700053332.